

# Gesundheit in globalisierter Entwicklung <sup>1</sup>

Detlef Schwefel

Mit dem Entstehen einer neuen politischen Weltordnung seit mehr als einer Dekade verstärkte sich die Ausbreitung und das Zusammenwachsen der Weltwirtschaft; zuvor hatte die wirtschaftliche Globalisierung zum Zerfall der alten Ordnung beigetragen. Fast alle Komponenten der Produktion und des Handels waren und sind betroffen von der Liberalisierung der Austauschbeziehungen in und zwischen Ländern: Ideen, Information, Kapital, Finanzen, Güter, Transport, Technologien, Kulturen. Weniger begünstigt war die Mobilität der Menschen bzw. der Arbeitskraft. Von der Globalisierung erwartet man viel für die Zukunft: Höhere Gewinne und sinkende Preise sollten eine Globalisierung westlicher Fülle unterstützen, weltweit. Viele Länder und Leute nutzten diese Chance, insbesondere auch Entwicklungsländer. Vielen Menschen geht es heute besser als je zuvor.

Für die Welt als Ganzes ist diese Aussage übertrieben. Die Wachstumsraten verlangsamten sich in vielen Ländern. Kriege, Gewalt, politische Instabilität, extreme Armut, soziale Ungleichheit, soziale Unsicherheit und Umweltzerstörung haben sich nicht verringert. Die Marginalisierung vieler Länder nimmt zu. Risikofaktoren werden grenzenlos exportiert. Das Bevölkerungswachstum konnte nicht entscheidend verringert werden. Neben lauten Finanzkrisen grassieren leise Armutskatastrophen. Die Einsicht nimmt zu, dass volkswirtschaftliche Liberalisierungen nicht von markanter Armutsreduktion gefolgt werden. Und dass mit der Globalisierung nicht nur die Güter mobil sind, sondern auch die „Schlechter“. Die Welt teilt sich in Gewinner und Verlierer der Globalisierung. Viele Staaten scheinen nicht mehr in der Lage zu sein, sich allein gegen die sozialen Gefahren der Globalisierung zu wehren, von denen die OECD spricht: „Soziale Gefahren, die mit der Armut verbunden sind – Krankheit, illegale Migration, Umweltzerstörung, Kriminalität, politische Instabilität, bewaffneter Konflikt und Terrorismus – können sich leichter über Grenzen und Kontinente ausbreiten.“ (OECD 2001)

## 1. Globalisierung und Gesundheit

Gesundheit und Gesundheitswesen blieben davon nicht unberührt. Zwar hat sich im letzten halben Jahrhundert die Gesundheit weltweit mehr verbessert als in den vorigen drei Jahrtausenden, dennoch steigen durch die Globalisierung Chancen, Risiken und Gefahren, auch für die ökonomischen Gewinner der Globalisierung:

- Risikofaktoren verbreiten sich weltweit:
  - riskante Produktionsverfahren und Abfall werden in die Dritte Welt exportiert,
  - Arbeitsplatzgefahren nehmen wegen zunehmender Konkurrenz wieder zu,
  - Drogen, Tabak, Junk Food, Sexualtourismus werden weltweit vermarktet,
  - gesundheitsschädigende Lebensstile überschreiten alle Grenzen,
  - Umweltveränderungen fördern Nischen für Vektoren.
- Krankheiten verbreiten sich durch zunehmende internationale Mobilität weltweit: HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria nehmen zu und bedrohen auch entwickelte Länder und reiche Leute. Seit den 70er Jahren entstanden weltweit mehr als 30 neue Infektionskrankheiten. Auch neue Tierkrankheiten wie BSE und Vogelgrippe bedrohen Mensch und Wirtschaft. Arzneimittelresistente Organismen nehmen zu.
- Gesundheitsdienste werden internationaler, insbesondere werden qualitativ hochwertige Arzneimittel und Technologien aus industrieller Produktion international vermarktet und suggerieren die Chance der Problemlösung, während die Patentrechte daran privat bleiben und Konkurrenz und sinkende Preise verhindern.

Krankheiten respektieren Grenzen nicht und machen nicht halt vor Touristen und internationalen Managern. Die Angst vor der Rückkehr übertragbarer Krankheiten aus der armen in die reiche Welt ist nicht unbegründet. Einzelne Staaten und ihre Gesundheitsministerien können diese Chancen und

---

<sup>1</sup> Veröffentlicht in: Razum, Oliver et alii (Hrsg.): Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Eine international vergleichende Einführung in Public Health. Bern (Hans Huber Verlag) 2006, Seiten 47-64

Risiken allein kaum meistern. Gesundheit und Gesundheitsdienste sind international geworden – aus dem wohlverstandenen Selbstinteresse aller Seiten. Gefordert wird eine Weltgesundheitspolitik - eine Politik, die nicht nur westlichen Werten Wert beimisst. Gute internationale Gesundheit aller ist ein öffentliches Gut - dieser Begriff ist der Schlüssel zum Verständnis dafür, warum Gesundheit wesentliches Mittel und Ziel der Entwicklung ist und warum diese Selbstverständlichkeit nun wiederentdeckt wird.

Nicht ohne Egoismus betont die internationale Diskussion zu diesem Thema vor allem zwei „neue“ Konzepte: öffentliche Güter (versus „Schlechter“) und Stewardship (versus „Schurkenstaaten“):

- Wichtig erscheint, dass der Schutz vor übertragbaren Krankheiten ein „öffentliches Gut“ ist, das öffentlich bereitgestellt werden muss. Vorrangig wird über HIV/AIDS debattiert und die wiedererstarke Tuberkulose und Malaria. Weiter verbreitet sind die Armut- und Alltagserkrankungen wie Durchfall und Erkältung, die wegen allgemeiner Schwäche zu oft tödlich enden. Besonders debattiert wird folgende Frage: Sind gute Arzneimittel auch ein öffentliches Gut oder ein privates, an dem gemäß internationaler Vereinbarungen die Arzneimittelindustrie ein geistiges Eigentumsrecht hat und die Preise frei bestimmen kann?
- Öffentliche Güter sind „öffentlich“ herzustellen, deswegen sind Begriffe wie Good Governance und Stewardship zu Schlüsselbegriffen geworden. Es geht um die Vertretung des Allgemeininteresses durch Politiker und Staaten. Es geht um den Traum von guter Führung und Volksvertretung. Wenn der sich verwirklicht, können Staaten gut kooperieren, wie auch die Weltbank empfiehlt. Die Hauptstrategie vieler internationaler Geber heißt: „länder-geleitet und im nationalen Eigentum“. Sie lässt sich nur in diesem Zusammenhang vertreten, nicht aber mit Schurken und Schurkenstaaten.

## 2. Armut, AIDS und Gesundheit in neuer Architektur

Angesichts verbreiteter (un)menschlich und staatlich initiiertes Katastrophen, Kriege, Krisen und Korruption entsteht und wächst eine Fülle neuer globaler Institutionen, die dieses öffentliche Interesse (zu) repräsentieren (vorgeben) und die zuerst darüber kritisch berichten und dann handeln wollen. In dieser neuen globalen Architektur stehen Staaten und Nationen neben transnationalen Wirtschaftseinheiten und quernationalen Berufsverbänden und Interessengruppen wie Transparency oder Greenpeace - eine globalisierte Zivilgesellschaft. Das wird gespeist durch die Betroffenheit der Bürger über Gesundheit; Gesundheit rangiert an Stelle eins bei der Völkerbefragung der Vereinten Nationen zum Jahrtausendwechsel. Spontane Bürgerinitiativen für die Gesundheit stehen zurzeit denen für die Umwelt noch nach, obwohl auch Umweltinitiativen Gesundheit zum Ziel haben. Auf professioneller Ebene haben sich zum Kampf gegen die gesundheitlichen Hauptprobleme verschiedene Initiativen gebildet, die unterstreichen, wie wichtig Arzneimittel und Impfstoffe für die internationale Gesundheit sind. Feststellbar ist ein neuer, zunehmender internationaler Pluralismus, der so weit geht, dass einzelne Personen reicher und mächtiger sind als Staaten. In diesen Zusammenhängen entstehen globale Forderungen. Für die Verwirklichung des universellen Zugangs zu sozialen Grunddiensten bestand 1995 eine globale Finanzierungslücke von 80 Mrd. US\$. (Fues 2000) Ein US\$ Gesundheitsgebühr bei internationalen Flügen wird vorgeschlagen, das würde 500 Mio. \$ pro Jahr bringen, mehr als das Budget der WHO. Der Generalsekretär der Vereinten Nationen forderte einen „globalen Gesundheitsfond“ mit zig Milliarden Dollar, aus dem die fehlenden Arzneimittel für die Armen bezahlt werden könnten. Die Kommission für Volkswirtschaft und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation unterstützt diesen Fond, fordert einen zusätzlichen in Höhe von 22 Mrd. \$ und einen weiteren in Höhe von 3 Mrd. \$ für die Gesundheitsforschung zugunsten der Armutkrankheiten. (Sachs 2001a)

