

Gesundheit, Entwicklung und Globalisierung

Orientierungen und Empfehlungen für die internationale
Zusammenarbeit



Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und internationale Gesundheit (DTG)
KfW Entwicklungsbank
Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)
Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health (DVGPH)

*Erstellt von Prof. Dr. rer. pol. Detlef Schwefel, Dr. Myriam Vučković,
Prof. Dr. med. Rolf Korte, Ole Doetinchem, Dr. med. Wolfgang Bichmann
und Dr. Assia Brandrup-Lukanow*

Vorwort

Vorwort

Entwicklung und Gesundheit hängen eng miteinander zusammen – Länder mit positivem Wirtschaftswachstum weisen im allgemeinen bessere Gesundheitsindikatoren auf als arme Länder. Armut ist ein Risikofaktor für Krankheit. Umgekehrt ist Krankheit, insbesondere in Entwicklungsländern, in denen es keine funktionierenden Krankenversicherungssysteme gibt, ein wesentlicher Risikofaktor für weitere Verarmung von Einzelnen, von Familien und von ganzen Gemeinschaften. Die HIV/AIDS Epidemie in Afrika ist ein dramatisches Beispiel hierfür; doch auch andere Krankheiten können, wenn sie unbehandelt bleiben, zu Invalidität und schweren Verdienstaussfällen führen.



Die Bundesrepublik hat sich deshalb in ihrem Aktionsprogramm 2015 dazu verpflichtet, als Beitrag zur Armutsbekämpfung soziale Sicherungssysteme in Partnerländern zu stärken und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung zu verbessern. In diesem Zusammenhang leisten die Autoren des vorliegenden Bandes einen Beitrag zur Diskussion über die zukunftsweisenden Themen Globalisierung, Entwicklung und Gesundheit, beleuchten die Zusammenhänge zwischen Entwicklung und Gesundheit und führen mögliche Ansätze für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit auf. Nur durch vereinte Kräfte wird es uns gelingen, die ehrgeizigen Millenniumsziele zu erreichen.

Manuela Weis
Manuela Weis

Inhalt

Zusammenfassung	3
Gesundheit, Entwicklung und Globalisierung	9
1. Einleitung	9
2. Von Alma Ata zu den „Millennium Development Goals“ (MDG) – internationale Gesundheit im Wandel	10
3. Chancen und Risiken der Globalisierung	15
4. Die Rolle von Gesundheit für die Gesellschaft	22
5. HIV/AIDS	28
6. Gesundheitssysteme und deren Finanzierung	31
7. Forschung und Entwicklung	34
8. Ausblick	37

Zusammenfassung

1. Einleitung

Gesundheit ist ein Grundrecht und Voraussetzung für globale Sicherheit, wirtschaftliches Wachstum und die Wahrung der Menschenrechte. Ausgehend von den Erfahrungen vergangener Jahre soll diese Darstellung Orientierungen, Perspektiven und Empfehlungen für die zukünftige Rolle des Themas Gesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) der Bundesrepublik Deutschland entwickeln und erläutern. Neben der Analyse der zentralen Rolle, die diese Thematik in der internationalen Zusammenarbeit spielt, sollen bewährte Strategien und zukünftige Herausforderungen in der internationalen Diskussion und vor allem die mögliche Positionierung Deutschlands in der internationalen Zusammenarbeit im Gesundheitssektor aufgezeigt werden. Die gesellschaftliche Relevanz von Gesundheit hat in den letzten 40 Jahren in der Weltöffentlichkeit eindrucksvoll zugenommen. Das Bemühen um Gesundheit und Gesunderhaltung hat sich zunehmend von dem Image kostenträchtiger „Wohlfahrt“ gelöst, zu Gunsten einer Wahrnehmung als ökonomische und soziale Investition in die Gesellschaft, ein öffentlich zu schützendes und zu förderndes Gut.

unter deren Mitwirkung entwickelte Gesundheitsdienstleistungen mehr Menschen zugute kommen als einzelne Großkrankenhäuser. In den 80er Jahren konzentrierte sich die EZ entsprechend auf die Umsetzung des PHC-Konzepts, um der Erkenntnis Rechnung zu tragen, dass sich präventive gegenüber kurativen Maßnahmen durch eine höhere Wirksamkeit auszeichnen. Gleichzeitig wurde diese Strategie den wirtschaftlichen Möglichkeiten der Entwicklungsländer eher gerecht.



2. Von Alma Ata zu den „Millennium Development Goals“ – internationale Gesundheit im Wandel

Die Strategien und Schwerpunkte der EZ im Gesundheitssektor haben sich mehrfach verändert. Während in den 70er Jahren vorrangig der Bau und Betrieb von Krankenhäusern und die Entsendung von Ärzten in Krankenhäuser, also die kurative Medizin, im Vordergrund standen, wurde nach der WHO/UNICEF Konferenz in Alma Ata 1978 verstärkt auf „Primary Health Care (PHC, Primäre Gesundheitsversorgung)“ gesetzt. Dahinter stand die Erkenntnis, dass ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis und dezentrale, an den Bedürfnissen der Bevölkerung ausgerichtete sowie

Die späten 80er und frühen 90er Jahre waren vor allem von den Strukturanpassungsprogrammen (structural adjustment programs) des „Washington Consensus“ geprägt, welche die Sozialsysteme durch Abbau von öffentlichen Dienstleistungen, Subventionen und Personal auf Dauer finanziell tragfähig machen sollten. Diese Maßnahmen hatten jedoch ganz erhebliche Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Sozialsysteme und die Grundversorgung der Armen. Dies hat mittlerweile zu einem Umdenken bei Weltbank und Internationalem Währungsfonds (IWF) geführt. Seit einigen Jahren setzen beide Institutionen auf länderspezifische, umfassende Armutsbekämpfungsstrategien, die in sogenannten Strategiepapieren zur Armutsminderung (Poverty Reduction Strategy Papers – PRSP), formuliert sind. Im Zusammen-

hang mit der Initiative für hochverschuldete Entwicklungsländer („Highly Indebted Poor Countries“ – HIPC) erhalten die ärmsten Länder günstige Weltbank-Kredite und neuerdings auch Zuschüsse für Vorhaben der Armutsreduktion.

Ein weiterer Schwerpunkt der EZ liegt seit den 90er Jahren bei Systemreformen im Gesundheitsbereich sowie im gesamten öffentlichen Sektor. Die Beratungsarbeit konzentriert sich dabei auf Demokratieförderung und „Good Governance“, Dezentralisierung und Kapazitätsbildung, Partizipation und Versorgungsgerechtigkeit. Dazu gehören auch neue Finanzierungsansätze, der Aufbau sozialer Sicherungssysteme und die Einbindung des Privatsektors in die Entwicklungsstrategien.

Im Zuge der Globalisierung bemüht sich die EZ zunehmend um die Mitgestaltung ordnungspolitischer Rahmenbedingungen und der sich wandelnden globalen Strukturen. Die Internationale Zusammenarbeit (IZ), d.h. die Kooperation mit internationalen Organisationen und die Aushandlung und Umsetzung globaler Regelwerke erlangt zunehmende Bedeutung. Die IZ folgt im Wesentlichen den inhaltlichen Vorgaben der Internationalen Entwicklungsziele (International Development Goals – IDG) der OECD sowie deren Weiterentwicklung, den Millenniumentwicklungszielen (Millennium Development Goals – MDG) der UN. Beide Absichtserklärungen messen Gesundheit als wichtigstem Kapital des Menschen eine zentrale Bedeutung bei. Die Millenniumentwicklungsziele beinhalten die weltweite Halbierung der extremen Armut, die Reduzierung der Kindersterblichkeit um zwei Drittel bzw. der Müttersterblichkeit um drei Viertel und die Bekämpfung der Ausbreitung von HIV/AIDS, Malaria und anderer Krankheiten bis zum Jahr 2015. Als deutschen Beitrag zu dieser Initiative hat die Bundesregierung das Aktionsprogramm 2015 zur Bekämpfung der Armut ins Leben gerufen. Ein angestrebtes Ziel dieses Aktionsprogramms ist die Gewährleistung sozialer Grunddienste und die Stärkung der sozialen



Sicherung durch Gesundheitsversorgung, Sozialversicherung, HIV/AIDS-Prävention und Medikamentenzugang.

3. Chancen und Risiken der Globalisierung

Das globale Zusammenwachsen der Wirtschaft im letzten Jahrzehnt hat vielerorts zur Steigerung des Wohlstands und zur Verbesserung der Lebensbedingungen beigetragen. Auch Arme haben beispielsweise Zugang zu modernen Medikamenten und Technologien. Andererseits hat es eine stärkere soziale Polarisierung innerhalb der verschiede-

nen Gesellschaften bewirkt, die mit hoher Wahrscheinlichkeit in Zukunft zunehmen wird. Die Kluft zu den Lebenschancen und Lebensstandards der ärmeren Bevölkerungsgruppen verstärkt sich oder bleibt bestenfalls unverändert. Ein Teil der Entwicklungsländer bleibt vom globalen Wirtschaftswachstum ausgeschlossen, versinkt unter einer zunehmenden Verschuldungslast und reduziert in Folge dessen die Sozialausgaben auf ein Maß, das keinen Spielraum für die angemessene Versorgung der Bevölkerung lässt.

Die Globalisierung im Bereich Gesundheit bietet Chancen und Risiken, die nicht mehr an den Ländergrenzen Halt machen. Die wissenschaftliche und technologische Entwicklung findet heute in globalem Rahmen statt, und der internationale Wissenstransfer über Präventionsstrategien, Behandlungsverfahren und Gesundheitsfinanzierungsmodelle verbessert den allgemeinen Erkenntnisstand. Auch die Entwicklungen in der Informations- und Kommunikationstechnologie (IKT) bringen vielversprechende innovative Möglichkeiten und Perspektiven für den Gesundheitssektor mit sich. Andererseits überschreiten gesundheitsschädliche (oft westliche) Lebensstile die Ländergrenzen, chronische und nicht übertragbare Krankheiten nehmen weltweit zu, und Infektionskrankheiten breiten sich im Zuge der wachsenden Mobilität schneller aus. Die sozioökonomischen und politischen Rahmenbedingungen verleiten Unternehmen dazu, Produktionsverfahren in Entwicklungsländer zu verlagern, weil dort die Arbeitskraft billiger ist und Anforderungen an Arbeits- und Umweltschutz oft weniger streng sind, bzw nicht kontrolliert werden.

Mit dem Ziel, die Basisgesundheitsversorgung weltweit zu verbessern, forderte UN Generalsekretär Kofi Annan 2001 die Einrichtung eines globalen Gesundheitsfonds. Im Jahr darauf entstand der „Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria“ (GFATM), der die Bekämpfung der führenden Infektionskrankheiten durch Bereitstellung von

Ressourcen fördern soll. Gleichzeitig wenden sich alle internationalen und multilateralen Organisationen, nicht nur WHO, UNAIDS und UNDP, sondern auch Weltbank, OECD und ILO, verstärkt den Themen Gesundheit, Bildung und soziale Sicherheit zu. Mittlerweile gibt es eine fast kaum noch zu überschauende Zahl globaler Initiativen zur Förderung der Forschung, der Bereitstellung von Impfstoffen und Medikamenten.

4. Die Rolle von Gesundheit für die Gesellschaft

Das Aktionsprogramm 2015 der Bundesregierung fordert dazu auf, gerade die Armen in die Lage zu versetzen, Prävention und Selbsthilfe zu fördern. Dafür müssen sie ihre wirtschaftlichen Möglichkeiten verbessern und ihre Beteiligung an politischen Entscheidungsprozessen stärken können. Erleichterter Zugang zu den Versorgungsstrukturen, ein speziell auf die Bedürfnisse der Armen ausgerichtetes Dienstleistungspaket und tragfähige Konzepte der Gesundheitsfinanzierung sollen die notwendige soziale Sicherheit schaffen, damit die arme Weltbevölkerung nicht schutzlos Krankheitsfolgen ausgeliefert ist, und Familien nicht weiterhin durch Ausgaben für akute Gesundheitsprobleme völlig verarmen. Gesundheitsförderung und -entwicklung stellt heute einen integralen Bestandteil der Armutsbekämpfung und damit der Wirtschaftsförderung dar.

Diesen Grundsatz greift auch die WHO-Kommission „Volkswirtschaft und Gesundheit“ (Macroeconomics and Health-CMH) auf, die sich aus Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlern sowie Gesundheitsexperten zusammensetzt. Die Kommission kommt in ihrem Schlussbericht zu dem Ergebnis, dass Investitionen im Gesundheitswesen einen hohen volkswirtschaftlichen Gewinn bringen. Insbesondere fordern die Experten eine Fokussierung der Interventionen im Gesundheitswesen auf die Bekämpfung der führenden Todesursachen,

eine intensivere Kooperation zwischen Staaten, Nichtregierungsorganisationen und Industrie bei der Entwicklung von und beim Zugang zu essentiellen Medikamenten, vermehrte Investitionen in die reproduktive Gesundheit zur Drosselung des Bevölkerungswachstums, sowie eine Erhöhung der durchschnittlichen Pro Kopf-Gesundheitsausgaben in den ärmsten Ländern von derzeit 13 auf 30-40 \$ zur Finanzierung eines essentiellen Dienstleistungspakets.



5. HIV/AIDS

Vor allem in den ärmsten Entwicklungsländern, aber auch in vielen Schwellenländern blockiert die HIV/AIDS-Pandemie die Chancen auf eine nachhaltige Entwicklung. Alle bisherigen Bemühungen haben die Ausbreitung dieser Infektion nicht aufhalten können. Aber es gibt durchaus erfolgreiche Ansätze im Kampf gegen HIV/AIDS. Multisektorale Präventionsmaßnahmen unter Einbeziehung aller Beteiligten und Ebenen können wirksam sein, sofern sie gewachsene Strukturen und traditionelle Hierarchien sowie soziokulturelle und ökonomische Gegebenheiten berücksichtigen, auf Jugendliche

zugeschnitten sind und insbesondere bei Selbsthilfegruppen der mit HIV/AIDS lebenden Menschen ansetzen.

Gerade in den Ländern, wo die Epidemie im Anfangsstadium steckt, können vergleichsweise geringe Mittel große Wirkung erzielen, wie die Beispiele Senegal und Thailand belegen. Auch die Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV durch antiretrovirale Medikamente (prevention of mother-to-child transmission - PMTCT) ist wirksam. Gemeinsame Initiativen mit der Privatwirtschaft (Private Public Partnership - PPP) wie Programme am Arbeitsplatz zur Aufklärung, Prävention und Behandlung von HIV/AIDS sind erfolgversprechend. Besonders die großen Unternehmen haben Interesse an derartigen Maßnahmen, da HIV/AIDS direkte Auswirkungen auf Krankheitshäufigkeit, Motivation und Moral der Mitarbeiter und damit auf die Produktivität der Unternehmen hat. Auch breitgefächerte Präventionsmaßnahmen wie das „Social Marketing“ von Kondomen setzen die Möglichkeiten einer besseren öffentlich-privaten Zusammenarbeit gezielt um: Sowohl bei der Aufklärung und Information der Zielgruppen wie bei der Bereitstellung von Verhütungsmitteln guter Qualität.

Nach der massiven Erhöhung der Ressourcen, wie dies durch die Gründung des Globalen Fonds (GFATM) und Absichtserklärungen von G 8 und beim UN- Sondergipfel zu HIV/AIDS im Jahr 2001 erfolgte, bedarf es nun auch einer engen Kooperation zwischen lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Akteuren, sowie eines verstärkten Engagements gerade gesundheitswissenschaftlicher Expertise und Planung in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit.

6. Gesundheitssysteme und ihre Finanzierung

Die Gesundheitssysteme der Entwicklungsländer zeichnen sich in aller Regel durch chronischen Ressourcenmangel, Ineffizienz und allenfalls kurzfristige Problemlösungen aus. Die Reform und Entwicklung tragfähiger Gesundheitssysteme erfordert Zeit, Ausdauer, Flexibilität und eine behutsame Beratung. Nach ihrem Selbstverständnis hat die deutsche Entwicklungszusammenarbeit immer eine faire, verantwortungsvolle und auf sozialen Frieden ausgerichtete Sozialpolitik in den Partnerländern im Auge. In der Politikberatung spielen daher Prinzipien des deutschen Gesundheitswesens wie Universalität, Solidarität in sozialer Verantwortung, Subsidiarität, Selbstverwaltung und Pluralismus, Verhandlungen und Konsensuche eine herausragende Rolle. Beim Politikdialog in der internationalen Zusammenarbeit können diese Aspekte insbesondere bei Ansätzen der programmorientierten Gemeinschaftsfinanzierung (Basket- / Budgetfinanzierung) eingebracht werden..

Die Schwerpunkte der deutschen EZ liegen dabei aufgrund von Erfahrung und Expertise auf folgenden Themen:

- > Formulierung von gesundheitspolitischen Strategien, die in die makro-ökonomischen Rahmenbedingungen eingepasst sind
- > Stärkung von Management-, Verwaltungs- und Planungskapazität im Hinblick auf pluralistische Gesundheitssysteme
- > Einbeziehung der Bevölkerung in gesundheits- und sozialpolitische Entscheidungen
- > Dezentralisierung und Schaffung subsidiärer Strukturen
- > Aufbau solidarischer Gesundheitsfinanzierungs- und -versorgungssysteme (Soziale Krankenversicherung)



7. Forschung und Entwicklung

Obwohl 84% der Menschheit in Entwicklungsländern leben, entfallen nur 11% der globalen Gesundheitsausgaben auf diesen Teil der Welt. Dieses Missverhältnis spiegelt sich auch in der Gesundheitsforschung und -entwicklung wider, denn trotz einer vielfach höheren Krankheitslast der Entwicklungsländer erfolgen Forschungsinvestitionen ganz überwiegend in den reichen Ländern und im Zusammenhang mit deren Erkrankungen. Um dieses Problem zu überwinden, sollte die internationale Entwicklungszusammenarbeit auch auf eine Stärkung der nationalen Forschungskapazitäten in den Entwicklungsländern hinarbeiten. Besonderer Förderung bedarf die Erforschung landesspezifischer Gesundheitsprobleme und von Möglichkeiten der gezielten Verbesserung der Präventions-, Diagnostik- und Heilverfahren für die wichtigsten Erkrankungen.



Die Forschung und Produktentwicklung der internationalen pharmazeutischen Industrie muss sich den Problemstellungen der armen Länder stärker annehmen. Dies macht die Schaffung erheblicher Förderanreize für spezielle „globale öffentliche Güter“, d.h. für Entwicklung und Vertrieb essentieller Arzneimittel, Impfstoffe, diagnostischer Verfahren und Methoden der Vektorkontrolle erforderlich.

8. Ausblick

Investitionen in die Gesundheit sind eine unverzichtbare Grundlage der nachhaltigen Entwicklung und insbesondere zur Armutsbekämpfung. Die wichtigsten Schwerpunkte liegen dabei in folgenden Bereichen:

- > Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten
- > Förderung der reproduktiven Gesundheit
- > Versorgungsgerechtigkeit
- > Kosteneffektive Organisation und Management im Gesundheitswesen
- > Soziale Krankenversicherungssysteme
- > Bekämpfung von Infektionskrankheiten (z.B. HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulose)
- > Qualitätssicherung der Gesundheitsversorgung

Hinzu kommen künftig aber vermehrt neue Prioritäten wie:

- > Die Prävention und Behandlung nicht übertragbarer Krankheiten (chronische und ernährungsbedingte Krankheiten, Diabetes, Herz Kreislauf-erkrankungen etc.)
- > Folgen des Konsums von Alkohol, Tabak und anderen Drogen
- > Prävention und Folgenminderung von Unfällen und Gewalt
- > Umweltmedizin und Sicherheitskonzepte (Einsatz genetisch veränderter Organismen, Emissionen, Krisenbewältigung, etc.)

Mit den umfassenden Erfahrungen aus der bisherigen EZ und mit kompetenten Partnern kann Deutschland aktiv und effektiv zur Verbesserung der Gesundheit der Weltbevölkerung beitragen. Darüber hinaus sichert die Mitwirkung an globalen Gesundheitsfragestellungen den Standort Deutschland.

Gesundheit, Entwicklung und Globalisierung

1. Einleitung

Das Recht auf Gesundheit gehört zu den Grundrechten eines jeden Menschen.¹ Gesundheit für alle böte eine wichtige Grundlage für globale Sicherheit, wirtschaftliches Wachstum und die Wahrung der Menschenrechte im 21. Jahrhundert. Doch noch immer lebt ein Drittel der Menschheit in Armut, Krankheit und Elend, ohne ausreichende Chancen, an der Globalisierung teilzuhaben. Überwunden geglaubte Seuchen und neue Viren breiten sich weltweit aus, schädliche Umwelteinflüsse, Stress und ungesunde Lebensweisen machen Menschen krank. Armut und verminderte Gesundheit gehen Hand in Hand und bedingen sich gegenseitig. Dies ist selbst in reichen Ländern mit geringen sozialen Ungleichheiten zu beobachten, viel stärker aber innerhalb der Entwicklungsländer und im weltweiten Vergleich. Mehr als eine Milliarde Menschen haben keinen Zugang zu sauberem Wasser, und fast zweieinhalb Milliarden leben ohne sanitäre Anlagen. In den 90er Jahren starben in Entwicklungsländern jährlich über 12 Mio. Kinder unter 5 Jahren, die meisten von ihnen an Durchfallerkrankungen, Infektionen der Atemwege und Malaria². Weltweit sind 42 Mio. Menschen mit HIV infiziert, halb so viele bereits an AIDS verstorben. Ein Drittel aller Todesfälle in Entwicklungsländern geht auf vermeidbare oder behandelbare Ursachen zurück.

Andererseits ist seit den 60er Jahren die durchschnittliche Lebenserwartung in den Entwicklungsländern von 40 auf 63 Jahre gestiegen, die Sterblichkeit von Kindern zwischen einem und vier Jahren von 280 auf 106 pro 1000 gesunken³. Auch verzeichneten viele Länder erhebliche Erfolge in der Behandlung von Tuberkulose und Malaria, die Zahl von Poliomyelitis-Fällen ist seit 1988 weltweit um

99% zurückgegangen und Millionen von Kindern konnten in den vergangenen Jahren u.a. dank internationaler Initiativen⁴ gegen ansteckende Krankheiten geimpft werden. Die Verpflichtung der Weltgemeinschaft zum entschiedenen Kampf gegen HIV/AIDS⁵ und die Schaffung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) sollte die nötigen Ressourcen mobilisieren und ein wirksames Vorgehen gegen die bedrohlichsten Infektionen ermöglichen⁶.

Diese Darstellung soll in erster Linie die zentrale Bedeutung des Gesundheitssektors für die gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklung der Menschheit und die zukünftige Rolle gesundheitsbezogener Strategien in der internationalen Zusam-



menarbeit der Bundesrepublik Deutschland beleuchten. Vor dem Hintergrund der zurückliegenden Erfahrungen sollen bewährte Strategien und die

1 VN: Menschenrechtskonvention, Art. 25, 1948. Laut WHO bedeutet Gesundheit nicht nur das Freisein von Krankheit, sondern das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden.

2 BMZ aktuell, Nr. 105, „Sektorkonzept Gesundheit“ August 1999, S.4.

3 BMZ aktuell, Nr. 105, 1999, S.4.

4 Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)

5 United Nations General Assembly special session on HIV/AIDS (UNGASS), New York, Juni 2001.

6 Brundtland, Gro Harlem, Address to the Fifty-Fifth World Health Assembly, Geneva, Mai 2002.

bevorstehenden Herausforderungen für die Positionierung der deutschen Entwicklungszusammenarbeit dargestellt werden.

Das Thema Gesundheit nimmt einen herausragenden Platz unter den Millenniums-Entwicklungszielen („Millennium Development Goals“ MDGs) der Vereinten Nationen ein und steht in engem inhaltlichem Zusammenhang mit Armutsbekämpfung und globaler Sicherheit.⁷ Themen wie Versorgungsgerechtigkeit („equity“), Gesundheitsrisiken („risks to health“), Bekämpfung von HIV/AIDS und anderen Infektionskrankheiten, gerechter Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten, Verringerung der Kindersterblichkeit, sichere Schwangerschaft und Geburt, die Konsolidierung von Gesundheitssystemen, der Aufbau nachhaltiger Gesundheitsfinanzierungsmodelle und die Gewährleistung qualitativ hochwertiger Gesundheitsleistungen werden auch in den kommenden Jahren und Jahrzehnten ganz oben auf der Agenda nationaler wie internationaler Entwicklungsorganisationen stehen. So fällt dieses Dokument zeitlich zusammen mit dem Erscheinen des von OECD und WHO gemeinsam herausgegebenen „DAC Reference Document on Poverty and Health“⁸. Darin wird der Beitrag, den eine Verbesserung der Gesundheit der Armen zu der Erreichung der MDGs und zur Armutsbekämpfung beitragen kann, hervorgehoben. Basierend auf den Erfahrungen der im Development Assistance Committee der OECD (DAC) vertretenen Länder und Organisationen enthält das DAC Referenzdokument Richtlinien und Orientierungen für die Entwicklungszusammenarbeit (EZ) zur effektiven Unterstützung armutsorientierter Gesundheitsansätze in Partnerländern. Die wirtschaftliche, kulturelle und soziale Globalisierung machen ein verstärktes Bemühen um globale

Problemlösungen und eine enge, sektorübergreifende Zusammenarbeit von in- und ausländischen Akteuren erforderlich.



Diese Übersicht soll helfen, sowohl politische Entscheidungsträger in Deutschland, als auch die politisch interessierte Öffentlichkeit über die zentrale Rolle der Gesundheit im internationalen Kontext zu informieren und mit den wichtigsten Argumenten und Trends der deutschen und internationalen Diskussion vertraut zu machen.

2. Von Alma Ata zu den „Millennium Development Goals“ (MDG) – internationale Gesundheit im Wandel

Während sich Partner- wie Geberländer bis in die 70er Jahre an einem Medizinmodell orientierten, das sich primär aus den kurativ orientierten

⁷ Drei von acht Millenniums-Zielen (MDGs) stehen in unmittelbarem Zusammenhang mit Gesundheitsindikatoren: Ziel 4 - Reduktion der Kindersterblichkeit, Ziel 5 - Verbesserung der Gesundheit von Müttern, Ziel 6 - Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten. Andere Ziele beinhalten Gesundheitsaspekte. Millenniumsgipfel Deklaration der Vereinten Nationen, VN Generalversammlung, 2000.

⁸ OECD und WHO: DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. Paris (OECD) 2003. OECD und WHO: DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health. Paris (OECD) 2003. vgl.a. World Bank: Poverty Reduction Strategy Sourcebook: Chapter on Poverty, Health, Nutrition, and Population. <Internet: <http://www.worldbank.org/poverty/health/library/srcebk.htm>> .vgl.a. Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Mitteilung der Kommission an den Rat und das Parlament: Gesundheit und Armutsbekämpfung in Entwicklungsländern. KOM(2002) 129 endgültig. <Internet: http://www.europa.eu.int/eur-lex/de/com/cnc/2002/com2002_0129de01.pdf>

Gesundheitsdiensten der Industrieländer ableitete, fand zunächst das Konzept der Basisgesundheitsversorgung und seit der WHO/UNICEF-Konferenz von Alma Ata (1978) das Konzept („Primary Health Care“ – PHC) Eingang in die Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor. Die vorhergehende Fokussierung auf Bau, Ausstattung und Betrieb von Krankenhäusern hatte zu einer Konzentration der Gesundheitsdienste in wenigen, zumeist städtischen Gebieten geführt. Für große Teile der Bevölkerung, vor allem die ohnehin marginalisierten und krankheitsanfälligeren Menschen in ländlichen Regionen, verbesserten sich die Zugangschancen zu medizinischer Versorgung indes in keiner Weise.⁹ Zudem leisten große und gut ausgestattete Krankenhäuser praktisch keinen Beitrag zur Prävention und Gesundheitsförderung.¹⁰

Im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsverständnisses konzentrierte sich die Entwicklungszusammenarbeit nach der Alma-Ata-Konferenz auf die Errichtung von Basisgesundheitsdiensten mit dezentralen Distrikthospitälern und vor allem von Zentren der Primärversorgung (Gesundheitszentren und Dispensarien) sowie freiwilligen Gemeindehelfern in ländlichen Gebieten. Im Mittelpunkt standen von nun an die aktive Beteiligung der Bevölkerung an der Entwicklung von Gesundheitsdienstleistungen, eine verstärkte sektorübergreifende Zusammenarbeit, Vorbeugung und Aufklärung und die Integration der Versorgungssysteme. Die Entwicklungsstrategie umfasste den Aufbau einer gesundheitlichen Grundversorgung, die Aus- und Weiterbildung von lokalen Fachkräften, die Gesundheitsberatung, sowie die Einrichtung notwendiger technischer Maßnahmen, Familienplanung und andere Initiativen zu Gunsten von Frauen und Kindern.¹¹ Dabei zeigte sich, dass ein funktionierendes Basisgesundheitsystem nur bei gleichzeitiger **Dezentralisierung** der Gesund-

heitsdienste erfolgreich arbeiten konnte. Als wichtige Voraussetzungen für die Berücksichtigung der spezifischen Bedürfnisse der armen Bevölkerungsmehrheit erwies sich dabei die ausreichende Umsetzung des Subsidiaritätsprinzips, d.h. der Wahrnehmung der wesentlichen Entscheidungs- und Budgetkompetenzen auf regionaler oder lokaler Ebene.

Die internationale Zusammenarbeit in den 80er und frühen 90er Jahren stand ganz im Zeichen der von Weltbank und IWF vorgegebenen **Strukturanpassungsprogramme** (structural adjustment programs), deren Umsetzung wesentliche Voraussetzung für den Zugang zu internationalen Krediten war. Sie beinhaltete in aller Regel den Abbau von Sozialleistungen, von Subventionen und des Personals im Sozialbereich. Das Gesundheitsbudget vieler Länder nahm im Verhältnis zu den Gesamtausgaben überdurchschnittlich stark ab.



Viele staatliche Gesundheitseinrichtungen gerieten an den Rand ihrer Funktionsfähigkeit, ein Zustand, der in den ärmsten Ländern bis heute anhält.¹² Die Kürzungen betrafen und betreffen in erster Linie die Armen, für die der Zugang zu den ohnehin unzureichenden Gesundheitsdiensten zunehmend unmöglich wurde.

⁹ BMZ aktuell, Nr. 105, 1999, S.8.

¹⁰ King, Maurice. *Medical Care in Developing Countries*, Oxford University Press, 1966

¹¹ BMZ aktuell, Nr. 105, 1999, S.9.

¹² BMZ aktuell, Nr. 105, 1999, S.7.

Schon früh hatte UNICEF „Strukturanpassung mit menschlichem Gesicht“ gefordert („structural adjustment, with a human face“). Die Erkenntnis über die schädlichen Folgen der zu stark marktorientierten Strukturanpassung für die Menschen in den Entwicklungsländern¹³ führte aber erst ab Mitte der 90er Jahre zu einem Umdenken bei Weltbank und IWF. Im Kontext der internationalen Entschuldungsstrategie für hochverschuldete, arme Ent-



wicklungsländer (HIPC) haben sich die multilateralen Finanzierungsinstitutionen seit Anfang dieses Jahrzehnts auf die Förderung nationaler Armutsbekämpfungsstrategien (Poverty Reduction Strategies, PRS) festgelegt. Heute ist die Orientierung an den

Poverty Reduction Strategies Papers (**PRSP-Prozess**) Grundvoraussetzung für zinslose, langfristige IDA-Kredite der Weltbank.¹⁴

Die enge Verknüpfung von Gesundheit, Armut, Umwelt und nachhaltiger Entwicklung spiegelt sich auch in der Agenda 21 wider, dem Abschlussdokument des Weltgipfels von Rio de Janeiro im Jahr 1992 (UNCED: United Nations Conference on Environment and Development). Das Thema Gesundheit zieht sich wie ein roter Faden durch die Agenda 21. Auf dem Weltgipfel von Rio wurden die Grundlagen einer vertieften Zusammenarbeit von Regierungen, Nichtregierungs-Organisationen (NROs), supranationalen Akteuren und Teilnehmern aus der Wissenschaft gelegt.¹⁵ Vor allem die Zusammenarbeit mit dem NRO Sektor erhielt eine stärkere Aufmerksamkeit. Sie bildet seit Jahren einen wichtigen Bestandteil der deutschen EZ.¹⁶

Seit den 90er Jahren steht die Reform der öffentlichen Dienste, insbesondere auch der Gesundheitssysteme, im Mittelpunkt der Entwicklungszusammenarbeit. Strukturelle Veränderungen sollen die Ursachen von globalen Problemen und der Unterentwicklung beeinflussen und auf diese Weise einen wirksamen Beitrag zur nachhaltigen Entwicklung leisten. Förderung von Demokratie, Rechtsstaatlichkeit und -sicherheit sowie qualitativ gute Regierungsführung (good governance) spielen in der deutschen EZ eine immer wichtigere Rolle. Nur bei geeigneter Führungsqualität der Regierenden und adäquater Umsetzung internationaler Vereinbarungen sind die Entwicklungsländer in der Lage, die Chancen der Globalisierung zu ihrem eigenen Vorteil wahrzunehmen.¹⁷

¹³ Vergleiche: Weltbank Report 1993.

¹⁴ GTZ interne Publikation: „Technische Zusammenarbeit in der internationalen Diskussion,“ Stabsstelle Grundsatzfragen der Unternehmensentwicklung, 2002, S.12.

¹⁵ Brundtland, Gro Harlem. Grundrecht Gesundheit. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2000, S.20.

¹⁶ Der Weltgipfel von Johannesburg im September 2002 (Rio +10) hat für den Gesundheitsbereich keine wirklichen Neuerungen gebracht. Für das Politikfeld Entwicklungszusammenarbeit insgesamt hat der Gipfel durch das deutliche Commitment von mehr als 150 Staats- und Regierungschefs zu wichtigen Zielen der EZ jedoch eine öffentlichkeitswirksame Bestätigung erfahren. Ob sich dieses Bekenntnis allerdings irgendwann einmal auch in zusätzlichen Mitteln für die EZ niederschlägt, bleibt abzuwarten.

¹⁷ GTZ interne Publikation: „Technische Zusammenarbeit in der internationalen Diskussion,“ Stabsstelle Grundsatzfragen der Unternehmensentwicklung, 2002, S.7.

Um das Konzept einer umfassenden primären Gesundheitsversorgung zu verwirklichen, bedarf es in vielen armen Ländern weitreichender **Reformen der Gesundheitssysteme** sowie einer Neuorientierung der staatlichen Gesundheitspolitik. Dabei spielt die Dezentralisierung von Entscheidungs- und Budgetkompetenzen eine wichtige Rolle. Ebenso wichtig für eine erfolgreiche Gesundheitsreform sind Effizienzsteigerung, Verbesserung der Ressourcenallokation und der Aufbau tragfähiger Systeme der Gesundheitsfinanzierung, um den Aufbau von nachhaltigen Basisgesundheitsdiensten zu ermöglichen.