## 3. Zunehmender globaler Konsensus

Fehlende öffentliche Güter und fehlende gute Führung führten zur Persistenz großer und extremer Armut. 2,8 Milliarden Menschen leben mit weniger als 2,- US\$ pro Tag und pro Kopf. Diese Erkenntnis bildet den Hintergrund für viele internationale Deklarationen, für die Armut und AIDS Hauptthema wurden. Strategien vor und zur Jahrtausendwende zielen gegen die Armut – eine gestärkte Allianz aus Weltführern und Entwicklungsagenturen, die sich in Okinawa, Paris, New York,

Durban, Dakar, Kopenhagen, Rio de Janeiro, Peking und Kairo trafen. Angriff auf die Armut, Kampf gegen AIDS – lauten die Parolen. Die Ziele der Internationalen Entwicklung zielen auf Gesundheit und ihr Umfeld: Armut, Grundbildung, Gender equality, Säuglings- und Kindersterblichkeit, Müttersterblichkeit, reproduktive Gesundheit, Umweltressourcenschonung durch nachhaltige Entwicklung. In Armut und ohne Gesundheit und Grundbildung ist nachhaltige Entwicklung nicht möglich. Übertragbare Krankheiten und der völlig unnötige Tod von Kindern und Müttern sind Schlüsselindikatoren der internationalen Entwicklungsstrategie geworden. Gemäß UN-Weltkonferenzen, Weltführern und Weltwirtschaftlern stehen die sozialen Grunddienste – nicht nur wegen AIDS als Entwicklungsproblem – durchaus an vorderer Stelle im Kontext Armutsbekämpfung.

Die globalen Weltwirtschaftsinstitutionen reagierten schnell auf diesen globalen Konsensus und trugen zu ihm bei. Die Weltbank wurde zum Vorreiter der Kampagne gegen Armut und für Gesundheit, was auch die Bundesregierung Deutschlands in ihrem Aktionsplan 2015 bestätigte. Der Weltgesundheitsorganisation hatte sie den Rang abgelaufen mit ihren Strategien für Gesundheit, Ernährung und Bevölkerung und sie hatte die Diskussionen in zuvor vernachlässigte Wissens- und Handlungsregionen vorgetrieben, wie den der sozialen Sicherheit und der Sozialhilfe. Auch andere internationale Entwicklungsagenturen zeigen verstärktes Interesse an Gesundheit und ihren Indikatoren: UNDP durch seinen Entwicklungsindex, der Gesundheit und Bildung betont, ILO im Kampf für soziale Sicherheit und Arbeitsplatzsicherung und -sicherheit, UNAIDS gegen HIV/AIDS. Den Schulterschluss besiegelte die WHO im Januar 2000, als sie eine Kommission für Makroökonomie bestellte, mit der betont und begründet wird, wie wichtig Gesundheit ist als Motor wirtschaftlicher Entwicklung.

#### 4. Macht- und Sprachlosigkeit des Gesundheitssektors

Armut und Gesundheit rangieren immer schon hoch bei Deklarationen und gering bei öffentlichen Mittelzuweisungen. Eine Analyse der BMZ-Planzahlen für 2001 zeigt, dass sich der Negativtrend bei der Förderung der sozialen Grunddienste fortzusetzen scheint: es sind nur noch 13,5 % der Neuzusagen. (Fues 2000; OECD 2001b) Deutschland befindet sich im „hinteren Mittelfeld“ der Geber. Die beschlossene Verringerung der Partnerländer und die Verringerung der Bereiche der Zusammenarbeit werden diesen Trend wahrscheinlich nicht umkehren. Ernüchternd ist, dass durch Zins- und Tilgungsrückzahlungen von den Entwicklungsländern davon selbst sehr viel beigetragen wird.

Woher kommt diese Diskrepanz zwischen Hoffnungen und Erfahrungen? Haben wir keine Argumente zugunsten der internationalen Gesundheit? Haben wir keine Lobby? Was machen wir falsch? Viele Aspekte tragen dazu bei, dass Gesundheit nicht vornan auf der Tagesordnung der Entwicklungsplaner rangiert:

- Machtvoll ist die Meinung mancher Meinungsmacher, dass die Wirtschaft die Henne sei und die Gesundheit das Ei, dass man erst erwirtschaften müsse, was man konsumieren könne und dass das Geldkapital vorrangiger sei für die Entwicklung als das Kopf- und Körperkapital. Gesundheit wird als Luxusprodukt eines Wohlfahrtsstaates angesehen, als ressourcenverschlingender Konsum. Dass Kopf und Körper – Bildung und Gesundheit – wesentlichstes Kapital (der Armen) ist, bestätigen viele Weltbankberichte und der Bericht der makroökonomischen Kommission der WHO.
- Was als Gesundheitshilfe angeboten wurde und wird, ist sehr heterogen und hat ein biomedizinisches Image: Malariakontrolle, medizinische Nothilfe, AIDS Kampagnen, Bau und Wartung von Krankenhäusern, Fachausbildung, Distriktgesundheitsdienste, reproduktive Gesundheit, orthopädische Rehabilitation, Reformberatung, Volksaufklärung – ein schillerndes und fast kernloses Vieles und Nebeneinander. Was das alles im Innersten zusammenhält, ist Entscheidungsträgern nicht verständlich. Fast immer schon war das vielleicht zu umfassende Paradigma der primären Gesundheitsversorgung im Sinne von Alma Ata der Orientierungspunkt deutscher Gesundheitshilfe gewesen. Es fehlte ein pragmatischeres Konzept, das sich gegenwärtig allmählich zu entwickeln scheint, ein Konzept, das gleichwohl umfassend und integrierend ist.

- Das schlägt sich nieder in skandalös geringen Ausgaben für das öffentliche Gesundheitswesen in den armen Ländern. Es suggeriert den Entwicklungsplanern, dass die arme Welt Gesundheit nicht als Priorität sehe. Deswegen habe man die 20/20 Initiative initiiert, nicht aber verwirklichen können. Übersehen wird hierbei der wesentliche Beitrag, den die Armen aus eigener Tasche als direkte und indirekte Kosten bezahlen (müssen) für ihre Gesundheit und was sie zu zahlen bereit wären, wenn sie nur könnten.
- Die Lebenswelten der an dieser Diskussion Beteiligten sind sehr heterogen. Deutsche Beamte mit „freier Heilfürsorge“ hätten ein Vorurteil gegen diesen Sektor, die reicheren Mittelschichten in der armen Welt fragen nach den neuesten internationalen Gesundheitsdiensten und nach Spezialisten und für die Armen gelten ganz andere Gesetze und Bedarfe: Prävention und Selbsthilfe mit erschwinglichen Arzneimitteln und kostenlose Hilfe bei gesundheitlichen Katastrophen. Diese „kulturellen“ Unterschiede machen klar, warum die Armen ihre Stimme für Gesundheit in einem breiten Sinn erheben, die Reicheren für Apparatedizin und warum Entwicklungsverwalter passen. Gesundheit ist in Entwicklungsländern wichtiger für die Armen als für die Entscheidungsträger; daher resultieren unterschiedliche Prioritätszuschreibungen.

Im Wettstreit der Werte und Mittelzuweisungen scheint der Gesundheitssektor folglich geringer angesehen zu werden, als ihm nach allem, was wir wissen, zukommt. Der Gesundheitssektor leidet an der Macht- und Sprach- bzw. Stimmlosigkeit, die die Weltbank als Hauptproblem der Armen in aller Welt diagnostizierte.

Das entspricht dem Aphorismus von Schopenhauer: „Gesundheit ist nicht alles, doch ohne Gesundheit ist alles nichts.“ Irgendwo dazwischen liegt die Wahrheit. Sie kann so apodiktisch nicht behauptet werden. Sie lässt sich begründen und vertreten. Bislang versuchte man folgende Begründungen:

- Gesundheit ist Menschenrecht und Bürgerpflicht (wie auch Bildung) – mit diesem ersten Argument wird meist moralisch argumentiert und um Spenden geworben. Der zweite Teil des Arguments wird gern übersehen; er fordert Aufklärung und Verantwortung aller.
- Gesundheit ist Staatspflicht und gute Politik – hierbei geht es um aufgeklärte Politiker und Staaten, die im Allgemeininteresse handeln. Bislang haben wir auch hier nur (?) moralisch argumentiert, in einer Situation, in der es um Macht und Information geht.
- Gesundheit ist Krisenprävention und Konfliktmediator – meist waren Gesundheitsdienste eher kurativ nach als präventiv vor Krisen tätig. Auch hier spielt die Zusammenarbeit zwischen Gesundheit und (außerschulischer) Bildung eine wesentliche Rolle.
- Gesundheit ist Humankapital und Investition (wie auch Bildung) – für dieses Argument der Gesundheit als soziale Produktivkraft, als soziales Unternehmertum, als Ressource gab die Kommission für Makroökonomie der WHO besondere Impulse.

Das alles sind gute Argumente. Aber sie reichten nicht aus, dass auch andere erkennen, wie wichtig internationale Gesundheit bzw. globale Gesundheit ist.