Maßnahmen zur Gesundheitsförderung müssen in bestehende Strukturen passen. Vertikale Interventionen führen oftmals zu einer Doppelung von Strukturen und zusätzlichen finanziellen und organisatorischen Belastungen und sind allenfalls in besonderen Fällen, wie in der Kontrolle von Epidemien, gerechtfertigt.¹⁸

Seit den späten 80er Jahren hat sich in vielen Entwicklungsländern die Einführung von **Nutzergebühren** („user fees“) für medizinische Diagnostik und Behandlung durchgesetzt¹⁹, die zwar einerseits auf lokaler Ebene zur Deckung von Finanzierungslücken im Gesundheitsbudget beitragen können, aber andererseits die Gefahr bergen, arme Bevölkerungsgruppen weiter von der gesundheitlichen Grundversorgung fernzuhalten.²⁰ Studien haben gezeigt, dass sich Nutzergebühren nachteilig auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten auswirken können und im günstigsten Fall 15% der Kosten einspielen. Um Versorgungsgerechtigkeit (equity) zu erreichen, bietet sich die Kombination unterschiedlicher Elemente der **nachhaltigen Gesundheitsfinanzierung** an. Die Einführung von **Krankenversicherungen** und privaten medizini-



schen Leistungen im Rahmen einer sozial orientierten Gesundheitspolitik kann einen Beitrag zur Armutsminderung leisten. Nur eine solidarische Abdeckung der finanziellen Gesundheitsrisiken kann eine ausreichende Absicherung der unterprivilegierten Bevölkerungsgruppen gewährleisten. Dafür ist die Orientierung der Gesundheitssysteme auf die Armen (pro-poor) unerlässlich.

Hierbei kommt auch der Mittelallokation erhebliche Bedeutung zu. Eine übergreifende Sektorprogrammplanung (z.B. als Sector-wide Approach (SWAp) muss mit der Mittelverfügbarkeit aus sämtlichen Finanzierungsquellen abgestimmt werden. Das EZ-Instrument der „Programm-orientierten Gemeinschaftsfinanzierung“ (Basket / budget funding) setzt beispielsweise das Vorhandensein valider Entscheidungsgrundlagen und Daten voraus, wie sie die Medium-term Expenditure Frameworks (MTEF)

¹⁸ BMZ aktuell, Nr. 105, 1999, S.10.

¹⁹ Für eine kritische Bewertung der Bamako Initiative (1983) als Grundlage für „community initiatives“ und „community financing“, siehe: McPake, B. K.Hanson, A. Mills. „Community financing of health care in Africa: An evaluation of the Bamako Initiative,“ *Social Science and Medicine*. 1993, 36 (11): 1383-1396.

²⁰ Blas, E., M. Limbambala. „User-Payment, decentralization and health service utilization in Zambia.“ *Health Policy and Planning*. 2001, 16 (Suppl 2): 19-28.

oder auch die National Health Accounts liefern können. Die Erfahrungen der deutschen EZ mit der Beteiligung an großen SWAps in Bangladesh und Tansania machen allerdings deutlich, dass auf dem Gebiet des Finanzmanagements noch erhebliche Schwächen in den Partnerländern bestehen. So bemüht sich die Gebergemeinschaft beispielsweise im Rahmen der Special Partnership for Africa (SPA) ganz besonders um die Unterstützung nationaler Finanzministerien beim Aufbau von Systemen der transparenten Mittelverwendungskontrolle.

Die Suche nach **neuen Allianzen** hat in den vergangenen Jahren nicht nur innerhalb des Gesundheitssektors, sondern in der gesamten EZ an Bedeutung gewonnen. Während in der Vergangenheit eher dem Staat und seinen Institutionen die Verantwortung für die EZ zufiel, übernehmen heute private Unternehmen eine wichtige Rolle im Entwicklungsprozess der Partnerländer. Dabei bestehen vielfältige Synergieeffekte und Kooperationsmöglichkeiten mit der Wirtschaft. Im Gesundheitsbereich liegen inzwischen eine Fülle positiver Erfahrungen zu innovativen und erfolgversprechenden Wegen für eine intensivere Privatsektorbeteiligung vor. Hierzu zählen beispielsweise das HIV/AIDS Arbeitsplatzprogramm der GTZ mit DaimlerChrysler in Südafrika, die Kooperation mit Bayer bei der Malariabekämpfung mit imprägnierten Bettnetzen in Uganda und der Türkei und die zehnjährigen Erfahrungen der KfW mit privaten Dienstleistern und internationalen NROs mit FZ-finanzierten Social Marketing Programmen in derzeit 23 Ländern, die breitenwirksame Aufklärung und die gleichzeitige Bereitstellung von Verhütungsmitteln für Familienplanung und HIV/AIDS-Prävention mit der Nutzung privater Vertriebsstrukturen verbinden. Auch der Aufbau von Netzwerken privater Dienstleister, beispielsweise für Maßnahmen der reproduktiven Gesundheit (sog. Social Franchising), bietet zeitgemäße



Ansatzmöglichkeiten für die Entwicklungszusammenarbeit²¹.

Veränderungen im Zuge der Globalisierung haben die Institutionen der Entwicklungszusammenarbeit zu einer Neubestimmung ihrer Positionen veranlasst: Konzentrierte sich die EZ früher eher auf nationale und regionale Entwicklungsaufgaben, so bemüht sie sich heute zunehmend um die Mitgestaltung der sich wandelnden globalen Strukturen und der ordnungspolitischen Rahmenbedingungen. In diesem neuen Kontext wird aus der traditionellen bilateralen Entwicklungszusammenarbeit **Internationale Zusammenarbeit (IZ)**. Innovative Partnerschaften, sowohl mit der Privatwirtschaft, als auch

²¹ Lehmann, L., G. Bartels, J. Biere. *Vermarktungsstrategien für Verhütungsmittel im Rahmen von Familienplanungsprogrammen; Empfehlungen für die deutsche Entwicklungszusammenarbeit. Forschungsberichte des BMZ, Bd. 121. Köln, Weltforum Verlag, 1997. OECD/WHO: Poverty and Health. DAC Guidelines and Reference Series. Paris-Genf, 2003, S. 42-45. Montagu, D. „Franchising of health services in low-income countries.“ *Health Policy and Planning* 17,2(2003)121-130.*



mit privaten, gemeinnützigen NROs, anderen bilateralen Gebern und multilateralen Organisationen, bestimmen mehr und mehr die Arbeit der deutschen EZ und ihrer einheimischen Partnerorganisationen.

Die Millennium-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDG) stellen ein neues Bezugssystem für die internationale Zusammenarbeit und für die deutsche EZ dar. Mit der Verabschiedung des Aktionsprogramms 2015 hat die deutsche Bundesregierung ihre volle Übereinstimmung mit dem entwicklungspolitischen Oberziel der Armutsbekämpfung und den MDGs zum Ausdruck gebracht. Zu den Schwerpunkten des Aktionsprogramms 2015 gehören die Be-

reitstellung sozialer Grunddienste und die Stärkung sozialer Sicherung durch Gesundheitsversorgung, HIV/AIDS-Prävention, Medikamentenzugang und Sozialversicherung.

Im Zentrum der MDG stehen die Bekämpfung der weltweiten Armut (Reduktion um 50% bis zum Jahr 2015) und eine globale nachhaltige Entwicklung. Gesundheit als wichtigstes Kapital der Menschen stellt eine Grundvoraussetzung für eine nachhaltige soziale, wirtschaftliche und ökologisch verträgliche Entwicklung dar. Die Verringerung der Kindersterblichkeit, die Verbesserung der Gesundheit von Müttern, die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten, sowie der gerechte Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten zählen zu den expliziten Zielen der UN Millenniumsdeklaration.²²

Die Millennium Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDG)

1. Beseitigung der extremen Armut und des Hungers
2. Verwirklichung der allgemeinen Primarschulbildung
3. Förderung der Geschlechter und Ermächtigung und Stärkung der Frau
4. Senkung der Kindersterblichkeit
5. Verbesserung der Gesundheit von Müttern
6. Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten
7. Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit
8. Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft

3. Chancen und Risiken der Globalisierung

Mit dem Entstehen einer neuen politischen Weltordnung seit dem 2. Weltkrieg, und vor allem seit Ende des Kalten Krieges, bekommen wirtschaftliche Initiativen und Interessen zunehmende

²² Brundtland, Gro Harlem. „Report of the Director General“, WHO, 2001, S.35.



gesellschaftliche und globale Bedeutung. Fast alle Bereiche von Produktion und Handel sind von der Liberalisierung der Austauschbeziehungen in und zwischen den Ländern betroffen: Güter, Kapital, Finanzen, Technologien, Transport, Information, Ideen, Kulturen und Dienstleistungen sowie die Mobilität von Mensch und Arbeitskraft.

Die Globalisierung verheißt viel für die Zukunft: Höhere Gewinne und sinkende Preise sollen die weltweite Verbreitung des westlichen Lebensstandards unterstützen. Viele Länder nutzen diese Chance, auch Entwicklungsländer.²³ Nach dem Human Development Index des United Nations Development Programs (UNDP), der auch nicht-ökonomische Faktoren in die Bewertung des Wohlstandes einfließen lässt, geht es heute einem Viertel der Erdbevölkerung wesentlich besser als 1980. Im Zuge der Globalisierung haben mehr Menschen denn je **Zugang zu Informationstechnologien**, die ihnen ermöglichen ihr Leben selbstbestimmt zu gestalten („empowerment“) und

ihren Lebensstandard zu verbessern. Durch die bahnbrechenden Entwicklungen im Informationsbereich besteht die Möglichkeit zum globalen Austausch von Gesundheitsinformationen und zu Hilfsleistungen über alle räumlichen, sozialen und zeitlichen Barrieren hinweg. Technologische Hilfsmittel werden in zunehmendem Maße auch zur globalen Gesundheitsüberwachung und -kontrolle eingesetzt.²⁴

Einerseits eröffnet der Handel mit medizinischen Technologien, Medikamenten und Dienstleistungen grenzüberschreitenden Zugang zu Diagnostik, Laboruntersuchungen, Telemedizin (Telepsychiatrie, Teleradiologie, Telepathologie) und Gesundheitsinformation, ebenso wie zu Behandlungsmöglichkeiten (durch Reisen von Patienten) und Firmenpräsenz im Ausland (insbesondere durch Bau von Infrastruktur durch ausländische Firmen, Joint Ventures, Lizenzen, internationale Krankenkassen und Krankenversicherungen). Andererseits begünstigt die Internationalisierung der Wirtschaftsbeziehungen die Migration von Gesundheitspersonal aus den Drittweltländern. Der daraus resultierende „brain drain“ hemmt die Entwicklungschancen der Staaten des Südens und ihre Möglichkeiten auf einen erfolgversprechenden Zugang zum Weltmarkt.²⁵ Doch bedürfen die komplexen Folgen von Migration noch weiterer Untersuchungen um ggf. positive wie negative Wirkungen zu steuern.

Die internationale Vermarktung hochwertiger Arzneimittel aus Industrieländern erhöht zweifelsohne die globale Arzneimittelsicherheit, die Massenproduktion von Medikamenten senkt deren

23 In China sank der Anteil der Armen z.B. dramatisch: 1978 gab es 250 Millionen, 1999 nur noch 34 Millionen. China (seit 1978), Indien (seit den 90ern), Vietnam, Chile, Mexiko und Uganda gelten als Positiv-Beispiele der Globalisierung. Dollar, David. „Is Globalization Good for Your Health?“ *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (9), 827-833. Schirm, Stefan A.. „Globalisierung – eine Chance für die Entwicklungsländer?“ *Informationen zur politischen Bildung*, 263, 2000 (Internetversion).

24 Brundtland, Gro Harlem. *Grundrecht Gesundheit*. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2000, S.55-56.

25 Müller, Friedemann. „Die Umwelt kennt keine Grenzen.“ *Informationen zur politischen Bildung*, 263, 2000 (Internetversion). Allerdings hat die Liberalisierung des Handels mit Dienstleistungen auch positive Effekte: In wenigen Entwicklungsländern, z.B. den Philippinen, die viel Gesundheitspersonal ausbilden, das dann emigriert, stellen die Transferzahlungen aus dem Ausland einen wirtschaftlich bedeutenden Devisenzufluss dar, der die aufgewandten Ausbildungskosten bei weitem kompensiert (vgl. OECD/DAC Guidelines and Reference Series, op. cit., 2003, S. 88). Die Weltbank geht sogar davon aus, dass durch die Liberalisierung des Handels von Dienstleistungen im Rahmen des WTO General Agreement on trade in Services (GATS) das Einkommen der Entwicklungsländer bis 2015 global um 6.000 Mrd. US \$ steigen würde – viermal mehr als von der Handelsliberalisierung beim Marktzugang von Produkten aus Entwicklungsländern erwartet wird. *World Bank's Global Economic Prospects and the Developing Countries*, 2002.

Preise. Dennoch ist der **Zugang zu bezahlbaren Arzneimitteln** für die Armen nach wie vor stark durch Patentrechte eingeschränkt. Dies führte jüngst zu einer heftigen Kontroverse über den Zugang zu antiretroviralen Medikamenten im südlichen Afrika. Dies wirft die Frage auf, ob Arzneimittel ein öffentliches Gut sind, und die Pharmaindustrie unter moralischen und menschenrechtlichen Gesichtspunkten allein aufgrund internationaler Vereinbarungen geistige Eigentumsrechte geltend machen und Preise frei bestimmen darf.²⁶



Denn obwohl das **Recht auf Versorgung** mit lebensnotwendigen Medikamenten im Rahmen des Paktes zu sozialen, ökonomischen und kulturellen Rechten (ECOSOC) der UN explizit anerkannt und ratifiziert ist, ist der Zugang zu essentiellen Medikamenten in Entwicklungsländern häufig sehr beschränkt.²⁷ Lebensnotwendige Medikamente sind nicht überall verfügbar, durch Resistenzbildung oder falsche Lagerung unwirksam geworden, oder werden von den Herstellern wegen mangelnder Rentabilität vom Markt genommen.²⁸

So ist z.B. im Fall **antiretroviraler HIV/AIDS Medikamente** (ARVs), die im April 2002 in die WHO-Liste der essentiellen Medikamente aufgenommen wurden, das Missverhältnis zwischen Bedarf und Verfügbarkeit erheblich: Von den insgesamt 730.000 Menschen, die im Jahre 2002 weltweit ART erhielten, leben zwei Drittel in Industrieländern, aber nur bis zu 30.000 in Afrika südlich der Sahara, das von der Epidemie am stärksten betroffen ist. Damit wird sowohl das Recht auf Gesundheit, das von der WHO in ihrem Programm „Gesundheit für Alle“ proklamiert wird, als auch das Recht auf Teilhabe am gesellschaftlichen Fortschritt verletzt. Um diesem massiven Ungleichgewicht entgegen zu wirken hat sich die WHO im Rahmen ihrer neuen „**3 by 5**“ Initiative das ambitionierte Ziel gesetzt, bis Ende 2005 die Zahl der HIV-positiven Menschen, die in Entwicklungsländern mit antiretroviralen Medikamenten behandelt werden zu verzehnfachen, von 300.000 auf 3 Millionen.

1994 wurde im Rahmen der Welthandelsorganisation (WTO) von allen Mitgliedsstaaten das sogenannte **TRIPS-Abkommen** (Agreement on Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights) verabschiedet, welches zum ersten Mal weltweit den Schutz des geistigen Eigentums auch im Bereich der Arzneimittelforschung regelt. Das Abkommen tritt in unterschiedlichen Stufen in Kraft, um den Staaten je nach ihrem Entwicklungsstand die Zeit einzuräumen, ihre nationale Gesetzgebung auf das neue Abkommen abzustimmen. Seit dem 1. Januar 2000 sind mittlere Einkommensländer (z.B. Mexiko, Brasilien, Chile, Süd-Afrika) zum Schutz des geistigen Eigentums der Patenhalter verpflichtet. Die am wenigsten entwickelten Länder erhielten auf der **WTO-Konferenz in Doha** Ende des Jahres 2001 eine Fristverlängerung bis zum 1. Januar 2016, um die Regelungen umzusetzen. Die Ausnahmebestimmungen zur Erteilung von

26 Bloom, David E. and David Canning. „A New Health Opportunity.“ *Development*, 2001, 44:1, 36-43.

27 International Covenant on Economic, Social and Cultural Right. URL last accessed: 25. April 2003
<<http://untreaty.un.org/English/treatyEvent2001/index.htm>>

28 Ritter, Barbara, Angela Bähr und Sybille Rehmet. *Antiretrovirale Therapie bei HIV/Aids in der Entwicklungszusammenarbeit – Sachstand und Perspektiven*, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Eschborn, 2003, 18-20.

Zwangslizenzen zur Herstellung und die Erlaubnis für **Parallelimporte**²⁹ von Arzneimitteln im Falle einer nationalen Katastrophe wurden dabei nochmals ausdrücklich bestätigt.³⁰ Das standardisierte Patentrecht ist für den Zugang zu ARVs von höchster Brisanz, da es sich bei ihnen um innovative Arzneimittel handelt, die bei gültigem Patentschutz



für die nächsten 20 Jahre vor Nachahmung geschützt sind und damit dem Preismonopol der Patenhalter unterliegen. Die multinationale pharmazeutische Industrie besteht auf diesem Schutz mit dem Argument, auch weiterhin Forschungs- und Entwicklungsaktivitäten für neue Medikamente

finanzieren zu können.³¹ Der Einsatz von preisgünstigeren **Generika-Produkten**, die vor allem in Brasilien und Thailand zunächst nur für den eigenen Markt hergestellt wurden, in Indien jedoch auch für den Export zur Verfügung stehen, erzeugte in den vergangenen Jahren einen verstärkten Wettbewerb zwischen den pharmazeutischen Anbietern. Dieses und der auf internationaler Ebene entstandene politische Druck hat seit 2000 zu einer erheblichen Preissenkung um bis zu 90 Prozent für patentierte ARVs geführt. Bis zum Jahre 2016 ist es den ärmsten Entwicklungsländern noch erlaubt, oben genannte Ausnahmeregelungen zu nutzen und Generika zu importieren. Die Frage, ob Schwellenländer wie Brasilien und Indien Generika in Entwicklungsländern im Rahmen von TRIPS exportieren dürfen, steht zur Zeit im Mittelpunkt der internationalen Diskussion. Die in Doha bestätigten Ausnahmeregelungen können von den Entwicklungsländern zum Schutz der öffentlichen Gesundheit genutzt werden. Viele der ärmsten Länder im südlichen Afrika zögern jedoch, diesen Weg zu beschreiten, um sich nicht explizit den Interessen der Industrienationen zu widersetzen und ihre sonstigen Handelsbeziehungen negativ zu beeinflussen.³²

Der Zugang zu neuen Technologien und moderner Medikamentenbehandlung ist extrem ungleich verteilt und bei weitem nicht alle Menschen profitieren von der Globalisierung. Damit die Globalisierungsgewinne tatsächlich den Armen zugute kommen, ist eine neue internationale Architektur der Beziehungen nötig.³³ Die Europäische Kommission hat daher im Oktober 2002 einen Plan zur Verbesserung des Zugangs der Entwicklungsländer

29 „Parallelimporte erlauben den Ländern, Markenprodukte zu dem im internationalen Vergleich kostengünstigsten Preis zu kaufen“ (Campaign for Access to Essential Medicines, MSF) vgl.a. Kommission der Europäischen Gemeinschaften: Mitteilung der Kommission an den Rat und das Parlament: Beschleunigte Aktion zur Bekämpfung der wichtigsten übertragbaren Krankheiten im Rahmen der Armutslinderung. KOM(2000) 585 endgültig. <Internet: http://europa.eu.int/eur-lex/de/com/cnc/2000/com2000_0585de02.pdf>

30 t'Hoen, Ellen. „TRIPS, pharmaceutical patents, and access to essential medicines: A long way from Seattle to Doha“, *Chicago J. Int. Law*, 2002, 3 (1): 27 – 48. vgl.a. OECD/DAC Guidelines and Reference Series, op. cit., 2003, S.86

31 Liebig, K. „Geistige Eigentumsrechte: Motor oder Bremse wirtschaftlicher Entwicklung?“ *Deutsches Institut für Entwicklung*, 2001

32 Ritter, Barbara, Angela Bähr und Sybille Rehmet. *Antiretrovirale Therapie bei HIV/Aids in der Entwicklungszusammenarbeit – Sachstand und Perspektiven*, Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Eschborn, 2003, 18-20.

33 Drager, Nick and Robert Beaglehole. „Globalization: Changing the Public Health Landscape.“ *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (9), 803

zu lebenswichtigen Arzneimitteln als Ratsverordnung verabschiedet, die die Ausfuhr lebenswichtiger Arzneimittel in arme Länder zu reduzierten Preisen ermöglichen und gleichzeitig sicherstellen wird, dass diese Arzneimittel nicht in das Gebiet der Europäischen Union zurückgeleitet werden. Aufgrund des heute verabschiedeten Plans ist es den



Arzneimittelherstellern künftig gestattet, ihre Ausfuhr zu niedrigeren – sogenannten Staffelpreisen – erheblich zu steigern, um damit auch für

die ärmsten unter den Patienten bezahlbare, d.h. billigere Arzneimittel zur Verfügung zu stellen, und gleichzeitig für dieselben Erzeugnisse im Gebiet der EU höhere, kostendeckende Preise verlangen zu können.

Mehr als einem Fünftel der Menschheit geht es heute schlechter als vor zwanzig Jahren. Dieser Prozess der **Polarisierung** wird sich vermutlich mit der Globalisierung fortsetzen.³⁴ Während der vergangenen zehn Jahre verlangsamten sich die Wachstumsraten in vielen Ländern. Kriege, Gewalt,³⁵ politische Instabilität, Terrorismus, **extreme Armut**,³⁶ soziale Ungleichheit,³⁷ soziale Unsicherheit und Umweltzerstörung³⁸ haben sich über Grenzen und Kontinente hinweg ausgebreitet. Gleichzeitig halten Risikofaktoren weltweit Einzug: Unternehmen exportieren riskante Produktionsverfahren und Abfälle in die Dritte Welt, zunehmender Konkurrenzdruck erhöht die Gefahren am Arbeitsplatz, Tabak, Alkohol und andere Drogen finden ebenso wie „Junk Food“ oder Sextourismus überall auf der Welt ihren Markt, gesundheitsschädigende Lebensstile überschreiten nationale Grenzen, und Umweltveränderungen begünstigen die Vermehrung krankheitsübertragender Vektoren. Die anhaltende Zunahme der Bevölkerung, geringes Wirtschaftswachstum, hohe Verschuldung, Korruption, gewaltsame Konflikte, Nahrungsmittelprobleme und der Protektionismus der reichen Länder haben die Marginalisierung vieler Länder verstärkt.³⁹ Neben auffälligen Finanzkrisen grassieren kaum beachtete Armutkatastrophen.

34 Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung: *Globalisierung und Entwicklungszusammenarbeit*. Bonn (BMZ) 1999

35 Die Weltbank schätzt, dass Gewalt gegen Frauen und Mädchen im Alter zwischen 15 und 44 Jahren weltweit mehr Todes- und Krankheitsfälle verursacht als Krebs, Verkehrsunfälle und Malaria zusammen. *World Bank: World Development Report: Investing in Health*. New York (Oxford University Press) 1993.

36 2,8 Mrd. Menschen müssen mit weniger als 2 Euro pro Tag auskommen. 43.5 % der Ärmsten leben in Südasien, 23.2 % in Ostasien / Pazifik und 24.3 % im Afrika südlich der Sahara. Narayan, Deepa (Hrsg.) *Voices of the Poor. Crying Out for Change*. New York (Oxford University Press) 2000, *World Bank: World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty*. Washington (World Bank, Oxford University Press) 2001.

37 Während der letzten zwei Dekaden stiegen die Einkommensungleichheiten in 48 von 73 untersuchten Ländern, nur in neun Ländern verringerten sie sich. Am stärksten stiegen sie an in Lateinamerika und den Ländern der früheren Sowjetunion. Cornia, Giovanni A. „Globalization and Health: Results and Options.“ *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79 (9), 834-841.

38 Zu den globalen Umweltprobleme zählen u.a. das Klimaproblem, der Verlust an Artenvielfalt, die Übernutzung der Ozeane, verstärkter internationaler Transport und Verkehr, sowie Fehlen und Verlust an umweltgerechter Regelung durch globalen Wettbewerbsdruck. Müller, Friedemann. „Die Umwelt kennt keine Grenzen“. *Informationen zur politischen Bildung*, 263, 2000 (Internetversion).

39 OECD: „Sustainable Development Strategies. What are they and how can Development Co-operation Agencies Support them?“ Paris (OECD) 2001.

Zwar hat sich im letzten halben Jahrhundert der **Gesundheitszustand** der Menschen weltweit deutlicher verbessert als in den vorangegangenen drei Jahrtausenden. Und nicht alle der genannten Entwicklungen und Tendenzen sind auf die ausgrenzenden Effekte der Globalisierung zurückzuführen. Entgegen anderslautenden Behauptungen und im teilweisen Widerspruch zur „trickle-down“-Theorie marktorientierter Ökonomen liegen jedoch viele Hinweise vor, dass volkswirtschaftliche Liberalisierung keineswegs automatisch zu einer spürbaren Verringerung der Armut führt.⁴⁰ Vielmehr sieht sich heute eine wachsende Zahl von Staaten wehrlos den sozialen Gefahren der Globalisierung ausgesetzt.⁴¹ Die Sozial- und insbesondere die Gesundheitssysteme reagieren besonders empfindlich auf derartige Risiken und Gefahren, die auch die ökonomischen Gewinner der Globalisierung nicht verschonen.

So breiten sich heute **Infektionskrankheiten**, die längst als überwunden galten oder bisher auf die armen Länder des Südens beschränkt waren, aufgrund der zunehmenden internationalen Mobilität weltweit aus. HIV/AIDS, multiresistente Tuberkulose und Malaria bedrohen heute auch entwickelte Länder und reiche Menschen.⁴² Dabei spielt die kriegs- und armutsbedingte Migration aus den betroffenen Weltregionen eine entscheidende Rolle, die mit den Flüchtlingen auch Tuberkulose in die Einwanderungszentren und damit bedrohlich nah an das Lebensumfeld des privilegierten Teils der Menschheit bringt. Die Sterblichkeit aufgrund infektiöser Erkrankungen hat sich in den USA seit 1980 wieder verdoppelt.

In den letzten Jahren traten in den USA immer wieder Fälle von Gelbfieber, Dengue-Fieber und dem West Nile Virus auf. Zwischen 1989 und 1995 meldeten die europäischen Industrieländer und die USA insgesamt 25.000 Malariafälle. Seit den 70er Jahren sind weltweit 29 neue Infektionskrankheiten aufgetreten.⁴³ Jüngst ist das Schwere Akute Respiratorische Syndrom (SARS) hinzugekommen und hat uns dramatisch an die Tatsache erinnert, dass Infektionen eine ständige globale Bedrohung für Arm und Reich, Touristen wie internationale Manager darstellen. Die Belastbarkeit lokaler Gesundheitssysteme wird bei solchen Ausbrüchen schnell erreicht oder sogar überschritten. In ihrem Update 25 vom 9. April 2003 stellt die WHO fest, dass SARS in der chinesischen Provinz Guangdong das Gesundheitssystem unter eine enorme Belastung stelle. Da die meisten anderen Provinzen erheblich schlechter ausgestattet seien, könne eine weitere Verbreitung des Virus deren Gesundheitssysteme schnell überlasten.⁴⁴

Die Vorherrschaft der westlichen Industriestaaten im Globalisierungsprozess bringt eine umfassende Verbreitung des **westlichen Lebensstils** als kulturelles Leitbild mit sich. Fettlastiges und stark gesalzenes „Fast Food“, Alkohol- und Tabakkonsum sowie verminderte körperliche Arbeit haben negative Folgen für die Gesundheit. Herz-Kreislaufkrankungen, Bluthochdruck, Diabetes, Krebsleiden und psychische Probleme nehmen nicht nur in Industrieländern zu. In den kommenden Jahrzehnten werden die **nicht-übertragbaren Krankheiten** weltweit mit mehr als 50% aller Krankheitsfälle dominieren.⁴⁵ In den Schwellen- und vielen Entwicklungsländern stehen Herz Kreislauf-

40 Easterly, William. „The Effects of IMF and World Bank Programmes on Poverty.“ Helsinki (WIDER discussionpaper) 2001.

41 OECD: The DAC Guidelines on Poverty Reduction. Paris (OECD) 2001.

42 Kassalaw, Jordan S. „Why Health is Important to U.S. Foreign Policy.“ New York (Milbank Memorial Fund & Council on Foreign Relations) 2001.

43 Neue Infektionskrankheiten seit den 70er Jahren: Hepatitis C (1989) in den USA, hämorrhagisches Fieber in Brasilien (1994) und Venezuela (1991), Legionärskrankheit (1976) und AIDS (1981) in den Vereinigten Staaten, BSE in England (1986), Hepatitis D in Italien (1980), Ebola hämorrhagisches Fieber in der Volksrepublik Kongo (1976). Insgesamt wurden 29 neue Bakterien oder Viren entdeckt, die sich global verbreiten können. WHO: „Emerging and Re-Emerging Infectious Diseases.“ Geneva (WHO, Fact Sheet No 97, Revised August 1998) 1998.

44 World Health Organization: Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) – multi-country outbreak – Update 25. URL last accessed 23. April 2003 <http://www.who.int/csr/don/2003_04_09/en>

45 Brundtland, Gro Harlem. Grundrecht Gesundheit. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2000, S.42-43.

erkrankungen, bösartige Tumore und Unfälle bzw. Vergiftungen ganz oben in der Todesursachenstatistik. Abgesehen von den ärmsten und am stärksten von AIDS betroffenen Ländern verdrängen chronisch-degenerative Krankheiten allerorten die klassischen Krankheitsprofile der Dritten Welt. Diese Entwicklung stellt die zusätzlich von Armut⁴⁶ und Infektionskrankheiten stark belasteten Gesundheitssysteme vor eine kaum zu bewältigende Doppelbelastung.⁴⁷

Einzelne Staaten und ihre Gesundheitsministerien können die wachsenden Gesundheitsrisiken alleine kaum meistern, Gesundheit und Gesundheitsdienste haben sich internationalisiert.⁴⁸ Die WHO fordert eine echte Weltgesundheitspolitik, die nicht nur westliche Werte widerspiegelt, sondern auch Werte anderer Kulturen berücksichtigt.⁴⁹ Gute internationale Gesundheit aller ist ein „öffentliches Gut“⁵⁰, insbesondere der Schutz vor übertragbaren Krankheiten.

Im Sinne einer Politik im öffentlichen Interesse sind „**Good Governance**“ und „**Stewardship**“⁵¹ in den vergangenen Jahren zu Schlüsselbegriffen der internationalen Diskussion geworden. Nur bei guter Führung und Volksvertretung können Staaten erfolgreich kooperieren und die Herausforderungen der Globalisierung bewältigen.⁵² Die Hauptstrategie vieler internationaler Geber, Entwicklungspolitik zunehmend „länder-geleitet und im nationalen



Eigentum“⁵³ zu gestalten, macht nur Sinn, wenn in einem Land die erforderlichen politischen Rahmenbedingungen gegeben sind. Die Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit (CMH) der WHO fordert eine deutliche **Erhöhung des globalen Gesundheitsbudgets**, um allen Menschen auf der Erde Zugang zu sozialen Grunddiensten zu gewährleisten. Es fehlen demnach etwa 80 Mrd. Euro. Die Kommission fordert auch Mittel in Höhe von 3 Mrd. Euro für die Gesundheitsforschung zugunsten der Armutskrankheiten⁵⁴, sowie eine massive Erhöhung der Beiträge der Geberländer.⁵⁵

46 Alltagserkrankungen wie Durchfall und Erkältung enden in EL wegen allgemeiner Schwäche oft tödlich. Die Sterblichkeit durch Lungenentzündung ist in den armen Ländern z.B. deutlich höher als in den reichen Ländern, sowohl wegen des schlechten Ernährungszustandes, als auch wegen der immunologischen Ausgangssituation. Korte, Rolf und Thomas Rehle. „Gesundheit und Krankheit in den Tropen.“ GR 41 (1989) H. 7-8, 392-396.

47 WHO: „Diet, Physical Activity and Health – Report by the Secretariat,“ 55. WHA, Genf, 2002.

48 Kaul, Inge. „Global Public Goods and the Poor“ *Development* 2001, 44:1, 77-84.

49 Diese westliche Sicht ist geprägt von einer Wertordnung, die das Wohl des Individuums vor die Gruppe stellt. Döring, Ole and Renbiao Chen (Hrs.): *Advances in Chinese Medical Ethics: Chinese and International Perspectives*. Hamburg (Mitteilung des Instituts für Asienkunde) 2002.

50 Eigenschaften öffentlicher Güter: nonrivalry in consumption (ein zusätzlicher Nutzer kostet nichts weiter) and nonexcludability (Nutzer können nicht ausgeschlossen werden) – sie nützen nicht nur dem einen, der sie nutzt. Wissen ist das wohl prominenteste und neben Gesundheit besonders wichtige öffentliche Gut, wie auch Recht(ssicherheit) und Ordnung.

51 Saltman, Richard B. and Odile Ferroussier-Davis. „The Concept of Stewardship in Health Policy“ *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6), 732-739

52 Sachs, Jeffrey et alii. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva (WHO) 2001.

53 „Country-led and nationally-owned“

54 U.a. für einen Global Health Research Fund (GHRF)

55 Sachs, Jeffrey et alii. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva (WHO) 2001, S.11-14.

Als Teillösung forderte UN Generalsekretär Kofi Annan im Frühjahr 2001 einen globalen Gesundheitsfond, um die erforderlichen Arzneimittel für die Armen zu finanzieren. Von der UN Generalversammlung wurde 2001 beschlossen, wenigstens die wichtigsten Krankheiten in das Programm aufzunehmen. Im Januar 2002 nahm dann der Globale Fonds zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) seine Arbeit auf.⁵⁶ Bisher



brachte die internationale Staatengemeinschaft allerdings nur einen kleinen Teil der ursprünglich geplanten 10 Mrd. Euro pro Jahr auf.