## 5. Gesundheit fordert und fördert Strukturpolitik

Die Präambeln aller staatlichen Verfassungen der Welt garantieren das Leben der Bürger. Alle Rechtsordnungen der Welt stellen unterlassene Hilfeleistung unter Strafe. Gleichwohl gibt es Abermillionen von unnötigem Tod und Leiden in der Welt. „Deutlicher als in den reichen Ländern sind dort die sozialen und wirtschaftlichen Gründe der Gesundheitsprobleme. 36% der Kinder zeigen Zeichen der Unter- oder Fehlernährung, 1,1 Milliarden Menschen haben keinen Zugang zu sauberem Wasser, 120 Millionen Ehepaare haben keinen Zugang zur Familienplanung. Einkommen, Ernährung, Erziehung (insbesondere von Frauen und Mädchen), familiäre Umwelt und Hygiene beeinflussen Leben und Überleben deutlicher, als gesundheitsbezogene Politiken und Interventionen dies tun könnten, nicht nur, weil in den armen Ländern die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit viel geringer sind als in den reichen: 11% der globalen Gesundheitsausgaben müssen 93% der Krankheitslast bedienen.“ (Schwefel 2003) Zwei Nobelpreisträger kommentieren diese Situation:

- Amartya Sen sagt: „Entwicklung hat zuerst damit zu tun, 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.“ (Sen 1999)

- Johan Galtung ist verwundert, dass die sozialen Rechte des Lebens und Überlebens in allen Verlautbarungen über Menschenrechte eine so geringe Rolle spielen und fordert soziale und nicht nur politische Menschenrechte. (Galtung 1999)

Diesen Zahlen und Worten ist zu entnehmen, dass eine prekäre Gesundheitssituation Zeichen eines Politik- oder Staatsversagens ist. Eine vitale Kernfunktion wird von vielen Staaten vernachlässigt. Die Gesundheitssituation kann zugleich Staatsversagen vorhersagen. Bei 113 Fällen von Staatsversagen waren vor allem die folgenden drei Faktoren vorausgegangen: hohe Kindersterblichkeit, geringe Demokratisierung und Handelsbeschränkungen. (State Failure Task Force 1999) Staatsversagen führt in aller Regel zu Konflikten, Kriminalität und Terrorismus. Konflikte gibt es vor allem in Staaten der armen Welt. Investitionen in die Gesundheit sind dementsprechend Investitionen in die Stabilität von Gruppen und Staaten, in soziales Kapital. Gesundheitsförderung und Armutsbekämpfung werden zur strategischen Notwendigkeit für Friedenssicherung, Krisenprävention und Konfliktminderung, sind nicht mehr nur ein humanitäres Anliegen. Das erhellt auch aus folgendem:

- Krankheit ist ein Faktor für sozialen Zusammenbruch und auch von familiärem Zusammenbruch mit sozialen Folgen.
- Krankheit verkürzt die Lebenserwartung und macht Menschen konfliktbereiter.
- Individuelle Gesundheit leidet ohne politische und wirtschaftliche Freiheit.
- Soziale Faktoren (Chancenzugang, Zusammenhalt, Isolation, Stress) haben Einfluss auf die Gesundheit und Krankheit auf diese sozialen Faktoren.

Ein amerikanisches außenpolitisches Beratungskomitee schlussfolgert: „Die Vereinigten Staaten können wesentliche nationale und internationale Vorteile erringen, wenn sie in ihrer Außenpolitik Gesundheit stark betonen. Öffentliche Gesundheit weltweit zu unterstützen wird die nationale Sicherheit der USA stärken, ihren Wohlstand zu Haus und im Ausland steigern und Demokratie in Entwicklungs- und Übergangsländern fördern.“ (Kassalow 2001)

Krisen und Konflikte grassieren in der armen Welt – menschlich und natürlich verursachte, wobei Gesundheitsprobleme zumeist menschlich und zugleich natürlich verursacht sind, weil manches hätte präveniert werden können, sowohl vom Einzelnen als auch vom Staat. Auch Gesundheitskrisen sind Zeichen relativen Staatsversagens.

- Katastrophale Krisen sind alltäglich - nicht die spektakulären, die die Aufmerksamkeit der Medien und der Welt erregen, sondern die lebensbedrohenden, die „nur“ Familien treffen, insbesondere die armen. Bei vielen Familien - auch Mittelklassefamilien - führen solche „privaten“ Krisen zu (weiterer) Verarmung und verhindern unternehmerische Tätigkeiten. Sie dienen Terroristen gern als Erfahrungshintergrund und Legitimation ihrer Taten.
- Krankheiten und Unfälle sind Katastrophenherde: Familiäre Krisen sind zumeist bedingt durch plötzliche Krankheiten oder Unfälle von Familienangehörigen. Das wird verstärkt durch die Tatsache, dass sehr viele Krankheiten wenig kosten und sehr wenige Erkrankungen sehr viel und dass die meisten Armen keinen fairen Zugang zu kurativmedizinischen Leistungen haben. Wegen familiärer Solidarität und fehlender sozialer Absicherung solcher Risiken führt das sehr oft zu Verarmungsprozessen, die die gesamte Familie betreffen.
- Familienkrisen verringern Unternehmertum: Wegen der im Einzelfall kaum kalkulierbaren Risiken durch (direkte und indirekte) hohe Krankheitskosten ist die unternehmerische Bereitschaft vieler armer Familien gebremst. Wenn es keine Risikoversicherung gibt gegen katastrophale Krankheitsfälle, dann wird ein Armer – aufgrund seiner Evidenzen - dieses Risiko kaum eingehen. Die Weltbank sagt: „der Körper ist das hauptsächliche Vermögen der armen Leute, aber es ist ohne Versicherung.“ (Bloom 2001)
- Viele Krankheitskrisen sind prävenierbar: Viele Gesundheitsrisiken können durch Prävention und Selbsthilfe so reduziert werden, dass familiäre Krisen verhindert oder vermindert werden. Das betrifft vor allem die bei den Armen vorrangig auftretenden Durchfall- und Atemwegserkrankungen, die durch den sich wechselseitig verstärkenden Zusammenhang zwischen körperlicher Schwäche und Infektion bei Kindern und Alten leicht zu lebensbedrohenden Gefahren ausarten können.
- Partizipative und effektive Krisenprävention: Krisenprävention darf sich nicht nur auf spektakuläre Krisen von oben herab konzentrieren, sondern muss (auch und gerade) die Lebenskrisen von armen Familien zum Ausgangspunkt nehmen, im Rahmen der

Armutsbekämpfung von unten her das Fundament zu schaffen für eine durch die Bevölkerung mitgetragene Krisenprävention. Das benötigt zwei Säulen:

- Befähigung (empowerment) von Familien(angehörigen) für Prävention und Selbsthilfe durch Programme, die gemeinsam vom Bildungs- und Gesundheitssektor getragen werden – dabei wird es auch um die Befähigung zur „unternehmerischen“ Selbsthilfe gehen,
- faire Krankheitsversorgung bei katastrophalen Krisen von Armen durch Gesundheitsdienste und Maßnahmen der Risikoabsicherung, die die familiären finanziellen Folgen von Krisen abfedern.

Relatives Staatsversagen äußert sich auch in starker sozialer Ungleichheit. Ob dies die Gesundheit beeinflusst, wird kontrovers debattiert:

- Einkommensungleichheit ist kein Gesundheitsrisiko. Menschen, die leben, wo es mehr Ungleichheit gibt, sterben dennoch nicht eher. (Deaton 2001)
- Ungleichheit ist ein guter Prädiktor für Krankheit. Ungleiche Gesellschaften haben eine um 10 Jahre verkürzte Lebenserwartung als gleiche. (Bloom 2001)

Diese Diskrepanzen bedürfen der Aufklärung. Metaanalysen über solche Zusammenhänge wären hilfreich. Dadurch könnte das Thema ‚Staatsversagen und Gesundheit‘ besser geklärt werden.

Die Schwäche der Nationalstaaten und das Aufkommen von Schurkenstaaten im Prozess der territorialen Zersplitterung vormaliger Weltreiche verhilft der Idee eines universellen Menschenrechts und der Bereitstellung öffentlicher Güter – auch gegen einzelstaatliche Interessen – zu neuem Profil. In diesem Zusammenhang gibt es theoretisch zwei Alternativen: Entweder man vergisst den Staat und gestaltet und fördert Leben und Überleben der Menschen im Rahmen einer neuen Allianz-Architektur oder man fordert und goutiert Good Governance und Stewardship und trägt damit bei zu einer Weltstrukturpolitik der neuen Art. Es sollte den Versuch wert sein. Wie sie praktisch gefördert werden kann, ist noch unklar. Klar ist, dass Verhandlungen mit transnationalen Pharmafirmen über „gerechte“ Preise ein wichtiger Prüfstein sein werden. Stewardship und good governance wird im Interesse der Allgemeinheit auch und gerade von der Geschäftspolitik privater und halböffentlicher Institutionen gefordert werden. Das werden nicht immer freiwillige und unstrittige Dialoge sein. Globale Interessenallianzen werden dabei eine laute und hörensweite Rolle spielen.