Derzeit leben 2,8 Milliarden Menschen von weniger als 2 Euro pro Tag und pro Kopf. In Anbetracht dieser Realität entsteht ein **wachsender globaler Konsens**, dass nachhaltige Entwicklung in Armut und ohne Gesundheit und Grundbildung nicht

möglich ist. Übertragbare Krankheiten und der völlig unnötige Tod von Kindern und Müttern sind Schlüsselindikatoren der internationalen Entwicklungsstrategie geworden. Soziale Grunddienste stehen zunehmend an vorderster Stelle bei der Armutsbekämpfung. Seit den 1990er Jahren hat die Weltbank die Lead-Agency-Funktion in der internationalen Armutsbekämpfung übernommen⁵⁷ und entwickelt Gesundheits-, Ernährungs- und Bevölkerungsstrategien in zuvor vernachlässigten Bereichen wie der sozialen Sicherheit und der Sozialhilfe.⁵⁸ Auch andere internationale Entwicklungsagenturen rücken das Thema Gesundheit vermehrt in den Mittelpunkt ihrer Arbeit: UNDP betont in seinem Entwicklungsindex Gesundheit und Bildung, ILO engagiert sich für Arbeitsplatz-erhaltung, soziale Sicherheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, UNAIDS bündelt die Bemühungen im Kampf gegen HIV/AIDS. Zu diesen Bemühungen gehört schließlich auch die Berufung der Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit im Januar 2000, um die Bedeutung der Gesundheit als Motor wirtschaftlicher Entwicklung zu untersuchen.

4. Die Rolle der Gesundheit für die Gesellschaft

„Gesundheit ist nicht alles, doch ohne Gesundheit ist alles nichts.“ Unabhängig von ihrer Kultur, ihrem Geschlecht oder ihrer gesellschaftlichen Stellung teilen die meisten Menschen diese Aussage des Philosophen Arthur Schopenhauer. Alle Umfragen beweisen, dass gute Gesundheit weltweit auf Platz eins aller Hoffnungen und Wünsche steht.⁵⁹ **Krankheit** vermindert das Einkommen der

56 Der Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria (GFATM) stellt eine neue globale Partnerschaft im Kampf gegen die drei großen Infektionskrankheiten dar. Durch den öffentlich-privaten Fonds sollen zusätzliche Ressourcen zur Bekämpfung von HIV/AIDS, TB und Malaria mobilisiert werden. Das Ziel ist es, nachhaltig das Fortschreiten und die negativen sozialen und gesundheitlichen Folgen dieser drei Krankheiten zu vermindern, und so zur Reduzierung der Armut und dem Erreichen der Millennium Development Goals (MDG) beizutragen. Deutschland wird sich im Laufe der nächsten 5 Jahre mit einem Beitrag von 300 Mio. Euro am GFATM beteiligen.

57 Die Befragung von 60.000 Armen stellte eine Wende im Ansatz der WB dar. Die G7 hatten der Weltbank den Auftrag gegeben, über soziale Prinzipien und gute Sozialpolitik neu nachzudenken.

58 Die WHO hatte einige Zeit lang ihren Führungsanspruch vertan, neue Themen wie Urbanisierung, Sicherungssysteme, mental health, und nicht-übertragbare Krankheiten hätten schneller angegriffen werden müssen. NN: „Repositioning the WHO“. The Economist, May 9, 1998.

59 Sachs, Jeffrey et alii. Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva (WHO) 2001, S.21.

Betroffenen (aufgrund von Behandlungskosten, Arbeitsausfall und/oder vorzeitigem Tod), ihre Lebenserwartung und ihr psychosoziales Wohlbefinden. Hohe Krankheitskosten können leicht zur Verarmung ganzer Familien führen. Auch Produktivitätsverluste aufgrund frühkindlicher und/oder chronischer Erkrankungen haben einen negativen Einfluss auf die wirtschaftliche Situation der Menschen. Krankheit beeinflusst elterliche Investitionen in Kinder („quality-quantity trade-off“)⁶⁰, und hat negative Auswirkungen auf Wirtschaftsbetriebe und Infrastruktur, am deutlichsten in den HIV/AIDS Hochprävalenzländern im südlichen Afrika. Politische Unfreiheit und wirtschaftliche Krisen beeinträchtigen die Gesundheit des Einzelnen⁶¹ ebenso, wie soziale Faktoren wie z.B. Zugangschancen, Zusammenhalt, Isolation, oder Stress. Gleichzeitig haben Gesundheitsprobleme Einfluss auf das soziale, politische und ökonomische Umfeld.⁶²



Armut hat wirtschaftliche, soziale und politische Dimensionen.⁶³ Ausgehend von der Erkenntnis, dass es 2,8 Milliarden Armutsexperten gibt, die Armen selbst, befragte die Weltbank Ende der 90er Jahre insgesamt 60.000 arme Menschen. Danach wirken sich Machtlosigkeit und eingeschränktes Wohlbefinden der Armen negativ auf die Lebenshaltung, Fähigkeiten, das Verhalten, die Sicherheit, soziale Beziehungen, Wohnorte, Körper und Geschlechterbeziehungen aus.⁶⁴ Nach Ansicht der Betroffenen ist Armut häufig die Ursache, aber viel-

fach auch die Folge von Krankheit, selbst in Mittelschichtfamilien. Gesundheit ist nach Meinung dieser „Armutsexperten“ ein Kernproblem von Armut. Gesundheitsausgaben sind individuell nicht vorhersehbar und bisweilen sehr hoch. Auch eine funktionierende familiäre Solidarität kann die fehlende soziale Absicherung nicht ausgleichen, oftmals verarmen ganze Familien. Derartige Schicksalsschläge und die Angst vor erneutem Verlust hemmen die Risikobereitschaft und unternehmerisches Engagement.⁶⁵

60 Länder mit weniger als 20 Kindersterblichkeitsrate (IMR) haben eine Fertilitätsrate (TFR) von 1.7 Kindern. Länder mit mehr als 100 IMR haben eine TFR von 6.2 Kindern.

61 In Russland rechnet man mit etwa 1.5 Millionen vorzeitigem Todesfällen aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Instabilität seit Anfang der 90er Jahre.

62 Richard, Rose. „How Much Does Social Capital Add to Individual Health?“ *Social Science & Medicine* Vol. 51 (2000) S.1421-1435.

63 OECD: *DAC Guidelines on Poverty Reduction*. Paris (OECD) 2001

64 - *Livelihoods & Assets: precarious, seasonal, inadequate*

- *Capabilities: lack of information, education, skills, confidence*

- *Institutions: disempowering and excluding*

- *Organizations of the Poor: weak and disconnected*

- *Behaviors: disregard and abuse by the more powerful*

- *Security: lack of protection and peace of mind*

- *Social Relations: discriminating and isolating*

- *Places: isolated, risky, unserved, stigmatized*

- *The Body: hungry, exhausted, sick, poor appearance*

- *Gender Relations: troubled and unequal [44,264]*

Narayan, Deepa et alii. *Voices of the Poor. Crying Out for Change*. New York (Oxford University Press) 2000.

65 „State Failure Task Force: State Failure Task Force Report: Phase II Findings.“ *Environmental Change and Security Project Report*, no. 5 (Woodrow Wilson Center: Summer 1999), 49-72.

In den ärmsten Entwicklungsländern besteht ein Teufelskreis aus Armut, Bildungsdefiziten, hoher Kinderzahl, Krankheit und Mangelernährung,⁶⁶ deren Bedeutung häufig unterschätzt wird. Mangelhafte Ernährung begünstigt Infektionen und andere Erkrankungen. Krankheitsereignisse können leicht zum Ruin ganzer Familien führen, der wiederum eine Reihe sozialer Folgen nach sich zieht. Krankheit verkürzt nicht nur die Lebenserwartung, sondern macht Menschen auch konfliktbereiter und fördert somit soziale oder politische Auseinandersetzungen.⁶⁷

Erschwerend kommt das **Problem sehr großer Familien** hinzu. Kinderreichtum führt zu Armut, und Armut begünstigt große Familien. Um die hohe Kindersterblichkeit zu kompensieren und die Versorgung durch mindestens ein Kind im Alter sicherzustellen, bekommen arme Eltern viele Kinder. Kinderreichtum mindert die elterlichen Investitionen in Erziehung und Gesundheit des Nachwuchses. Eine prioritäre Rolle spielt daher die Förderung sexueller und reproduktiver Gesundheit (SRG) im Gesundheitsbereich. SRG umfasst die Teilbereiche Sexualaufklärung, Familienplanung, Versorgung von Frauen bei Schwangerschaft, Geburt und in der Neugeborenenphase, die Verhütung und Behandlung von sexuell übertragbaren Infektionen einschliesslich HIV/AIDS und – last but not least – alle Formen der Prävention von Gewalt gegen Frauen. In diesem Zusammenhang sind vor allem die Programme der EZ gegen Gewalt gegen Frauen und ‚unsafe abortion‘ zu erwähnen, die von GTZ und KfW unterstützt werden, sowie das überregionale Sektorvorhaben des BMZ zur sexuellen Verstümmelung von Frauen⁶⁸.

Trotz rückläufiger Bevölkerungszuwachsraten hat die Bevölkerungsdynamik in den ärmsten Ländern nichts von ihrer Bedrohung verloren. Nach wie vor



gehen von Bevölkerungswachstum und mangelndem Zugang zu SRG-Dienstleistungen entwicklungshemmende Wirkungen auf die Gesellschaften dieser Länder aus. Der hohe Anteil abhängiger Bevölkerung und die daraus resultierende Notwendigkeit der Bereitstellung von Grunddiensten in den Bereichen Bildung, Ernährung und Gesundheitsversorgung zehrt einen Großteil der Wachstumseffekte auf. Die Bevölkerungskonferenz von Kairo von 1995 hatte die Beachtung der sexuellen und reproduktiven Rechte und die Bedeutung der SRG für die gesellschaftliche Mitwirkung und Gleichberechtigung von Frauen und Männern im Entwicklungsprozess international öffentlich gemacht. Frauen und Mädchen sind in besonderem Maß betroffen von Armut, Ungleichheit und Ausbeutung.

Durch das inzwischen gewachsene öffentliche Bewusstsein für das Entwicklungsproblem AIDS hat sich indessen ein Großteil der öffentlichen

66 Korte, Rolf und Thomas Rehle. „Gesundheit und Krankheit in den Tropen“. GR 41 (1989) H. 7-8, 392-396. Seidel, Walter. *Birth Intervals and Nutritional Status of Children Under Five in Rombo District / Tanzania*. Giessen (Justus-Liebig-Universität) 1992.

67 Bloom, David E. and David Canning: *The Health and Poverty of Nations: From Theory to Practice*. Boston 2001

68 Tautz, Siegrid, „Schwangerschaftsabbruch und ‚unsafe abortion‘“. Eschborn (GTZ) 2000. *Gewalt gegen Frauen und Mädchen beenden*, Eschborn (GTZ), 2002.



Aufmerksamkeit neu fokussiert, und die Priorität anderer Themen im Rahmen der SRG hat abgenommen. Die politisch motivierte Abwendung der US-Regierung von der Förderung umfassender SRG-Ansätze, die ihren Höhepunkt in der Aufkündigung der Finanzierung der internationalen Familienplanungs-Dachorganisation IPPF fand, hat erhebliche schädliche Auswirkungen auf den ungehinderten Zugang von Frauen in Entwicklungsländern zu Beratung und Kontrazeption bewirkt. Es ist daher besonders begrüßenswert, dass die Europäische Kommission und das BMZ gemeinsam diesem Themenfeld weiterhin die erforderliche Priorität in der internationalen Diskussion sichern wollen.⁶⁹

Zur nachhaltigen Überwindung der Armut sind verschiedenen Schritte erforderlich, die auch der **Aktionsplan Armutsbekämpfung des BMZ** (Aktionsprogramm 2015) ins Auge fasst. In der Armutsbekämpfung setzt das BMZ vorrangig auf Förderung „der produktiven und schöpferischen Fähigkeiten der Armen, damit sie durch Selbsthilfe und eigenständiges Wirtschaften ihre Bedürfnisse besser befriedigen können.“⁷⁰ Das Leitmotiv könnte heißen: **Empowerment in Sicherheit eröffnet Chancen.** Die Bemühungen zielen auf Ausweitung der wirtschaftlichen Möglichkeiten („opportunity“) der Armen, auf Stärkung ihrer politischen Beteiligung und der Befähigung zu Prävention, Selbsthilfe und familienökonomischer Selbständigkeit („empowerment“) sowie auf hinreichende soziale, politische und ökonomische Sicherheit („security“) zur Vorbeugung von Verelendung z.B.

bei schwerer Krankheit. Doch ohne Verbesserung der globalen Rahmenbedingungen haben derartige Ansätze wenig Aussicht auf Erfolg.⁷¹

Gesundheit ist integraler Bestandteil der Armutsbekämpfung. Gerade für diejenigen Armen, die sich nicht selber helfen können⁷² – vor allem Kinder und Alte sowie die sie Betreuenden – bedarf es eines sozialen Netzes, das sie auffängt und vor weiterer Verarmung schützt. **Soziale Sicherheit** bietet Schutz vor Lebensrisiken der einzelnen Bürger und vor Verelendung durch individuelle Schicksalsschläge. Sie ist unveräußerliches Menschenrecht und wesentliche Voraussetzung zur Sicherung des gesellschaftlichen Friedens. Gesundheit, Bildung und soziale Sicherheit sind Voraussetzung und zugleich Bestandteil nachhaltiger gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Entwicklung. Diese Erkenntnis spiegelt sich im umfassenden Ansatz der deutschen EZ und in der neuen „social protection strategy“ der Weltbank wider.⁷³ Denn steigende Bildung führt zu besserer Gesundheit, Verbesserung der Gesundheit steigert das Einkommenspotential. Ein Sicherheitsnetz erlaubt es armen Menschen, risikoreichere und vielversprechende Aktivitäten zu ergreifen. Die Gleichstellung von Frauen, ethnischen Minderheiten und anderen benachteiligten Gruppen verbessert ihre Lebenssituation und damit die Fähigkeit, ihre Einkommen zu erhöhen.⁷⁴

Gesundheit ist kein Luxus, der den Menschen erst zugute kommt, wenn ihr Land einen gewissen Entwicklungsstand erreicht hat. Sie stellt vielmehr

69 Das BMZ hat im Frühjahr 2003 neben einem neuen Positionspapier zur HIV/AIDS-Bekämpfung ein Positionspapier zur sexuellen und reproduktiven Gesundheit (SRG) fertig gestellt

70 BMZ aktuell Nr. 098 / März 1999

71 Die 10 Armutsbekämpfungsansatzpunkte der Bundesregierung sind: Wirtschaft (zugunsten der Armen), Nahrung und Agrarreformen, Handel zugunsten der Entwicklungsländer, Entschuldung, Soziale Grunddienste und soziale Sicherung, Umwelt, Menschenrechte, Gleichberechtigung der Geschlechter, Partizipation und Demokratisierung, Konflikte friedlich austragen.

72 Diesfeld H.J. und M. Krawinkel: „Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit am Beginn des 21. Jahrhunderts.“ Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der BMZ 024, Dezember 2000. Das BMZ unterscheidet diese von den selbsthilfefähigen Armen und den verarmungsgefährdeten Bevölkerungsgruppen. BMZ aktuell Nr. 098 / März 1999.

73 World Bank: Social Protection Sector Strategy: From Safety Net to Springboard. Washington, September 2000. s.a. BMZ Spezial 069: Förderung sozialer Sicherheit und sozialer Sicherungssysteme in Entwicklungsländern – ein Positionspapier des BMZ. Bonn, November 2002. s.a. Eisenblätter, Bernd et alii: Globalisierung und soziale Gerechtigkeit. Beiträge des deutschen Gesundheitswesens zur internationalen Entwicklung. Eschborn und Bonn (GTZ & AOK) 2001.

74 World Bank: World Development Report 2000/2001. Attacking Poverty. Washington (World Bank, Oxford University Press) 2001.

eine notwendige Investition in die wirtschaftliche, soziale und politische Zukunft einer Gesellschaft dar. Gesundheit kann Wirtschaftswachstum auslösen und Armut verringern. Dieser Aspekt wurde zwar bereits durch den Weltentwicklungsbericht 1993 "Investitionen in die Gesundheit" unterstrichen, fand aber bisher in der internationalen Diskussion und Politik zu wenig Beachtung. Gesundheit fordert und fördert Armutsbekämpfung. Investitionen in die Gesundheit tragen zum Aufbau einer leistungsfähigen Wirtschaft bei.⁷⁵

Das ist die Botschaft der **WHO-Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit** (Commission on Macroeconomics and Health – CMH). Ihr Bericht vom Dezember 2001 bietet konkrete Strategien zur Förderung der Wirtschaftsentwicklung und Armutsbekämpfung eines Landes durch Investitionen in den Gesundheitssektor. Die Kommission fordert eine gesundheitsbasierte und gesundheitsorientierte Entwicklungsstrategie.

Hauptergebnisse der Kommission:

- > Die gegenwärtigen Gesundheitsausgaben der ärmsten Länder von 13 Euro pro Einwohner (wovon nur gut die Hälfte auf die öffentliche Hand entfallen) sind zu niedrig. Es bedarf einer Steigerung auf ca. 30-40 Euro, um eine elementare Gesundheitsversorgung zu gewährleisten. Zusätzliche 27 Mrd. Euro pro Jahr aus den Geberländern könnten das Leid und Millionen unnötige Todesfälle in den ärmsten Ländern verhindern. Eine solche Erhöhung bliebe unterhalb des bereits auf der Rio-Konferenz 1992 zugesagten Aufwendungen dieser Länder im Umfang von 0,7% des Bruttonationalprodukts.
- > Die Verbesserung der Gesundheitssituation der Armen ist ein wesentlicher Antrieb für die wirtschaftliche Entwicklung der Entwicklungsländer. Die geforderten Investitionen in Gesundheit (und Grundbildung) sind ökonomisch sinnvoll

und versprechen den armen Staaten einen volkswirtschaftlichen Gewinn von mindestens 360 Mrd. Euro pro Jahr im Jahr 2015.

- > Die Interventionsvorschläge zielen vor allem auf die wenigen Gesundheitsprobleme, die für Mehrzahl der Todesfälle verantwortlich sind: HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulose, Fehlernährung, Infektionen im Kindesalter, Komplikationen in der Schwangerschaft und bei Neugeborenen sowie Erkrankungen in Folge des Tabakgebrauchs.
- > Die Bekämpfung dieser Gesundheitsprobleme und Investitionen in die reproduktive Gesundheit führen zu einem verminderten Bevölkerungswachstum, zu vermehrter Ausbildung von Kindern und damit wiederum zu größeren Investitionen in Gesundheit.
- > Geber- und Entwicklungsländer, internationale Organisationen, Privatwirtschaft (vor allem die Pharmaindustrie) und die Zivilgesellschaft müssen bei der Neuentwicklung von essentiellen Medikamenten kooperieren.

Im Kommissionsbericht „Volkswirtschaft und Gesundheit“ betonen nicht nur Ärzte und Gesundheitsexperten, sondern auch hochrangige Wirtschafts- und Sozialwissenschaftler⁷⁶ die zentrale Rolle von Gesundheit für die menschliche Entwicklung. Der Kommissionsbericht wird die internationale Diskussion um Schwerpunkte der EZ im Zuge der Armutsbekämpfung nachhaltig beeinflussen, auch wenn die Finanzierung der extrem kostenintensiven Vorschläge politisch schwer umsetzbar sein wird. Der CMH-Report zeigt neue Argumentationslinien für die Bedeutung von Gesundheit in der Entwicklung auf. Das „close to client“ Konzept stellt den Anschluss an die früheren Ansätze und Erfahrungen im Bereich der primären Gesundheitsversorgung her. Gleichzeitig müssen aber realistische, nachhaltige Finanzierungsmodelle erarbeitet und zur Anwendung gebracht werden.

⁷⁵ Brundtland, Gro Harlem. *Grundrecht Gesundheit*. Campus Verlag, Frankfurt/New York, 2000, S.80.

⁷⁶ Die CMH wurde geleitet von Prof. Jeffrey Sachs, Direktor des Harvard Zentrums für Internationale Entwicklung und begleitet von Prof. Fogel, einem Wirtschaftsnobelpreisträger.

Die **WHO-Kommission liefert Argumente**, in der Entwicklungszusammenarbeit die Themen Gesundheit und Grunderziehung sowie ihre institutionelle Rahmenbedingungen (Dezentralisierung, Good Governance, Partizipation, etc.) in besonderem Maße zu beachten und dafür verstärkt Mittel bereitzustellen. Im Zuge einer Fokussierung auf Programme der Krankheitskontrolle sollten bevölkerungsnah (close-to-client) Maßnahmen im wesentlichen auf die Bekämpfung von AIDS,



Tuberkulose und Malaria, sowie die Senkung der mütterlichen Sterblichkeit und Prävention wie Behandlung von Kinderkrankheiten ausgerichtet sein. Für diese Probleme stehen bereits vielfältige kostengünstige Interventionen zur Verfügung. Neben dem Ausbau lokaler Basisgesundheits-

dienste sollen demnach für die wichtigsten Krankheiten (z.B. AIDS und Malaria) nationale Krankheitskontrollprogramme entstehen. Dadurch könnten jährlich Millionen Todesfälle verhindert, die Lebensbedingungen vieler Menschen verbessert, die Armut reduziert, und letztlich die globale Sicherheit erhöht werden.

Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung einer Volkswirtschaft und für eine stabile Einkommenssituation der Haushalte. Diese Zusammenhänge haben gerade für die Armen besondere Bedeutung: Vermeidung von Krankheit verringert die Zeit- und Geldaufwendungen für die Betreuung der Betroffenen, ermöglicht eine bessere körperliche und geistige Entwicklung, ein besseres Lernen in der Schule und eine höhere Arbeitsproduktivität.

Die folgende Auflistung vermittelt einen Überblick über die verschiedenen Zusammenhänge und Interdependenzen zwischen Gesundheit und Gesellschaft.⁷⁷

> **Die Wirtschaft beeinflusst die Gesundheit:**

Die soziale und ökonomische Struktur und Entwicklung, die Wirtschafts- und Sozialpolitik, wirken sich ebenso wie Umwelt und genetische Faktoren (indirekt) auf die Gesundheit aus.

> **Die Gesundheit beeinflusst die Gesellschaft:**

Gesundheit ist ein wichtiger Produktionsfaktor. Leistungen für die Gesundheit sind Investitionen in das Humankapital, die für den Wirtschaftsprozess erforderlich sind

> **Die Wirtschaft beeinflusst das Gesundheitswesen:**

Dies geschieht quantitativ durch die Gesundheitsausgaben, qualitativ durch die Gesundheits-, Wirtschafts- und Sozialpolitik mit ihren Einflüssen auf das Gesundheitswesen. Konzepte der sozialen Marktwirtschaft und

⁷⁷ Wichtige Faktoren für Gesundheit sind: Erziehung, Umwelt, Verfügbarkeit von Gesundheitsdiensten, Alter, Lebensstil, Ernährung, Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale und gemeindebezogene Netzwerke, und allgemeine sozioökonomische, kulturelle und ökologische Bedingungen. Siehe: Schwefel, Detlef. Beziehungen zwischen Wirtschaft, Gesundheitswesen und Gesundheit. Anmerkungen zu einem gesundheitsökonomischen Ausbildungsmodul der Weltgesundheitsorganisation. In: Alfred Keck, Varinia Mros (Ed.), Beiträge aus dem Pilotseminar zur Aus- und Weiterbildung in Gesundheitsökonomie – Erfahrungen und weitere Entwicklung, Teil 1. Berlin, Akademie für Ärztliche Fortbildung, 1989, S. 58-75



sozialer Krankenversicherungen stellen positive Einflüsse dar.

> **Das Gesundheitswesen beeinflusst die Wirtschaft:** In reichen Ländern ist das Gesundheitswesen ein bedeutender Wirtschaftszweig, der in allen Industriestaaten einen hohen und vor allem steigenden Beitrag zur nationalen Wertschöpfung leistet. Die ausgeprägte Personalintensität hat arbeitsmarktpolitische Auswirkungen⁷⁸; seine Vorleistungsintensität beeinflusst unter anderem Pharmaindustrie, Biotechnologie und Medizintechnik. Auch gesundheitspolitische Maßnahmen haben Rückwirkungen auf die Wirtschaft, wobei gerade die globalisierten Auswirkungen auf die arme Welt bislang viel zu wenig Beachtung erfuhren.

> **Das Gesundheitswesen und Gesundheit beeinflussen sich gegenseitig:** Obwohl gerade medizinische Fachleute die Auswirkung von

Gesundheitsleistungen auf die Gesundheit einer Bevölkerung oftmals stark überschätzen, hat die Qualität eines Gesundheitswesens durchaus Einfluss auf den Gesundheitszustand, der wiederum als Nachfragefaktor das erforderliche Angebot an bestimmten Leistungen beeinflusst, z.B. den Bedarf an Pflegeleistungen einer alternden Bevölkerung. Grundsätzlich stellt sich dabei die Frage, ob Gesundheitssysteme wirklich primär auf die Erhaltung der Gesundheit ausgerichtet sind oder ob tradierte klinische und medizinische Konzepte den Ausschlag geben. Die Gesundheitswissenschaften - Public Health - liefern neue Antworten auf diese Frage: Anstelle der Krankheit rückt Gesundheit in den Mittelpunkt der Betrachtung, verstanden als die Fähigkeit und Bereitschaft, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben gern zu leben und zu gestalten.⁷⁹

⁷⁸ 12 % der Erwerbstätigen sind im deutschen Gesundheitswesen beschäftigt. OECD Health Data 2002, Paris (OECD) 2002. s.a. Seehofer, Horst: Eigenverantwortung stärken. Wege zur Rettung des deutschen Gesundheitssystems. In: Medica 2001, 17.11.2001, S. 1 Eine andere Ziffer – 4.5 Millionen Beschäftigte – findet sich in: Breyer, Friedrich et alii. Wirtschaftliche Aspekte der Märkte für Gesundheitsdienstleistungen. Berlin, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung, 2001.

⁷⁹ Declaration of Alma Ata, Absatz V. WHO/UNICEF 1978. Siehe auch Schwefel, D.: Public Health aus globaler Sicht. Ökonomisch benachteiligte, nichteuropäische Länder. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hg.): Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Urban & Fischer Verlag, 2002, S. 15-20, 830-831.
v. Troschke, J.: „Gesundheits- und Krankheitsverhalten“. In: Hurrelmann, K. und U. Laaser (Hg.). Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Weinheim-München: Juventa Verlag, 1998, S.371-394. Brösskamp-Stone, U., Kickbusch, I. Und U. Walter: „Gesundheitsförderung und Prävention“. In: Schwartz, F.W. et al. (Hg.). Das Public Health Buch. München-Wien-Baltimore, Urban & Schwarzenberg, 1998, S.141-170

Gesundheitspolitik ist also untrennbar mit Wirtschafts- und Sozialpolitik verbunden. Um diesen vielfältigen Herausforderungen gerecht zu werden, muss die EZ mit hoher Priorität auf eine **Stärkung der Gesundheitssysteme** in Entwicklungs- und Transformationsländern hin arbeiten.

5. HIV/AIDS

Das Beispiel der AIDS-Pandemie untermauert dieses Erfordernis mit besonderem Nachdruck. Die katastrophalen humanitären und wirtschaftlichen Folgen dieser Erkrankung in den bislang besonders betroffenen Ländern in Afrika machen deutlich, dass eine Beteiligung aller Länder, Regierungen



und zivilgesellschaftlichen Gruppen erforderlich ist. Denn ohne erfolgreiche **Bekämpfung von HIV/AIDS** ist eine **nachhaltige Entwicklung** ausgeschlossen.

Nach Schätzungen von UNAIDS und WHO lebten Ende 2002 weltweit über 42 Millionen Menschen mit HIV/AIDS, die meisten davon in Entwicklungsländern. Mit mehr als 30 Millionen Infizierten

sind die afrikanischen Länder südlich der Sahara am stärksten betroffen. Aber auch für Länder mit einer geringeren Prävalenzrate birgt die Epidemie enorme Gefahren. Besonders in China, Indien, Osteuropa und Zentralasien besteht das große Risiko einer massiven Zunahme der Ausbreitung.

Neuinfizierte sind in ihrer Mehrheit junge Erwachsene und insbesondere junge Frauen. Etwa ein Drittel der mit HIV/AIDS infizierten Menschen sind zwischen 15 und 24 Jahre alt und wissen größtenteils gar nicht, dass sie infiziert sind. Entgegen allen Hoffnungen hat die Epidemie bisher keineswegs ihren Höhepunkt erreicht, sondern breitet sich selbst in Hochprävalenzländern wie Botswana oder Südafrika immer weiter aus. In manchen Regionen des südlichen Afrikas sind bereits 40% aller schwangeren Frauen mit HIV infiziert.⁸⁰ Die Verbreitung der Seuche erfolgt exponentiell. Daher könnten in den Anfangsstadien der Infektionsausbreitung vergleichsweise wenig kostenintensive Präventionsmaßnahmen zu vergleichsweise großen Erfolgen führen. Wie in den afrikanischen Ländern südlich der Sahara zu beobachten ist, lässt sich in späteren Stadien nur durch große gemeinsame Anstrengungen aller Beteiligten aus den Entwicklungsländern und der EZ und unter Aufwendung aller verfügbaren Ressourcen eine Eindämmung der Epidemie erreichen.

Die komplexen **Folgen von HIV/AIDS** betreffen Individuen genauso wie Familien, Unternehmen, Gemeinden, Regionen und ganze Staaten. Die bereits mehrfach erwähnte WHO-Kommission zu Volkswirtschaft und Gesundheit (CMH) schätzt, dass allein aufgrund der AIDS Epidemie das jährliche Wirtschaftswachstum im südlichen Afrika um mehrere Prozentpunkte sinken wird. Da es sich bei den Opfern der Krankheit hauptsächlich um wirtschaftlich aktive junge Menschen handelt, gehen durch AIDS zwischen 11,7% (konservative Schätzung) und 35,1% des Bruttonettoprodukts

⁸⁰ UNAIDS: Report on the global HIV/AIDS epidemic July 2002, Genf, 2002.

südlich der Sahara verloren.⁸¹ In Südafrika wird das BSP im Jahr 2010 voraussichtlich um 17% niedriger liegen als bei einer Entwicklung ohne HIV Epidemie. HIV/AIDS betrifft zunehmend auch Privatunternehmen in Afrika. Über unzählige Einzelchicksale hinaus führt die Pandemie zu **Produktivitäts- und Gewinnverlusten** und dadurch zu einem deutlichen Rückgang der Investitionen im südlichen Afrika.⁸²



Neben der Wirtschaft wirkt sich die Seuche auch auf das gesellschaftliche und vor allem das Familienleben aus. Die psychologischen und finanziellen Folgen von AIDS sind verheerend und beeinflussen nicht nur das Leben der Menschen heute, sondern auch die Chancen zukünftiger Generationen. Tod und Krankheit führen vor allem in vielen Gemeinschaften des südlichen Afrikas zu Diskriminierung, Verarmung, Hunger, dem Verlust von kulturellen Werten und der Weitergabe von Wissen zwischen den Generationen. Im Jahre 2010 wird es weltweit schätzungsweise 42 Millionen

AIDS-Waisen geben. Die meisten dieser Kinder werden weder von ihren Familien noch von ihren Gemeinden die nötige Erziehung und Unterstützung erhalten, um zu verantwortungsvollen und produktiven Mitgliedern ihrer Gesellschaft heranzuwachsen. Viele von ihnen werden ihre Schulbildung abbrechen müssen, um mit ihrer Arbeitskraft die Familie zu unterstützen. Viele andere werden in die Kriminalität abrutschen, militaristischen Organisationen beitreten, oder auf andere Weise zur politischen und sozialen Instabilität ihrer Länder beitragen.⁸³

Trotz dieser düsteren Prognosen gibt es auch positive Entwicklungen und Grund zur Hoffnung. Während der vergangenen 20 Jahre haben wir gelernt, welche **Strategien** erfolgreich sind und wo wir damit ansetzen müssen. Die eindrucksvollen Erfahrungen in Industrieländern – aber auch in Ländern wie Thailand und Uganda – haben gezeigt, dass die Zahl der Neuinfektionen eingedämmt werden kann. Voraussetzung für den Erfolg sind nicht allein politischer Willen, sondern die konsequente Umsetzung langjähriger, kontinuierlicher und multi-sektoraler Präventionsmaßnahmen unter Einbeziehung aller Beteiligten, von staatlichen Strukturen über traditionelle Hierarchien und in besonderem Maße von Jugendlichen und den Menschen, die mit HIV/AIDS leben. Nachhaltige Verhaltensänderungen, sowohl im sexuellen als auch im Rollenverhalten, sowie gerechter Zugang zu Kondomen als wichtigstem Mittel zur Unterbrechung der Infektionskette, sowie zu Therapie und Pflege gehören zu den größten Herausforderungen der Weltgemeinschaft.

Die deutsche EZ hat in den vergangenen fünfzehn Jahren verschiedene Ansätze erfolgreich verwirklicht. Dazu gehören die multisektorale **AIDS-Bekämpfung auf Distrikt- und kommunaler**

81 Sachs, Jeffrey et alii. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva (WHO) 2001, S. 31-32.

82 Sachs, Jeffrey et alii. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development. Report of the Commission on Macroeconomics and Health.* Geneva (WHO) 2001, S. 39.

83 Kassalow, Jordan S. *Why Health is Important to U.S. Foreign Policy.* New York (Milbank Memorial Fund & Council on Foreign Relations) 2001.

Ebene, PMTCT-Programme (Prevention of Mother to Child Transmission; Reduktion der Mutter-Kind-Übertragung von HIV durch antiretrovirale Medikamente) und die Beratung von privaten Unternehmen und öffentlichen Arbeitgebern bei der Ein- und Durchführung von **Arbeitsplatzprogrammen**. Durch umfassende Präventionsmaßnahmen⁸⁴ gelang es, den Anstieg der HIV-Neuinfektionen insbesondere bei jüngeren Menschen zu bremsen: So in der Mbeya-Region in Tansania und in West-Uganda (Kabarole Distrikt).⁸⁵ Schüler in Kabarole gaben in einer Studie an, dass von der GTZ unterstützte Seminare ihre wichtigste Quelle für AIDS-relevante Informationen seien.⁸⁶ Die GTZ berät beispielsweise in dem überregionalen Projekt „AIDS Control in Companies in Africa – ACCA“ Privatunternehmen bei der Einrichtung von **HIV/AIDS-Arbeitsplatzprogrammen** und im Kampf gegen die Ausbreitung dieser Infektion. Dahinter stehen die positiven Erfahrungen aus Public-Private-Partnership-Projekten (PPP) mit DaimlerChrysler in Südafrika und mit Heineken im Kongo, die in Kooperation mit der GTZ erfolgreiche HIV/AIDS-Programme am Arbeitsplatz einführten.