Dominant sind zurzeit Analysen. Der Weltgesundheitsbericht 2000 verglich die Gesundheitssysteme gemäß Güte und vieler anderer Merkmale. Das Kriterium der Fairness ist sehr prominent geworden. Auch das der Rechenschaftspflicht und der Verantwortlichkeit des Staates und anderer (beauftragter) Akteure. Dieser Mode der Gesundheitssystemdiagnostik fehlt noch eine Therapie, nachdem die der letzten Dekade recht kurz gegriffen hatte: Sektorreformen. Die modernen Reformversuche im Gesundheitswesen haben „überraschend wenig gebracht“ (Davis 2001). Als Erklärung suchte man neben Professionellem und Technischem nach dem, was das Gesundheitswesen im Innersten zusammenhält und brachte es allmählich auf den Begriff: Stewardship. So ist denn die Suche nach dem guten Politiker und dem guten Staat der etwas hilflos erscheinende Ausweg aus Diagnosen, die immer wieder zu dem Ergebnis kommen, das auch die WHO als eine Art Myopie diagnostizierte hatte: Kurzsichtigkeit, Tunnelblick, Einäugigkeit statt Stewardship. (WHO 2000)

Sollen Gesundheit und Gesundheitswesen in der Hand von Regierungen belassen werden? Die Gemeindebeteiligung im Gesundheitswesen kann zu einer „Volksbewegung für sozialen Wandel“ (Oakley 1999) werden, lautet die Hoffnung aufgrund vieler guter Erfahrungen und der Sisyphos-Arbeit Einzelner. Mühsam waren und sind die Erfolge der Partizipation auf unterschiedlichen Ebenen. Was sich herauschälte war, dass zu einer guten Bevölkerungsbeteiligung eine gute Basisausbildung gehört, auch und gerade für Frauen und Mädchen. Investitionen in Bildung und Gesundheit führen zu einer aufgeklärteren Bevölkerung, die sich z.B. gegen unsinnige Politiken einsetzt, was Ressourcen freisetzt für wirtschaftliche Entwicklung – so argumentiert Sen. Der Menschenrechtsansatz fordert „Empowerment an den Graswurzeln“. (Sen 1999) Nur von hier aus kann eine effektive Kontrolle einer Good Governance und einer Stewardship erfolgen. Bislang herrscht jedoch Macht- und Sprachlosigkeit, was sich konsequent in einer prekären Situation sozialer Dienstleistungen für die Armen niederschlägt.

Interessant könnte der Vergleich sein mit einem in Deutschland (noch relativ breit) herrschenden Grundkonsensus über Solidarität und Subsidiarität; diese Werte haben ein Jahrhundert überstanden. Sie haben dazu geführt, dass – natürlich mit Abstrichen – über viele Jahre hinweg eine relativ gute Stewardship gegeben war. Die Existenz einer freien Presse und eines Sozial- und Rechtsstaates spielten dabei eine wesentliche Rolle. Auf diesem Gebiet kann das heutige Deutschland einen Beitrag leisten zu einer Weltstrukturpolitik, die sich nicht auf „Führer“ kapriziert, sondern auf die gesellschaftliche Verteilung von Verantwortlichkeiten im Rahmen der Subsidiarität, auf sozial- und rechtsstaatliche Checks and Balances und auf einen breiten Konsensus über Solidarität. Das deutsche Gesundheitswesen ist trotz all seiner augenblicklichen finanziellen Schwächen ein gutes Beispiel für solch eine sektorale und soziale Strukturpolitik. Sie könnte richtungweisend sein und einen beispielhaften Beitrag leisten für eine Weltstrukturpolitik. Nach dem Fall der Mauer muss auch Deutschland inhaltlich, philosophisch und ideologisch in die Weltwertediskussion eintreten und eingreifen.

Gute Politik, politischer Wille und eine günstige institutionelle Umgebung führen zu Gesundheitsverbesserungen und diese schaffen wichtige Voraussetzungen für wirtschaftliche Entwicklung. Deswegen ist es nicht verwunderlich, dass auch der Weltwährungsfond ein Büchlein über „Good Governance“ schreiben ließ und sie einfordert (IMF 1997), weil sie wesentlich sei für wirtschaftliche Erfolge. Sie funktioniert nur, wenn durch eine aufgeklärte, „ermächtigte“ und machtvolle Bevölkerung Menschenrechte „von unten her“ eingefordert werden. Die Art und Weise, wie sich eine Gesellschaft organisiert, welche Freiheiten und Chancen sie bietet und wie stark sie sich von ihren Bürgern kontrollieren lässt, hat einen starken Einfluss auf die Entwicklung. *Mens sana in corpore sano*.

## 6. Gesundheit fordert und fördert Armutsbekämpfung

Armut hat viele Dimensionen. Philosophen und Sozialwissenschaftler haben sehr wichtige Aspekte benannt, die die sozialen, psychologischen, politischen und wirtschaftlichen Bezüge der Armut ausmachen sollen. Die Weltbank befragte 60.000 Arme und resümierte ihre Eindrücke über „Machtlosigkeit und Schlechtgehen“ der Armen in negative Aspekte der Kategorien Lebenshaltung, Fähigkeiten, Institutionen, Organisationen, Verhalten, Sicherheit, soziale Beziehungen, Orte, Körper, Geschlechterbeziehungen. (Narayan 1999 und 2000) Auch die OECD unterstreicht die sehr vielen Dimensionen der Armut. (OECD 2001) Nach den Erfahrungen mit dem Zusammenbruch des Ostblocks kam hinzu, dass man jetzt mehr denn je zwischen angestammter und plötzlicher Armut unterscheiden muss, die durch Wirtschaftskrisen auf Makroebene und Gesundheitskrisen auf Mikroebene verursacht wird.

Die Weltbank beginnt ihr epochales Werk über die „Stimmen der Armen“ mit dem Satz: „Es gibt 2,8 Milliarden Armutsexperten, die Armen selbst.“ (Narayan 2000) Natürlich gibt es viele Aspekte und Dimensionen der Armut, aber nach Ansicht der Armen ist Krankheit eine besonders wesentliche Konsequenz und ein sehr häufiger Ausgangspunkt für Armut, auch in Mittelklassefamilien. Gesundheit ist ein Kernproblem der Armut. So sehen es die Armen selbst. Problematisch ist vor allem, dass die Gesundheitsausgaben im individuellen Fall unvorhersehbar und bisweilen sehr hoch sind. Familiäre Solidarität gebietet dann, dass ganze Familien verarmen. Verarmte Familien sind aufgrund ihrer Erfahrungen und der ihrer Nachbarn sehr risikoscheu und wenig geneigt, unternehmerisch tätig zu werden, weil sie schnell alles wieder verlieren könnten.

Krankheit verstärkt die Armutsfallen. Krankheit ist nicht nur durch Armut verursacht, sondern produziert sie auch. Es besteht ein Teufelskreis aus Armut, Infektion und Mangelernährung. Immer noch werden Ernährungsprobleme unterschätzt. Erschwerend kommt das Problem zu großer Familien hinzu. Zu große Familien führen zu Armut. Und Armut und Krankheit führen zu großen Familien. Arme Eltern brauchen viele Kinder, um im Alter überleben zu können. Armut, Krankheit und Bevölkerungswachstum sind ein *Circulus Vitiosus*.

Der Aktionsplan Armutsbekämpfung des BMZ zielt auf ganz wesentliche Bereiche in diesem Zusammenhang:

1. Ausweitung der wirtschaftlichen Möglichkeiten („opportunity“) der Armen
2. Stärkung ihrer politischen Beteiligung („empowerment“)
3. Schaffung ausreichender Sicherheit („security“)

sowie auf Maßnahmen der Verbesserung der globalen Rahmenbedingungen. Das BMZ fördert schwerpunktmäßig in der Armutsbekämpfung „die produktiven und schöpferischen Fähigkeiten der Armen, damit sie durch Selbsthilfe und eigenständiges Wirtschaften ihre Bedürfnisse besser befriedigen können.“ (BMZ 1999) Das Leitmotiv könnte heißen: Empowerment in Sicherheit eröffnet Chancen! Zu dieser Sicherheit gehört auch und vor allem eine Gesundheitsversorgung, die die Armen bei schweren Krankheitsfällen nicht weiter verarmt und zum Empowerment gehört vor allem eine Befähigung zu Prävention, Selbsthilfe und (familienökonomischer) Selbständigkeit. Gesundheit ist damit nicht mehr ein eigenständiger Bereich, sondern integraler Bestandteil der Armutsbekämpfung. Das ergibt sich auch daraus, dass im Gesundheitszustand der Bevölkerung sich am deutlichsten die Malaise ihrer Armut niederschlägt: mangelnde Bildung, Ernährung, Wohnung und Arbeit sind sehr wesentliche Krankheitsverursacher wie auch fehlendes Trinkwasser.