Die KfW hat ihrerseits mit ihren „Social Marketing Programmen“ für Kondome große Wirkungen erzielt. Aufbauend auf einer zehnjährigen Erfahrung werden FZ-finanzierte Social Marketing Programme in derzeit 23 Ländern mit einem Finanzierungs-

volumen von 218 Mio EUR durchgeführt. Kleinhändler im informellen Sektor und private Vertriebsstrukturen stellen sicher, dass Kondome besser zugänglich sind. In Zusammenarbeit mit Social Marketing Agenturen und internationalen NROs wird breitenwirksame Aufklärung unter Nutzung von Massenmedien und allen Formen von auf die lokale Kultur abgestimmten Informationsmedien - z.B. auf Märkten und bei Sportveranstaltungen - möglich.⁸⁷

Die Erfolge unserer deutschen und internationalen Partner zeigen, dass erfolgversprechende Ansätze zum Zurückdrängen der HIV Epidemie existieren. Voraussetzung ist dabei ebenso eine enge Kooperation zwischen lokalen, regionalen, nationalen und internationalen Akteuren wie auch eine deutliche Erhöhung der entsprechenden Ressourcen, wie sie nun durch den Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria (GFATM) eingeleitet wurde.

6. Gesundheitssysteme und deren Finanzierung

Die Präambeln aller staatlichen Verfassungen der Welt garantieren das Leben ihrer Bürger und die Rechtsordnungen stellen unterlassene Hilfeleistung unter Strafe. Doch obwohl das Recht auf

84 1. Gesundheitsförderung, um Safer Sex in der Allgemeinbevölkerung und in spezifischen Zielgruppen zu fördern, 2. Förderung der Kondom-Nutzung und Social Marketing, 3. Kontrolle von anderen sexuell übertragbaren Krankheiten durch Behandlung und individuelle Beratung, 4. Beratung bei der häuslichen Pflege von HIV-infizierten Personen und ihren Familien, 5. Sicherstellung von Hygiene im Gesundheitswesen und im Bereich der Bluttransfusion, 6. Reduzierung von Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen, die mit HIV/AIDS leben, 7. Operationelle Forschung zur ständigen Verbesserung der Interventionen und deren Wirkungen, 8. Jährliche epidemiologische Verlaufskontrollen bei schwangeren Frauen in Mutter-Kind-Einrichtungen (sentinel surveillance), 9. Sensibilisierung und Beratung (advocacy) von politischen Entscheidungsträgern auf regionaler und lokaler Ebene, 10. Koordination der Maßnahmen mit anderen Projekten, Ministerien und Organisationen, einschließlich der Privatwirtschaft und ehrenamtlich Tätigen.

GTZ: *Hope for Tanzania: Lessons Learned from a Decade of Comprehensive AIDS Control in Mbeya Region, Part I: Experiences and Achievements, Part II: Guide for HIV/AIDS/STD Interventions in a District of Sub-Saharan Africa (Examples from Mbeya Region)*, Eschborn, 2000.

85 In der Region Mbeya (Tansania) ging die HIV Infektionsrate schwangerer Frauen (Referenzgruppe) z.B. von 20% (1994) auf 15% (1999), die Syphilis Infektionsrate von 15% (1989) auf 4% (1999) zurück. Die Verbreitung von Kondomen ist seit 1996 konstant um 10% pro Jahr gestiegen, die Nutzerrate (self-reported) ist die höchste im Land. GTZ: *Reason for Hope: AIDS Control and Prevention in Mbeya, Tanzania*, Eschborn, 2002.

86 Kilian, A.: *HIV/AIDS Control in Kabarole District, Uganda*. GTZ, Eschborn, 2002.

87 UNAIDS: *Condom Social Marketing. UNAIDS Best Practice Collection*. Genf, November 2000 Lehmann, L., et al. *Vermarktungsstrategien für Verhütungsmittel*, op. cit., *Forschungsberichte des BMZ*, Bd. 121. Köln, 1997. s.a KfW-Publikationen „Aufklärung als Chance, Social Marketing als Weg. AIDS-Bekämpfung in Afrika“. Frankfurt, KfW, Dezember 2000; sowie in der Reihe „Arbeitshilfen, Materialien, Diskussionsbeiträge“ AMD Nr. 29: „Social Marketing in der Finanziellen Zusammenarbeit“, Juni 2001 und AMD 13: „Population, Family Planning and Contraceptive Social Marketing“, Februar 1995

Gesundheit zu den Grundrechten eines jeden Menschen gehört, gibt es Millionen unnötige Todesfälle und vermeidbares Leid in der Welt, das nicht zuletzt auch auf Defizite in der Gesundheitsversorgung der Menschen zurückzuführen ist. Nobelpreisträger Amartya Sen führt aus, dass Entwicklung „...zuerst damit zu tun hat, die Leben zu verlängern, die wir führen, und die Freiheiten zu vergrößern, an denen wir uns erfreuen. Und zu den wichtigsten Freiheiten, die wir haben können, gehört die Freiheit von unnötiger Krankheit und vermeidbarer Sterblichkeit.“⁸⁸ Wenn sich die Menschen eines Landes in einer prekären Gesundheitssituation befinden, ist dies auch ein Zeichen für Politik- oder Staatsversagen. Viele Regierungen vernachlässigen die Gesundheitsfürsorge, eine vitale Kernfunktion eines jeden Staates.

Fähige Politik, politischer Wille, und eine günstige institutionelle Umgebung führen zu Gesundheitsverbesserungen, welche wichtige Voraussetzungen für wirtschaftliche Entwicklung schaffen.⁸⁹ Ein funktionierendes Gesundheitswesen, das eine effiziente Gesundheitsfürsorge anbietet und deren Nutzung sozial gerecht ermöglicht, stärkt die soziale, politische und wirtschaftliche Entwicklung einer Gesellschaft. „**Good Governance**“ und „**Stewardship**“⁹⁰ sind Grundvoraussetzungen, um ein solches Gesundheitssystem aufzubauen.

Ein Ziel der Entwicklungszusammenarbeit im Schwerpunkt Gesundheit ist es, Partnerländer in die Lage zu versetzen, tragfähige Gesundheitssysteme zu errichten. Die Partner sollen befähigt



werden, Gesundheitsprobleme oder strukturelle Schwierigkeiten im Gesundheitswesen aufzuzeigen und eigenständig zu lösen. Versorgungssysteme sollen an den Bedürfnissen der großen Mehrheit der Bevölkerung ausgerichtet sein, armen Menschen Zugang zu den wichtigsten präventiven und kurativen Maßnahmen sichern, Leistungen effizient erbringen und eine Beteiligung aller Kräfte der Zivilgesellschaft an Dienstleistungen und der Steuerung ermöglichen. Dazu ist eine **kohärente Sozial- und Gesundheitspolitik** unerlässlich, die für ein ausgewogenes Verhältnis zwischen öffentlicher und privater Verantwortung und zwischen Marktelementen und sozialer Orientierung sorgt. Dazu bedarf es intersektoraler Kooperation und einer Förderung der Zusammenarbeit zwischen privaten und staatlichen Diensten und der Partizipation der Bevölkerung.⁹¹

88 Sen, Amartya: „Health in Development.“ *Bulletin of the World Health Organization*, 1999, 77 (8), S. 619-623.

89 Bloom, David E. and David Canning. „A New Health Opportunity.“ *Development* 2001, 44:1, S. 36-43.

90 Die WHO definiert Stewardship als „the effective trusteeship of national health“. Ein Steward ist ethisch und effizient. Vertrauen, Legitimität, und Orientierung am Gemeingut sind Hauptmerkmale. Saltman, Richard B. and Odile Ferroussier-Davis: „The concept of stewardship in health policy.“ *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6), S. 732-739. Murray, Christopher J.L. and Julio Frenk: „A framework for assessing the performance of health systems.“ *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6), S. 717-731. WHO: *Health Systems: Improving Performance*. Geneva (World Health Report 2000) 2000.

OECD/DAC Guidelines and Reference Series, op. cit., 2003, S. 31.

91 Zu den wichtigsten Kriterien eines erfolgreichen und qualitativ-hochwertigen Gesundheitssystems zählen laut WHO Fairness, Rechenschaftspflicht und die Verantwortlichkeit des Staates und anderer (beauftragter) Akteure. Fairness ist in diesem Kontext ein weiterer Begriff als Gleichheit und Gerechtigkeit und beinhaltet Gleichheit in Gesundheitsergebnissen, Zugang zu allen Diensten und zur Finanzierung, Effizienz in Management und Allokation, Rechenschaftspflichtigkeit, sowie Patienten- und Anbieterautonomie. In der Praxis erfüllen jedoch nur die wenigsten Gesundheitssysteme diese Kriterien. WHO: *Weltgesundheitsbericht 2000*. Daniels, Norman et alii. „Benchmarks of Fairness for Health Care Reform: A Policy Tool for Developing Countries.“ *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (6), S. 740-750.



Gesundheitsförderung und -prävention sollten dabei immer im Vordergrund stehen. **Nachhaltigkeit** im Gesundheitsbereich kann nur erreicht werden, wenn sich Gesundheitsförderung in bestehende Strukturen einpasst und so zu einer Stärkung des Gesundheitssystems beiträgt. Da vertikale Interventionen oftmals zu Doppelstrukturen und zusätzlichen finanziellen und organisatorischen Belastungen führen, sollen sie nur in besonderen Fällen, z.B. bei der Bekämpfung von Epidemien Anwendung finden. Auch vertikale Programme müssen langfristig nachhaltig angelegt sein.⁹²

Um die Partnerländer beim Aufbau und bei der Reform von effizienten und fairen Gesundheitssystemen zu unterstützen, berät die deutsche EZ bei der Formulierung gesundheitspolitischer Planungen, bei der Kapazitätsbildung im Gesundheitsmanagement, bei der Einbeziehung der Zivilbevölkerung und besonders benachteiligter Bevölkerungsgruppen, beim Management eines pluralistischen Gesundheitssystems (öffentlich, privat und/oder gemeinnützig) und bei der Einführung

von gerechteren Gesundheitsfinanzierungssystemen.⁹³ Außerdem beteiligt sie sich an der Finanzierung des Aufbaus von effizienten Programmstrukturen und an Rehabilitation und Ausbau von Versorgungsinfrastruktur und deren Instandhaltung. Die deutsche TZ bietet dabei bewährte Beratungsdienste zur Institutionenförderung und zur Fortbildung von Partnerfachkräften an, während die FZ die Finanzierungskompetenz für Infrastrukturausbau, strukturelle Reformen und flächendeckende Programme einbringt. Die Beratung ist auf Stärkung der lokalen Kapazitäten unter Einbeziehung der Bevölkerung ausgerichtet.

Gesundheitssystementwicklung ist ein komplexer Prozess. Die Sektorreformen der 90er Jahre, zu deren Schwerpunkten Dezentralisierung, Gemeindebeteiligung und Reformern von internen Strukturen und Management gehören, haben bisher nur bedingt gegriffen.⁹⁴ Grund dafür ist nach Meinung der WHO vor allem ein Mangel an fairer, verantwortungsvoller und intelligenter Sozialpolitik, einem Kernelement funktionierender Gesundheitssysteme. Gerade auf diesem Gebiet kann Deutschland einen wichtigen Beitrag zu einer Weltstrukturpolitik leisten, die auf gesellschaftliche Verteilung von Verantwortlichkeiten im Sinne der Subsidiarität, auf sozial- und rechtsstaatliche „checks and balances“ und auf breiten Konsens im Hinblick auf Solidarität baut.

Bei der Beratung der Partnerländer können die deutschen EZ-Organisationen stärker als bisher die Prinzipien und **Erfahrungen im Umgang mit dem deutschen Gesundheitswesen in die internationale Diskussion einbringen**. Das ist in erster Linie die grundlegende Vorstellung einer universellen Absicherung in Subsidiarität und Solidarität und mit sozialer Verantwortung. Diese Prinzipien finden

⁹² BMZ aktuell, Nr. 105, 1999, S.10.

⁹³ Mangelnde Gesundheitssicherung ist ein wesentlicher Grund für Armut.

⁹⁴ Albert, Helmut et alii. „Reform of Social Services. A Conceptual Framework for Orientation“ GTZ Innovationsprojekt: Reform sozialer Dienstleistungen, GTZ: Eschborn, 2001. Köcher, Dieter. Konzeptionelle Grundlagen der Reform sozialer Dienstleistungen – Gesundheitswesen, GTZ, Eschborn, 2000. Davies, Philip and Guy Carrin. „Risk-pooling – necessary but not sufficient.“ Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (7), S. 587.

ihren konkreten Niederschlag im deutschen Sozialrecht bzw. Sozialgesetzbuch, in Selbstverwaltung und Pluralismus, der mittelbaren Staatsverwaltung und den Körperschaften öffentlichen Rechts. Auch für die paritätische und demokratische Organisation von (Gesundheits-) Systemen und für eine Kultur von Verhandlungen und Konsenssuche liefert die fast 120-jährige Geschichte des deutschen Sozialversicherungswesens vielfältige vorzeigbare Erfahrungen. Erkenntnisse hieraus können Entwicklungsländer



auf dem Weg von kleinen, informellen und freiwilligen Gesundheitsversicherungen hin zu universellen, gesetzlichen Pflichtversicherungssystemen entscheidend unterstützen, beispielsweise bei der Ausdehnung des versicherten Bevölkerungsanteils oder einem Risiko-Struktur-Ausgleichsmechanis-

mus.⁹⁵ Trotz seiner augenblicklichen strukturellen und finanziellen Schwächen stellt das deutsche Gesundheitswesen ein beachtenswertes Beispiel einer sektoralen und sozialen Strukturpolitik dar. Gerade die langjährige Anwendung einer sozial ausgewogenen Marktwirtschaft und einer solidarischen, subsidiären Sozialpolitik bietet Möglichkeiten, in der globalen Wertediskussion mitzuwirken.⁹⁶ Die konzeptionelle und inhaltliche Reife der kontinentaleuropäischen Gesundheits- und Sozialversicherungssysteme und die langjährige praktische und praxisnahe Expertise sollten als Beitrag eines erweiterten Europas stärker als bisher Eingang in die internationale gesundheitspolitische Debatte in der EZ finden.

7. Forschung und Entwicklung

In der Entwicklung und Gesundheitsforschung besteht ein **gravierendes Missverhältnis** zwischen der Krankheitslast, die ganz überwiegend auf den Entwicklungsländern lastet, und den internationalen Forschungsinvestitionen, die sich fast ausschließlich an den gesundheitlichen Problemen der reichen Länder orientieren. 1990 prangerte die „Kommission für Gesundheitsforschung für Entwicklung“ (Commission on Health Research for Development) und später der Council on Health Research for Development (COHRED) die gravierende „90/10 Lücke“ an: **90 % der Forschungsmittel entfallen auf Krankheiten, die nicht mehr als 10% der Weltbevölkerung betreffen.**⁹⁷ Diese Fehlentwicklung muss korrigiert werden, um den Armen der Welt Zugang zu modernen Methoden von Diagnostik, Therapie und Prävention zu verschaffen.

95 Bärmighausen, Till und Sauerborn, Rainer. „One hundred and eighteen years of the German health insurance system: are there any lessons for middle- and low-income countries?“ *Social Science & Medicine*, 2002, 54, S.1559.

96 In den Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen sozialisiert sich das Wertebewusstsein von Menschen besonders stark. Eisenblätter, Bernd et alii: *Globalisierung und soziale Gerechtigkeit. Beiträge des deutschen Gesundheitswesens zur internationalen Entwicklung*. Eschborn und Bonn (GTZ & AOK) 2001. Weber, Axel and Friedeger Stierle, Jürgen Hohmann, Bergis Schmidt-Ehry: *Social protection in health care: European assets, potentials and contributions to global development*. Eschborn (GTZ) 2002.

97 Evans et al. „Health Research: Essential link to equity in development“ *Commission on Health Research for Development*, 1990. Verheul, Ellen und Rowson, Mike. „Editorial: Where is health?“ *Tropical Medicine and International Health*. Volume 7, No 5, Mai 2002, S. 391.

Besonders die Forschungsbemühungen der Entwicklungsländer sollten national wie international eine größere Beachtung und Förderung erfahren. Dies erfordert einerseits die Arbeit an lokalen Problemstellungen, andererseits die Förderung von Universitäten und Forschungsinstituten. Die deutsche EZ beteiligt sich seit langem an der Ausbildung von lokalen Fachkräften und der Förderung von lokal relevantem Wissen, um Partnerländer auf längere Sicht in die Lage zu versetzen, ihre eigenen Probleme zu erkennen und zu lösen.

Die wissenschaftliche Bearbeitung von **landes- oder regionalspezifischen Gesundheitsproblemen** trägt zur Politikformulierung und zur Optimierung der Suche nach besseren Vorbeuge-, Diagnostik- und Heilverfahren bei. COHRED fordert, dass alle Länder eigene „Essential National Health Research“-Programme (ENHR) zur sektorübergreifenden Erforschung der national wichtigsten Gesundheitsprobleme einführen. Dafür sollte mindestens 2% des nationalen Budgets für Gesundheit zur Verfügung stehen. Bei länderüberschreitenden Themen sollen die ENHR Programme betroffener Länder kooperieren. Dadurch können die oft knappen Ressourcen gebündelt und Lösungsansätze entwickelt werden, die über den nationalen Rahmen hinausgehen. Die überregionale Zusammenarbeit kann darüber hinaus friedenserhaltend und -fördernd wirken. An diesen Förderansätzen beteiligt sich die deutsche EZ durch Bereitstellung von Mitteln für die multilaterale und internationale Zusammenarbeit.

Es bedarf zusätzlich einer stärkeren **Sensibilisierung von Forschung und Entwicklung in Deutschland gegenüber den Problemen der Entwicklungsländer**. Forschung muss immer auch die Anpassung vorhandener Mittel und Maßnahmen an die klimatischen, sozio-ökonomischen und kulturellen Gegebenheiten der Entwicklungsländer beinhalten.