Manche Arme können sich selbst nicht helfen, sondern brauchen soziale Hilfen, bis dass einige von ihnen (wieder) selbsthilfefähig werden. Für die notleidenden, sich nicht selbst versorgen könnenden Armen - das sind vor allem Kinder und Alte und die sie Betreuenden - bedarf es eines sozialen Netzes, das auch die Weltbank neuerdings in ihren Aktionsplan aufgenommen hat. Notlazarette und Suppenküchen gehören auch zum Arsenal armutsorientierter Gesundheitshilfe. Im Übrigen interagieren die Interventionsbereiche. „Die verschiedenen Dimensionen der Armut interagieren stark. Gleiches gilt für die Interventionen, das Wohlbefinden der armen Leute zu verbessern. Steigende Bildung führt zu besserer Gesundheit. Eine Verbesserung der Gesundheit steigert das Einkommenspotential. Ein Sicherheitsnetz erlaubt es armen Leuten, risikoreichere und vielversprechendere Aktivitäten zu unternehmen. Und die Beseitigung der Diskrimination gegen Frauen, ethnische Minoritäten und andere benachteiligte Gruppen verbessert ihr Wohlbefinden und vergrößert ihre Fähigkeit, ihre Einkommen zu erhöhen.“ (World Bank 2001)

## 7. Gesundheit fördert und fordert Wirtschaftspolitik

Gesundheit ist nicht nur eine Folge von wirtschaftlicher Entwicklung, sondern gleichzeitig eine ihrer wesentlichen Ursachen. Auf diesen Nenner lassen sich viele neuere Erkenntnisse bringen. Sie widersprechen den Vermutungen einiger Ökonomen, die dezidiert der Auffassung waren, dass das Gesundheitswesen vor allem zum Bevölkerungswachstum beitrage und damit die Wirtschaft störe und das Prokopfeinkommen senke.

Die Geschichte Englands schien das zu belegen. Die Studien von McKeown hatten recht deutlich gemacht, dass Verbesserungen der Gesundheit im Wesentlichen wirtschaftlichen Entwicklungen folgten und weniger dem öffentlichen Gesundheitsdienst mit all seinen technologischen Neuerungen. (McKeown 1976) Neuere Untersuchungen relativieren diese Thesen jedoch in dem Sinne, dass vorausgehende Maßnahmen für öffentliche Gesundheit den Rückgang der Sterblichkeit in England im späten 19. Jahrhundert eingeleitet hätten „und nicht die ‚unsichtbare Hand‘ der allgemeinen Entwicklung“. (Vennemann 2001) 30 % des Anstiegs des Prokopfeinkommens in England zwischen 1780 bis 1979 könnten einer Verbesserung von Gesundheit und Ernährung zugeschrieben werden. (Bloom 2001) In England hatte es im vorvorigen Jahrhundert hohes Wirtschaftswachstum gegeben ohne nachfolgende Verbesserungen der Gesundheit, in Schweden war es umgekehrt. Es gibt nur geringe Anzeichen dafür, dass Perioden starken wirtschaftlichen Wachstums von Perioden stark verbesserter Gesundheit gefolgt werden. Jedoch: „Im großen und ganzen gibt es einen Zusammenhang zwischen Einkommen und Langlebigkeit.“ (Sen 1999)

Aufstieg und (gedämpfter) Fall der südostasiatischen Tigerstaaten sind das aktuelle, gern zitierte Exempel für solche Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Wirtschaft und Wirtschaftsversagen.

- Statistisch gilt als erwiesen, dass Gesundheitsverbesserungen ein Drittel des ostasiatischen Wirtschaftswunders der vorletzten Dekaden erklären. Investitionen in Erziehung und Wohnungsbau und eine recht gleichmäßige Einkommensverteilung waren ein anderer Faktor. Ein dritter schließlich war das, was anderenorts als Wachstumsfalle gilt: die durch gute



Gesundheitsdienste produzierte Baby-Boom-Blase in dem Sinn, dass junge und dynamische Arbeitskräfte produktiv eingesetzt wurden. Auch Nobelpreisträger Sen stellt fest, dass in Südostasien – vor allem in Südkorea - stärker in Grunderziehung, Basisgesundheit und Landreform investiert wurde und dass deshalb wirtschaftlicher und sozialer Aufschwung gleichzeitig erreicht wurde, anders als in Pakistan, Indien oder Brasilien, wo hohes Wachstum nicht zu sozialen Verbesserungen führte. (Sen 1999)

- Die asiatische Wirtschaftskrise der 90er Jahre konnte deswegen die Gesundheit dort nicht so sehr tangieren, wie anderswo, wo Basiserziehung fehlt. In Thailand sanken zwar die Gesundheitsausgaben um 24 %, die Menschen substituierten aber Gesundheitsversorgung durch Selbstmedikation und tranken und rauchten weniger. (Tangcharoensathien 2000) Anders in anderen Ländern, wo sich nach wirtschaftlichen und politischen Krisen klare gesundheitliche Verluste ergaben. In vielen Ländern Afrikas, in den Gebieten der früheren Sowjetunion, nach den Krisen in Mexiko und Brasilien, vor allem auch in Ländern mittleren Einkommens hatten unerwartete Arbeitslosigkeit, Arbeitsplatzunsicherheit und zunehmende Einkommensungleichheiten negative Gesundheitsdividenden, vermittelt durch den Zerfall von Normen, sozialer Kohäsion, Unsicherheit, Kriminalität, Korruption, etc. Zwischen 1990 und 2000 gab es eine Exzesssterblichkeit von 4 Millionen Menschen in Weiß-Russland, Russland und der Ukraine. (Cornia 2001)

Aus solchen Fallbeispielen wurden erste Lehren gezogen:

- Sen verweist auf die guten sozialen Erfolge der Politik in Kerala, Sri Lanka, Costa Rica und dem Vorreform-China, die ohne großes wirtschaftliches Wachstum die Langlebigkeit ihrer Bürger deutlich verbesserten. Er nennt diese Politik eine „unterstützungsgeleitete“ Politik, die auf einer geschickten Verbindung zwischen Bildungs-, Gesundheitsprogrammen und anderen sozialen Arrangements beruht. Wirtschaftswachstum macht die Menschen nicht automatisch gesünder. Brasilien, Südkorea und Taiwan sind darin sehr unterschiedlich. Um Menschen gesünder zu machen, braucht es nicht unbedingt eines starken Wirtschaftswachstums, wie Kerala und Sri Lanka zeigen. Die Art und Weise, wie sich eine Gesellschaft organisiert, welche Freiheiten und Chancen sie bietet und wie stark sie sich von ihren Bürgern kontrollieren lässt, hat einen starken Einfluss hierauf. Lateinamerika verspielte in diesem Sinne seine wirtschaftlichen Chancen in den letzten Dekaden, weil es nicht genug auf Investitionen ins Humankapital setzte.
- Sen argumentiert auch, dass die afroamerikanische Bevölkerung in den USA deutlich höhere Einkommen und deutlich geringere Überlebenschancen im Erwachsenenalter habe als die ärmeren Chinesen und Einwohner von Kerala. Einkommen kann einen positiven Einfluss haben, muss es aber nicht. Soziale Arrangements und Beziehungen wie öffentliches Gesundheitswesen, Bildung, Gesetz und Ordnung, Gewaltprävalenz, etc. intervenieren stark.
- Die wirtschaftlichen Krisen in Mexiko, Argentinien, Brasilien, Südostasien, der früheren Sowjetunion und die Folgen der Strukturanpassungsprogramme zeigten der Weltbank, „dass Wachstum und begründete volkswirtschaftliche Politiken notwendig, aber nicht hinreichend sind für nachhaltige Armutsminderung. Schockresistente Risikomanagementprogramme mit Sicherheitsnetzen, Einkommensunterstützungssysteme für die Älteren und gut funktionierende Arbeitsmärkte mit sozialen Sicherheiten sind wesentlich, um Armut langfristig zu vermindern und um schon gemachte Gewinne zu schützen.“ (World Bank 1999) Strategische Implikationen des Staatsversagens folgen: Militäreinsätze, eigene Wirtschaftsverluste, internationale Kriminalität und Drogenhandel, Umweltzerstörung, übertragbare Krankheiten. (Sachs 2001b)
- Das Versagen makroökonomischer Ratschläge in tropischen Ländern ließ den zurzeit wohl bekanntesten Ökonomen der Welt nicht ruhen. Er schlug ein Modell der „tropischen Unterentwicklung“ vor und argumentiert, dass nachhaltiges Wirtschaftswachstum in den Tropen dreierlei braucht: (a) Einfuhr von Nahrungsmitteln durch internationalen Handel, (b) Deviseneinnahmen durch Nicht-Nahrungsmittel-Exporte (z.T. um Nahrungsmittel kaufen zu können) und (c) Kontrolle tropischer Krankheiten. Besonders wichtig ist ihm die massive Bekämpfung von Infektionskrankheiten dort. (Sachs 2001d)

Vor dem Hintergrund solcher anekdotischer Fälle begannen Makroökonomien ökonomisch mit multivariaten Verfahren zu testen, wie es zeitverzögert um die statistischen Zusammenhänge zwischen

Wirtschaft und Gesundheit bestellt sei. Dabei geht es vor allem um die Quellen langfristigen Auf- und Abschwungs. Einige Ergebnisse:

- Länder mit einem guten Wert im Human Development Index erreichen ein robustes und stabiles Wirtschaftswachstum mit durchschnittlich 2.3 % pro Jahr, die mit einem mittleren Indexwert 1.9 % pro Jahr und die übrigen hatten kein Wachstum, sondern Wirtschaftskrisen. (Commission 2001)
- Länder, die sich abgesehen von einer Lebenserwartungsdifferenz von 5 Jahren nicht unterscheiden, haben ein um 0,3-0,5 % höheres Wachstum des Prokopfeinkommens. (Bloom 2001)
- Arme Länder mit einer geringeren Säuglingssterblichkeitsrate produzieren mehr als dreimal so viel Wachstum wie Länder mit hohen Gesundheitsrisiken. (Commission 2001)
- In Mexiko bringe jedes gewonnene Jahr in der Lebenserwartung nach 15 Jahren einen Anstieg des Bruttosozialprodukts von 1 %. (WHO 1999)
- 40 % der Mortalitätsunterschiede zwischen Ländern (aber auch nicht mehr!) können durch Einkommensunterschiede erklärt werden. (Filmer 1999)
- Wäre Malaria vor 35 Jahren in Afrika eradiziert worden, wäre das Bruttoinlandsprodukt 100 Mrd. Dollar höher. (Sachs 2001a)
- Länder mit verbreiteter Malaria haben nur 33 % des Einkommens von Ländern ohne Malaria (tropische Lage, koloniale Last und geographische Isolation herausgerechnet). (Gallup 2001)
- In Ländern mit niedrigem Pro-Kopf-Einkommen ist Gesundheit ein bedeutender Faktor für das Wirtschaftswachstum. (Sachs 2001a)
- Der statistische Zusammenhang zwischen Bruttosozialprodukt (BSP) und Lebenserwartung fällt in sich zusammen, wenn Armut und Ausgaben für öffentliche Gesundheit herausgerechnet werden. (Sen 1999) Das BSP muss vor allem erst einmal das Einkommen der Armen anheben und auch die Ausgaben für den öffentlichen Gesundheitsdienst, um einen Einfluss auf die Lebenserwartung zu erhalten. Es kommt darauf an, für wen und was das BSP genutzt wird.

Schlussfolgerung ist, dass Gesundheit wesentlich ist für die Volkswirtschaft: „eine zentrale, langfristige Antriebskraft für wirtschaftliches Wachstum“ (Sachs 2001c) Gesundheit ist aber auch wesentlich für die Haushaltsökonomie und diese ist wesentlich für die Armen: weniger Zeit- und Geldausgaben für die Betreuung Kranker, bessere körperliche und geistige Entwicklung, besseres Mitkommen in der Schule und größere Arbeitsproduktivität. Myriaden von Einzelfallstudien belegen das.

- Ein positives Beispiel: Gesunde Arbeiter sind produktiver, fehlen seltener und erzielen höhere Einkommen.
- Ein negatives Beispiel: Ein Malariaanfall kostet 4000 Kilokalorien – das ist der Energiebedarf von 2 Tagen.
- Ein grauenhaftes Beispiel: 20 % der Arbeitskraft geht in Afrika durch AIDS verloren.

Krankheiten kosten mehr, als die Gesundheitsversorgung ausgibt. Die direkten und indirekten Kosten der Krankheit für die Betroffenen und ihre Familien sind sehr hoch. Die leichter messbaren sind die Kosten der Behandlung und des Einkommensverlustes, sowie der Wege- und Betreuungskosten. Teurer sind die von Leid und Pein; die Zahlungsbereitschaft der Menschen, dies zu vermeiden, ist nachgewiesenermaßen sehr hoch. Darüber hinaus müssen Auswirkungen auf die nächsten Generationen und auf die Gesellschaft als Ganzes in Rechnung gestellt werden. Sinkende Profitabilität von Unternehmen durch hohe Personalausgaben ist nur ein Beispiel. Vor allem aber: arme und kranke Menschen haben viele Kinder und tragen damit zu einem zu hohen Bevölkerungswachstum bei. Das ist eine Folge mangelnder sozialer Sicherheit und eine private Absicherung armer Leute gegen die Risiken der Gesundheit und des Alters. Kopf und Körper sind das wesentliche Kapital der Armen. Dieses Kapital braucht Sicherheit. Es nicht als öffentliches Gut bereitzustellen, kostet die Gesellschaft sehr viel.

Der volkswirtschaftliche Berater der Weltgesundheitsorganisation resümiert Makro- und Mikrostudien: “Das Gewicht der Evidenz zeigt stark, dass Investitionen in die öffentliche Gesundheit genau ins Zentrum der wirtschaftlichen Entwicklungsstrategie platziert werden müssen, in gleicher

Weise wie Investitionen in die Bildung.” (Sachs 2001c) Andererseits: Wirtschaftswachstum ermöglicht die Verbesserung der Lebensqualität, garantiert sie aber nicht.

Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen ist die andere Seite der Medaille dieses Themas. Der Weltentwicklungsbericht 1993 hatte sehr deutlich darauf hingewiesen: Uneffiziente Ver(sch)wendung von Ressourcen im Gesundheitswesen ist gang und gebe. Wenn nur die Hälfte des Geldes anstelle für Krankenhäuser für öffentliche Gesundheit ausgegeben würde, könnte die Krankheitslast in armen Ländern um 25 % verringert werden. (World Bank 1993) „Gerechtigkeit und Effizienz gehen Hand in Hand“ (Feachem 2000) bei der Gesundheitsversorgung für die Armen, da gerade für deren Krankheiten sehr kostengünstige Heilmittel vorhanden sind und da sie – aufgeklärt und fortgebildet – selbst sehr viel dafür tun können. Ein uneffizientes Gesundheitswesen ist ein Betrug an den Armen – mit dem ersparten Geld könnte man so viele Menschenleben retten und Leiden lindern. Wirtschaftlichkeit ist angewandte Ethik.

## 8. Gesundheit im gesellschaftlichen Zusammenhang

Gesundheit, Gesundheitswesen und Gesellschaft (hier vor allem die Wirtschaft) stehen in einem engen wechselseitigen Zusammenhang. Jede Komponente beeinflusst jede andere Komponente ganz wesentlich:

- Die Wirtschaft beeinflusst die Gesundheit: Es gibt nicht nur genetische Einflüsse und Einflüsse der natürlichen Umwelt auf die Gesundheit, sondern auch (indirekte) Einflüsse von Struktur und Entwicklung der Gesellschaft und der Wirtschaft und somit auch der Wirtschafts- und Sozialpolitik. Diesen Einflüssen nachzugehen ist eine Aufgabe einer breit verstandenen Sozial- und Wirtschaftsätiologie, wie sie von der makroökonomischen Kommission der WHO angegangen wurde, um Ökonomen und Verwalter besser überzeugen zu können und eine Lobby zu finden.
- Die Gesundheit beeinflusst die Gesellschaft: Gesundheit ist ein wichtiger Produktionsfaktor. Leistungen für die Gesundheit sind nicht bloß Konsumption, sie sind auch Investition. Sie schaffen die notwendige Voraussetzung für den Wirtschaftsprozess. Das Konzept des Humankapitals versucht, diese Beziehungen zu verdeutlichen. Es ist wahrscheinlich das Schlüsselkonzept für eine „neue“ Entwicklung in dem Sinne, dass Kopf und Körper wesentlicheres Kapital sind als Geld und Güter.
- Die Wirtschaft beeinflusst das Gesundheitswesen: Die Wirtschaft - d.h. Wirtschaftsstand, -entwicklung, -struktur und -politik - beeinflusst das Gesundheitswesen in erheblichem Maße, quantitativ durch das für Gesundheit verfügbare Ausgabenvolumen, qualitativ durch die Art der auf die Gesundheit und auf andere Wirtschafts- und Sektoren gerichteten Politiken, die das Gesundheitswesen beeinflussen. Soziale Marktwirtschaft und soziale Krankenversicherung sind gar nicht so schlechte Beispiele zum Vorzeigen.
- Das Gesundheitswesen beeinflusst die Wirtschaft: In reichen Ländern ist das Gesundheitswesen kein unbedeutender Zweig der Wirtschaft, keine unwesentliche Branche. Sein Beitrag zur nationalen Wertschöpfung ist in allen entwickelten Ländern hoch und steigt weiter an. Seine ausgeprägte Personalintensität hat arbeitsmarktpolitische Auswirkungen; seine Vorleistungsintensität beeinflusst unter anderem pharmazeutische Industrie, Biotechnologie und Medizintechnik, die in manchen exportorientierten Wirtschaften eine bedeutsame Stellung haben. Gesundheitspolitiken haben ihre Rückwirkungen auf die Wirtschaft. Sie wurden bislang viel zu wenig beachtet. Insbesondere ihre globalisierten Auswirkungen auf die arme Welt wurden bislang viel zu wenig ernst genommen. Der Streit um die für die arme Welt zu hohen Preise für AIDS-Arzneimittel ist ein Beginn für interessante globale Debatten.
- Das Gesundheitswesen beeinflusst die Gesundheit: Wenn Wirtschaft und Wirtschaftspolitik Einfluss auf die Gesundheit nehmen, dann ist das Gesundheitswesen nur einer neben anderen Faktoren der Prävention, Heilung und Rehabilitation - sicherlich ein wichtiger. Andererseits gibt es auch Gefahren, z.B. iatrogenen Art. Drittens könnte im Sinne der Opportunitätskosten ein anderes Gesundheitswesen möglicherweise positivere Nettoeffekte haben, beispielsweise eins, das mehr auf Selbsthilfe setzt und von Geschichte und Gegenwart der Selbsthilfebewegungen in Deutschland lernt. Auch diese Beziehungen gehören intensiver untersucht.

- Die Gesundheit beeinflusst das Gesundheitswesen: Die Frage, ob sich ein Gesundheitswesen durch mehr Prävention überflüssig macht, ist natürlich eine Scheinfrage. Sie verweist aber auf Einflüsse des Gesundheitsstandes der Bevölkerung als Nachfragefaktor auf das nötige Angebot an Gesundheitsleistungen, z.B. Pflegeleistungen bei einer älter werdenden Bevölkerung. Auf einer Meta-Ebene stellt sich die Frage, ob Gesundheit und ihre Erhaltung wirklich Orientierungspunkt des Gesundheitswesens sind oder ob eher klinische und medizinische Traditionen das Gesundheitswesen bestimmen. Neue Antworten auf diese Frage könnten unser Gesundheits-Weltbild ändern, in dem die Gesundheit Orientierungspunkt wird und weniger die Krankheit - Gesundheit als die Fähigkeit und Bereitschaft, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben gern zu leben und zu gestalten.

Aus dieser Systemsicht von Gesundheit und Gesundheitswesen wird deutlich, dass Gesundheitspolitik auch Wirtschafts- und Sozialpolitik ist. Wir Vertreter des Gesundheitssektors stehen nicht in einer sektoralen Ecke, sondern sind beteiligt am globalen Diskurs über die Zukunft, nicht nur die eines Krankenhauses, eines Landes oder Kontinents, sondern über die Zukunft der Menschheit.

## 9. Folgerungen und Forderungen

Die zunehmende Erkenntnis der Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Wirtschaft, Politik und Entwicklung veranlasst nunmehr einige der Weltelite der Ökonomen, Gesundheit in einem ganz neuen Licht zu sehen. Dabei geht es nicht mehr nur um eine paritätische Aussage, dass gute Gesundheit und wirtschaftlicher Wohlstand einander sich unterstützen. Gesundheit wird vielmehr als ein wesentlicher Faktor für die Entwicklung angesehen.

- Jeffrey Sachs (Sachs 2001d) argumentiert: „Wir müssen die öffentliche Gesundheit in armen Ländern ernst nehmen, wenn wir wirtschaftliche Entwicklung ernst nehmen wollen.“ „Die internationale Antwort auf die schwere Krankheitslast in den armen Ländern war schockierend, ja skandalös unzureichend.“ „Was wir haben, ist die Evidenz. Deswegen ist es jetzt besonders wichtig, klar und offen darüber zu sprechen, was diese Evidenz zeigt und die Sache voranzutreiben.“ Die Weltgesundheitsorganisation resümiert: „Gute Gesundheit ist nicht nur ein Gut eigenen Rechts, sondern eine der machtvollsten Entwicklungsstrategien, über die wir verfügen.“ (Brundtland 2001)
- Der Wirtschaftsnobelpreisträger Amartya Sen nennt es „falsche Ökonomie“ (Sen 1999), in armen Ländern Investitionen in Gesundheit zu verzögern, da die sozialen Sektoren sehr arbeitsintensiv sind und Arbeitskraft in armen Ländern relativ billig ist. Die Kosten angemessener Gesundheits- und Erziehungsprogramme sind dort deutlich geringer als in reicheren Ländern. Eine falsche Ökonomie verkennt den Vorteil relativer Preise und Kosten bei der Entscheidung darüber, was sich ein Land leisten kann.
- Auch bei Entwicklungsfachleuten in Deutschland setzt sich diese Erkenntnis durch: „Die Schlüssel zur Entwicklung sind Bildung und Gesundheit. Deshalb brauchen wir mehr Krankenhäuser, mehr Schulen, mehr Lehrmittel, vor allem besser ausgebildete Lehrer. Auch die Weltbank sagt, Investitionen in Bildung, insbesondere in die Bildung von Mädchen, bringen die höchste entwicklungspolitische Rendite. In vielen Ländern der Dritten Welt aber sind sogar die Lehrer halbe Analphabeten.“ (Nuscheler 2001)

Fazit und Mandat ist, von einer ‚gesundheits-geleiteten Entwicklung‘ zu sprechen und den Nachweis eines ‚Wachstums für die Armen‘ zu fordern. „Gesundheit kann genutzt werden, um Entwicklung zu leiten und ist ein besonders wichtiges Werkzeug zur Armutsbekämpfung.“ (Bloom 2001)

Das in die Tat umzusetzen bedarf einer ‚aufgeklärten Führung‘, die sich des wesentlichen Zieles und des richtigen Weges der Entwicklung bewusst ist. „Entwicklung muss sich zuerst damit befassen, 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.“ (Sen 1999) Gleichzeitig begreift Amartya Sen Armut „als ‚Verlust von Fähigkeiten‘, bei dem ein Mensch ‚wesentliche Freiheiten‘ nicht hat, die er braucht, um ‚die Art des Lebens zu führen, die er schätzt‘.“ (Sen 1999b) Diese Freiheit hat ihm zufolge zwei Komponenten: Chancen und Sicherheit. „Chancen brauchen Bildung und einen Spielraum von politischen und wirtschaftlichen Freiheiten.“ Sicherheit bezieht sich zunächst auf den Körper als wesentlichen

Aktivposten bzw. Vermögen des Armen und deswegen ist Sicherheit sehr stark gebunden an eine soziale, wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung.

Bildung und Gesundheit sind damit der Doppelkern der Armutsbekämpfung bzw. einer produktiven sozialen Entwicklung. Sie ist produktiv in dem Sinne, dass Humankapital geschaffen, erhalten und genutzt wird. Kopf und Körper, Bildung und Gesundheit sind nicht irgendwelche Produktionsfaktoren, sondern *die* menschlichen Produktionsfaktoren. Gesundheit ist dabei nicht bloß die Abwesenheit von Krankheiten, sie ist viel mehr die Bereitschaft – nicht nur die Fähigkeit – ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. Ziel ist in diesem Sinne nicht die Gesundheit für sich, sondern dass die Gesundheit richtig genutzt wird, um das Leben und die Welt besser zu machen. Das so zu verstehen, dass Entwicklungspolitik sich vorrangig um die Verlierer der Globalisierung zu kümmern habe, wäre ein Missverständnis. Es geht vielmehr um die (potentiellen) Produzenten und Nutznießer einer (menschlichen) Entwicklung gleichermaßen.

Vor diesem Hintergrund erhalten das grundlegende Konzept und ein zentraler Teil der Weltbankstrategie zur Armutsbekämpfung eine besondere und neue Bedeutung. Ursprünglich war sie fast flächendeckend gemeint, wie auch der Aktionsplan 2015 des BMZ und die Strategie der OECD über Armutsbekämpfung. Wenn aber aufgrund der neueren Erkenntnisse die Schlüsselrolle von Gesundheit und Bildung außer Frage steht, dann ergibt sich folgende Gleichung aus den drei Säulen des Weltbankberichts zum Millennium: Empowerment in Sicherheit schafft Chancen.

- Empowerment bezieht sich dann vor allem darauf, dass die Armen mächtig werden, ihr Schicksal und ihre Umwelt in die Hand zu nehmen. Das geschieht vor allem durch schulische und außerschulische Bildung zur Selbständigkeit mit besonderer Betonung der Prävention und der Selbsthilfe bei Krankheiten und Krisen und zur Ernährungssicherung und Bekämpfung der Armut „von unten her“. Es geht um ein Empowerment zum (Über)Leben und Lernen innerhalb einer gesunden Umwelt. Jugendliche sind dabei eine ganz besondere Zielgruppe.
- Sicherheit bezieht sich vor allem auf eine qualitativ akzeptable Wahrnehmung der essentiellsten Staatsfunktionen, diesem Empowerment eine Chance zu geben, sich zu entfalten und Krisen zu überleben. Hilfe bei schweren und teuren Krankheitsfällen ist dabei genau so wichtig wie die zu einer nicht diskriminierenden Grundbildung, insbesondere für die Mädchen und für eine machtvolle Rechtshilfe für die Armen. Staatliche Sicherung von Umwelt, Wasser und Ernährung ist dann komplementär zur selbständigen Ernährungs- und Trinkwassersicherung durch die Betroffenen und die Sicherung einer lebenswerten Umwelt.
- Chancen ergeben sich aus diesen beiden zentralen Ansatzpunkten für eine menschliche Entwicklung von unten her, in dem Sinne, dass Kopf und Körper Kapital schaffen.

Mit diesem Ansatz wäre es möglich, „Armut mit Professionalismus und Leidenschaft zu bekämpfen“ (World Bank 2001), auf der Grundlage des Wissens um die Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Bildung und Entwicklung.