Die **Ausbildung an deutschen Hochschulen** sollte die globalen und sozialen Dimensionen der Gesundheit aufgreifen. Deutsche Gesundheitswissenschaftler sind in den internationalen Organisationen unterrepräsentiert. Deutsche Institute sollten sich auch stärker als bisher um ausländische Studenten bemühen. Damit könnten die Hochschulen ihre Position im internationalen Wettbewerb sichern, ihre eigene Positionierung in der Gesundheitsdiskussion längerfristig stärken und zur Qualifikation Studierender bei der Problemlösung in ihren Heimatländern beitragen.

In die Ausbildungsziele sollten daher einfließen⁹⁸:

- > die solidarische und partizipatorische Grundeinstellung als Public Health Professional
- > die Wichtigkeit von evidence-based International Public Health
- > Auffassungsvermögen für globale Zusammenhänge
- > Einbeziehung von Management-Fähigkeiten in Gesundheitssystemen
- > die Fähigkeit multidisziplinär zu denken
- > Kenntnis von Gesundheits-Assessment Instrumenten
- > Fremdsprachen und Eignung zur interkulturellen Zusammenarbeit

Um einen nachhaltigen Beitrag zur EZ zu leisten, müssen sich inhaltliche Prioritäten in Forschung und Entwicklung im Gesundheitsbereich verstärkt **den Armutskrankheiten und den häufigsten Todesursachen in den Entwicklungsländern zuwenden**. Bei der biomedizinischen Gesundheitsforschung setzt die WHO-Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit (CMH) folgende Prioritäten:

- > Impfstoffe für Malaria, Tuberkulose, HIV/AIDS
- > Mikrobizid wirksame Mittel gegen HIV/AIDS
- > Pestizide zur Kontrolle von vektorübertragenen Krankheiten

98 Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) / Kommission für internationale Zusammenarbeit (KIZ) „Positionspapier zur Vertretung des Lehrgebietes „Internationale Gesundheit“ im Rahmen der postgraduierten Public Health Studiengänge an den deutschen Hochschulen“ Bielefeld, 2002

> Kombinationstherapien für Malaria zur Vermeidung von Arzneimittelresistenzen

Darüber hinaus sind aber auch relevante Forschungsarbeiten in den Bereichen Epidemiologie, Gesundheitsfinanzierung, Sozial- und Politikwissenschaften erforderlich, die dem Thema „Global Change and Health“ und aktuellen gesundheitsökonomischen Fragestellungen besondere Beachtung beimessen.

Um die Finanzierung einer an den Bedürfnissen der Entwicklungsländer orientierten Forschung und Entwicklung sicherzustellen, bedarf es der verstärkten und vor allem langfristigen Bereitstellung von Mitteln für die nationalen und internationalen Forschungsinstitutionen. COHRED fordert, dass Entwicklungsorganisationen und Geberländer mindestens 5 % ihrer Gesundheitsausgaben für die Förderung von ENHR-Programmen, d.h. weltweit zusätzliche 3 Mrd. Euro, für die Gesundheitsforschung und Entwicklung bereitstellen:

- (1) 1,5 Mrd. Euro jährlich für einen neuen globalen Fonds für Gesundheitsforschung
- (2) Weitere 1,5 Mrd. Euro jährlich für die Entwicklung neuer Impfstoffe und Medikamente für HIV/AIDS und Malaria sowie für Tuberkulose und weitere Armutskrankheiten
- (3) Erhöhung der Ausgaben für Operational Research und prioritäre Interventionen in Partnerländern auf mindestens 5% der Länderförderungsmittel
- (4) Verbesserter Zugang zu wissenschaftlichen Informationen über das Internet sowie Förderung der Internetanbindung von Universitäten und Forschungsstätten in Entwicklungsländern
- (5) Überarbeitung der Gesetzgebung zu vernachlässigten Medikamenten („orphan drugs“) in den reichen Ländern im Sinne einer stärkeren Berücksichtigung der Hauptkrankheiten in Entwicklungsländern.

- (6) Gezielte Anreize für die Erforschung spezifischer Therapeutika durch vorhergehende Abnahmeverpflichtungen (beispielsweise für HIV/AIDS Impfstoffe).

COHRED wurde inzwischen um das Global Forum for Health Research ergänzt, da deutlich wurde, dass sich viele Gesundheitsprobleme nur durch globales Zusammenwirken lösen lassen.

Allianzen zwischen staatlicher Entwicklungszusammenarbeit, Forschungsinstitutionen, nationalen und internationalen NROs und anderen multilateralen und internationalen Organisationen (EU, Weltbank, WHO) können dazu beitragen, die vorhandenen Kräfte zu bündeln. Innerhalb Deutschlands sollte die **Zusammenarbeit verschiedener Ministerien** wie BMZ, BMBF, BMGS verstärkt werden und mit anderen Akteuren auf Landesebene verzahnt werden. Darüber hinaus sollte die Mitwirkung in internationalen Netzwerken zur Förderung und Verbreitung von Forschungsergebnissen forciert werden. Ein wichtiger Schritt in diese Richtung ist das Programm der europäischen und Entwicklungsländer für klinische Versuche (European Developing Countries Clinical Trials Programme – EDCTP). Diese Initiative soll die Forschungsbemühungen in Europa bei der Arzneimittel- und Impfstoffherstellung verbinden und konkrete Erfolge gegen die Armutskrankheiten AIDS, Malaria und Tuberkulose beschleunigen.⁹⁹ Auch über multilaterale Forschungsförderungsprogramme wie TDR (UNDP - World Bank - WHO Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases) muss die **deutsche Forschung und Entwicklung auf internationaler Ebene sichtbarer** werden. Ihre Kenntnisse und Erfahrungen müssen auf Foren und Tagungen, in Arbeitsgruppen und Forschungsprojekten in die weltweite Diskussion um Forschung und Entwicklung eingebracht werden. Wie beispielsweise bei einem Symposium von GTZ, der

99 Weitere Informationen unter http://europa.eu.int/comm/research/info/conferences/edctp/edctp_en.html



Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit e.V. (DTG) und TDR im März 2003 in Berlin. sollte dabei die tropenmedizinische Forschung stärker in den Vordergrund rücken.

8. Ausblick

Die Verflechtungen von Gesundheit mit Wirtschaft, Politik und Entwicklung machen das Thema zunehmend zu einem **wesentlichen Faktor für nachhaltige Entwicklung** und insbesondere für die Armutsbekämpfung.¹⁰⁰ Interessengruppen einer sich globalisierenden Zivilgesellschaft unterstützen diese Forderungen immer kraftvoller. Zur Verbesserung der Prävention, Selbsthilfe und Gesundheitsdienste müssen arme und reiche Länder miteinander und voneinander lernen. Dabei geht es insbesondere um klare Konzeptionen, Erfahrungsaustausch, Qualitätssicherung, Sicherheitskonzepte, Sicherungssysteme, Krisenhilfe, Forschung, Ausbildung, Integration und Reintegration.¹⁰¹

Bildung und Gesundheit sind Grundlage einer produktiven sozialen Entwicklung und damit der Armutsbekämpfung, denn sie schaffen, erhalten und nutzen das Humankapital.

Gesundheit ist dabei nicht bloße Abwesenheit von Krankheit, sie ist viel mehr die Fähigkeit und Bereitschaft,¹⁰² ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Um nachhaltige Entwicklung zu fördern, müssen Gesundheit und Bildung in einer Politik der sozialen Sicherheit verankert sein. Prinzipien wie Solidarität, Subsidiarität und soziale Marktwirtschaft sollten eine globale Strukturpolitik prägen, die Bedingungen für eine stabile Weltgesellschaft schafft und aufrechterhält. Globale politische Interessen fordern eine Verbesserung sozialer Grunddienste und Gesundheitsdienste – auch im Eigeninteresse der reichen Länder. Hieraus ergeben sich viele wichtige Gründe für Investitionen im Bereich Internationale Gesundheit:¹⁰³

- > Mit wenig Geld lassen sich in Entwicklungsländern viele Leben retten
- > Gesundheitspolitik ist Teil von „good governance“
- > Auch im Gesundheitsbereich kann man falsch investieren
- > Gesundheit ist ein Grundrecht
- > Gesundheit ist politisch sichtbar
- > Epidemien und Seuchen können auch uns bedrohen
- > Gesundheitsdienste sind bevölkerungsrelevant
- > Der Gesundheitssektor ist ein bedeutender Wirtschaftsfaktor
- > Krankheit behindert wirtschaftliche Entwicklung
- > Gesundheitsdienste wirken sich positiv auf sozialen Zusammenhalt und auf die Krisenprävention aus

100 Bloom, David E. and David Canning. „A new health opportunity.“ *Development* 2001, 44:1, S.36-43. Auch die Internationalen Entwicklungsziele der OECD und die Millenniumsziele der Vereinten Nationen betonen vor allem Gesundheit, Grundbildung und Umwelt.

101 Diesfeld H.J. und M. Krawinkel: *Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit am Beginn des 21. Jahrhunderts. Entwurf einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. Juni 2000.*

102 *Gesundheit ist nicht bloß körperliche Gesundheit, sondern auch mentale und geistige – das wurde in der Diskussion über Internationale Gesundheit zu oft verkannt. Erst im Weltgesundheitsbericht 2001 betont die WHO die besondere Bedeutung der mentalen Gesundheit. World Health Organization: The World Health Report. 2001. „Mental Health: New Understanding, New Hope.“ Geneva (WHO) 2001.*

103 Seidel, Walter: *Warum sollte die deutsche EZ im Bereich Internationale Gesundheit investieren? 10 gute Gründe. Berlin (DSE) 2000.*

Zu den gängigen Empfehlungen für die globale Gesundheit gehört die Einbettung der Gesundheitsmaßnahmen in die Armutsbekämpfung. Dies erfordert die Verbesserung von Gesundheitssystemen, die Gesundheitsförderung sowie die Reduzierung von Gesundheitsrisiken durch kohärente Politik in den gesundheits-relevanten Sektoren.

Zu den **wichtigsten Maßnahmen** der Entwicklungszusammenarbeit im Schwerpunkt Gesundheit zählen vor allem die Bekämpfung von Infektionskrankheiten (z.B. HIV/AIDS, Malaria, Tuberkulose, Armutskrankheiten), die Förderung der reproduktiven Gesundheit und der Qualitätssicherung. Der Aufbau sozialer Krankenversicherungssysteme unter Gewährleistung von Subsidiarität und Versorgungsgerechtigkeit, Sicherheitskonzepte, sowie kosteneffektive Organisation und Management im Gesundheitswesen, Qualitätssicherung und Zugang zu lebenswichtigen Medikamenten zählen ebenfalls zu den Maßnahmen, die die deutsche EZ seit langem fördert. Neue wichtige Themen, die vor allem von der WHO in der internationalen Diskussion verfolgt werden, sind die Prävention und Behandlung nicht übertragbarer Krankheiten (chronische Krankheiten, Ernährungsprobleme, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankheiten etc.) und die schweren Folgen von Unfällen und Gewalt, sowie von Alkohol- und Tabakkonsum auf die Gesundheit.¹⁰⁴ Hinzu kommen neue Anforderungen an das Gesundheitswesen in Entwicklungsländern bei der Förderung mentaler Gesundheit und dem Umgang mit den sozialen Problemen alternder Bevölkerungen und Alterskrankheiten.

Die internationale Diskussion über globale Gesundheit befasst sich indessen nicht nur mit neuen Themen, sondern auch mit neuen Konzepten und Instrumenten. Die Einbettung sektorpolitischer Planungen in kohärente und nachhaltige nationale Entwicklungs- und Armutsbekämpfungs-

Strategien (PRSP) unter Berücksichtigung der jeweiligen makro-ökonomischen Rahmenbedingungen, der Verschuldungssituation und der Möglichkeiten der programmorientierten Gemeinschaftsfinanzierung in enger Zusammenarbeit mit anderen Gebern und multilateralen Finanzierungsinstitutionen stehen daher im Vordergrund der aktuellen Diskussion um Effizienzsteigerung in der EZ im Kontext der Globalisierung. Die Teilnahme am **Dialog mit internationalen, bilateralen und zivilgesellschaftlichen Organisationen, Regierungen und Betroffenen** kann einen wichtigen Beitrag zu einer entstehenden globalen Strukturpolitik der kleinen Schritte leisten. Gerade Deutschland mit seiner föderalen Struktur und mit einer jahrhundertlang gelebten Subsidiarität kann hierfür Anregungen geben. Solch ein pluralistischer Dialog benötigt die Dokumentation realer Beispiele sowie guter und bester Praktiken, anhand derer Zusammenhänge verdeutlicht werden können und Konsens geschaffen wird. In diesem Zusammenhang wird ein Betätigungsfeld entstehen, das man zu recht Internationale Gesundheit bzw. **Globale Gesundheit** nennen kann.

Die international gewachsene Erkenntnis, dass **ohne Gesundheit keine nachhaltige Entwicklung möglich** ist, bringt dem Thema Gesundheit im 21. Jahrhundert neue Aktualität. Die Förderung globaler Gesundheit ist nicht zuletzt im Eigeninteresse der reichen Länder zu einer strategischen Notwendigkeit geworden.¹⁰⁵ Auf dieser Erkenntnis sollten sich Partnerschaften der deutschen EZ mit kompetenten und effizienten Partnern aufbauen und auch bei uns Politik machen lassen. Die bisher vorliegenden Erfahrungen mit interessanten Entwicklungsprogrammen in verschiedenen Teilen dieser Welt stellen eine wesentliche Erfahrungsgrundlage und hervorragende Startbedingungen für eine intensive und breit angelegte nachhaltige Förderung der Gesundheit der Weltbevölkerung dar.

¹⁰⁴ WHO: *Report of the Director-General 2001*, Geneva, 2001.

¹⁰⁵ Das Council on Foreign Relations der USA empfahl jüngst: „The president and the secretary of state should make a commitment to place global health squarely on the agenda of U.S. foreign policy in order to protect both the health of Americans and major U.S. interests.“
Kassalow, Jordan S. *Why Health is Important to U.S. Foreign Policy*. New York (Milbank Memorial Fund & Council on Foreign Relations

Impressum

Herausgeber

Deutsche Gesellschaft für Technische
Zusammenarbeit (GTZ) GmbH
Dr. Assia Brandrup-Lukanow
Dag-Hammarskjöld-Weg 1–5
Postfach 51 80
65760 Eschborn
Tel.: +49-(0) 6196-79-1272
Fax.: +49-(0) 6196-7980-1272

Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)
Kommission für Internationale Zusammenarbeit (KIZ)
Prof. Dr. med. Ulrich Laaser DTM&H, MPH
Fakultät für Gesundheitswissenschaften,
Universität Bielefeld
Postfach 10 01 31
D 33501 Bielefeld
Tel./AB/Fax: +49 521 450116
E-Mail: ulrich.laaser@uni-bielefeld.de

Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften
und Public Health e.V. (DVGPH)
c/o Deutsche Koordinierungsstelle für
Gesundheitswissenschaften (DKGW)
Generalsekretär Prof. Dr. med. Jürgen v. Troschke
Hebelstr. 29
79104 Freiburg
Tel.: +49-(0) 761-203-5521
Fax: +49-(0) 761-203-5516
E-Mail: sekretariat@dvgh.de

Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und
Internationale Gesundheit (DTG) e.V.
c/o Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
Bernhard-Nocht-Str. 74
20359 Hamburg
Tel.: +49 (0) 40-428 18 478
Fax: +49 (0) 40-428 18 512
E-Mail: dtg@bni-hamburg.de

KfW Entwicklungsbank
Dr. Wolfgang Bichmann
Palmengartenstraße 5-9
Postfach 111141
60325 Frankfurt am Main
Tel.: +49-(0) 69-7431-3520
Fax.: +49-(0) 69-7431-3746

Autoren

Prof. Dr. rer. pol. Detlef Schwefel
Dr. Myriam Vučković
Prof. Dr. med. Rolf Korte
Ole Doetinchem
Dr. med. Wolfgang Bichmann
Dr. Assia Brandrup-Lukanow

Photos

Seite 1, WHO / P. Viro
Seite 2, Bundesministerium für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung
Seite 3, WHO / P. Viro
Seite 4, Uwe Rau
Seite 6, Paul Hahn
Seite 7, WHO / P. Viro
Seite 8, Rainer Steußloff / JOKER
Seite 9, Rainer Unkel
Seite 10, WHO / P. Viro
Seite 11, WHO / P. Viro
Seite 12, Uwe Rau
Seite 13, Uwe Rau
Seite 14/15, Version FotografenAgentur
Seite 16, Uwe Rau
Seite 17, WHO / P. Viro
Seite 18, WHO / P. Viro
Seite 19, WHO / P. Viro
Seite 21, Paul Hahn
Seite 22, Version FotografenAgentur
Seite 23, Version FotografenAgentur
Seite 24, WHO / P. Viro
Seite 27, Frans Lemmens
Seite 28, WHO / P. Viro
Seite 29, Guenay Ulutunçok
Seite 30, Rolf Korte
Seite 32/33, Ralf Maro/Version
Seite 34, Rolf Korte
Seite 37, WHO / P. Viro

Gestaltung

design werk, Wiesbaden
Tel.: +49-(0) 611- 204 78 78
Tel.: +49-(0) 611- 204 78 80
E-Mail: info@design-werk.com



Deutsche Gesellschaft für
Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH



Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin
und internationale Gesundheit (DTG)



KfW Entwicklungsbank



Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)



Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften
und Public Health (DVGPH)