In der internationalen Diskussion über internationale oder globale Gesundheit stehen einige Konzepte zur Debatte, die vor diesem Hintergrund kritisch analysiert werden müssen.

- Gezielte Ansätze – damit soll gewährleistet werden, dass auch tatsächlich die Armen in den Genuss von Hilfen kommen. Angesichts zunehmender Skepsis – auch der Weltbank – über die Trickle-down Effekte indirekter Hilfen, ist dies eine Forderung von universaler Bedeutung: Wem nützt die Entwicklungszusammenarbeit? Wie kann man es messen? Wie kann man aus Messungen nicht nur analytisch, sondern auch politisch Konsequenzen ziehen? Der Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria realisiert solch einen Ansatz - krankheitsspezifisch. Die Weltgesundheitsorganisation versucht es bevölkerungsnah. Andere Ansätze zielen auf Regionen oder Bevölkerungsgruppen oder Risikofaktoren. Eine hoch aggregierte Form der gezielten Ansätze ist die Auswahl von Schwerpunkt- und Partnerländern; dabei geht es vornehmlich um solche, die eine good governance aufweisen.
- Ländergeleitete Ansätze – das Besitzrecht von Regierungen soll hiermit unterstrichen werden. "Armut ist sowohl eine Folge als auch eine Ursache von schlechter Gesundheit" – so beginnt ein Buch aus der Weltbank, um dann im nächsten Kapitel fortzufahren: „Regierungen können die Gesundheit der armen Menschen verbessern“. (Claeson 2001) Kommt es wirklich darauf an, was Regierungen können oder ist es nicht viel wichtiger, was tatsächlich erreicht wird? Von wem

auch immer? Die Rolle des Staates in der Entwicklungszusammenarbeit: wird sie mit zunehmender Globalisierung nicht anachronistisch? Müssen nicht auch andere Allianzen gesucht werden? Staat, Markt, Zivilgesellschaft – und müssen nicht manche Entwicklungszusammenarbeiten an bestimmten Staaten vorbeigeleitet werden, um effektiv und „für die Armen“ zu sein? Soll Gesundheit in der Hand von Regierungen von Entwicklungsländern belassen werden? Sektorale Ansätze und Großprogramme können dieses Problem verschärfen in einer Situation, in der immer mehr über Good Governance gesprochen wird und gesprochen werden muss. Wahrscheinlich wird man auch in Zukunft beides brauchen müssen: Projekte und Programme – je nach dem Status von Good Governance im Großen und Kleinen. Darüber hinaus wird es regionale Programme geben, an denen verschiedene Länder und Organisationen beteiligt sein werden.

- Globale Strukturpolitik: Welchen Beitrag leisten die Gesundheit und das Gesundheitswesen zur internationalen Strukturpolitik, zu einem Paradigmenwechsel der deutschen Entwicklungspolitik, die globale Zusammenhänge mitsteuern will, was wirksamer sei als die „Projektitis“? Wie kann man „künftig Armutsbekämpfung und globale Strukturpolitik konzeptionell kohärent miteinander verbinden“ (Falk 2000)? Eine Antwort auf diese Fragen wird jetzt schon gegeben durch den entstehenden Pluralismus kritischer Beobachter und Mitstreiter, denen keine Regierung ein Mandat gab, wie Transparency oder Amnesty International oder globalen professionellen Fachgesellschaften mit ihrer Berufsethik. Die Teilnahme am Dialog zwischen solchen Organisationen, Regierungen und Betroffenen kann einen wichtigen Beitrag leisten zu einer entstehenden globalen Strukturpolitik der kleinen Schritte. Gerade Deutschland mit seiner föderalen und korporatistischen Struktur und mit einer jahrhundertlang gelebten Subsidiarität kann hierfür Anregungen geben. Solch ein pluralistischer Dialog braucht reale und realistische Beispiele, beste Praktiken, anhand derer Zusammenhänge verdeutlicht werden können und Konsens geschaffen wird. Dabei geht es um Völkerverständigung, Kulturaustausch, Wissensaustausch und die Schaffung von Gemeinsamkeiten im Sinne der neuen Freiheiten von Amartya Sen, die durch solchen Pluralismus geschaffen werden. In diesem Zusammenhang wird ein Betätigungsfeld entstehen, das man dann zu recht Internationale Gesundheit bzw. Globale Gesundheit nennen kann.

Viele Erkenntnisse über die Bedeutung der Gesundheit in einer globalisierten Entwicklung liegen auf dem Tisch. Manche, die vorher misstrauisch waren gegenüber dem Sektor Gesundheit, sind in der Zwischenzeit zu bekennenden Verfechtern der Idee geworden, dass es einer Entwicklung Kopf und Kragen kosten kann, wenn sie nicht auf Kopf und Körper als wesentlichste Produktionsfaktoren einer menschlichen Zukunft setzt. Die Förderung internationaler Gesundheit ist zu einer strategischen Notwendigkeit geworden, auch im Interesse der reichen Länder. Diese Erkenntnis weiterzutragen und zu vermarkten, ist eine wesentliche Aufgabe, die schnell angepackt werden muss. Gute Projekte und interessante Programme – wo auch immer auf dieser Welt und von wem auch immer – sind für Lobbyarbeit und Politikdialog eine wesentliche Erfahrungsbasis.

## 10. Literatur

- Addison, Tony and Aminur Rahman (2001) Why is so little spent on educating the poor? Helsinki (WIDER discussion paper)
- Anand, Sudhir and Martin Ravallion (1993) Human development in poor countries: on the role of private incomes and public services. In: Journal of economic perspectives, 7: 133-150
- Antonowsky, Aaron (1979) Health stress and coping: new perspectives on mental and physical wellbeing. San Francisco (Jossey-Brass)
- Bhargava, Alok (2001) Nutrition, health, and economic development: some policy priorities. In: Food and Nutrition Bulletin, Vol. 22, No. 2, 173-177
- Bloom, David E. and Jeffrey D. Sachs (1998) Geography, demography, and economic growth in Africa. Boston (Harvard Institute for International Development)
- Bloom, David E. and David Canning (2001) A new health opportunity. In: Development, 44:1, 36-43
- Bloom, David E. and David Canning (2001) The health and poverty of nations: from theory to practice. Boston

BMZ aktuell Nr. 098 / März 1999

Brundtland, Gro Harlem (2001) Opening of the fifth meeting of the commission for macroeconomics and health. Mexico City, 11. June 2001

Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) (2001) Armutsbekämpfung – eine globale Aufgabe. Aktionsplan 2015: Der Beitrag der Bundesregierung zur weltweiten Minderung der Armut. Bonn (BMZ)

Chanda, Rupa (2001) Trade in health services. Geneva (Commission on Macroeconomics and Health Working Paper)

Chen, Lincoln C. et alii (1999) Health as a global public good. In: Kaul, Inge et alii (eds.) Global public goods. International cooperation in the 21<sup>st</sup> century. New York (UNDP / Oxford University Press). 284-304

Claeson, Mariam et alii (2001) Health, nutrition and population. Sourcebook for the poverty reduction strategy paper. Washington (World Bank)

Commission on Macroeconomics and Health (2001) Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Preliminary Draft. Geneva (WHO)

Cornia, Giovannin A. (2001) Globalization and health: results and options. In: Bulletin of the World Health Organization, 79 (9), 834-841

Cornia, Giovanni Andrea and Sampsa Kiiski (2001) Trends in income distribution in the post-world war II period. Helsinki (WIDER discussion paper)

Daniels, Norman et alii (2000) Benchmarks of fairness for health care reform: a policy tool for developing countries. In: Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), 740-750

David Coburn (2000) Income inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. In: Social Science & Medicine Vol. 51 pp 135-146

Davies, Philip and Guy Carrin (2001) Risk-pooling – necessary but not sufficient. In: Bulletin of the World Health Organization, 79 (7), 587

de Beyer Joy A., Alexander S. Preker and Richard G.A. Feachem (2000) The role of the World Bank in international health: renewed commitment and partnership. In: Social Science & Medicine Vol. 50 pp 169-176

Deaton, Angus (2001) Health, inequality, and economic development. Geneva (CMH working paper series)

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

Dollar, David (2001) Is globalization good for your health? In: Bulletin of the World Health Organization, 79 (9), 827-833

Döring, Ole and Renbiao Chen (Hrs.) (2002) Advances in Chinese medical ethics: Chinese and international perspectives. Hamburg (Mitteilung des Instituts für Asienkunde)

Drager, Nic et alii (2001) Globalization and the health of the poor. In: Development 44:1, 73-76

Drager, Nick and Robert Beaglehole (2001) Globalization: changing the public health landscape. In: Bulletin of the World Health Organization, 79 (9), 803

Easterly, William (2001) The effects of IMF and World Bank Programmes on poverty. Helsinki (WIDER discussion paper)

Eisenblätter, Bernd et alii (2001) Globalisierung und soziale Gerechtigkeit. Beiträge des deutschen Gesundheitswesens zur internationalen Entwicklung. Eschborn und Bonn (GTZ & AOK)

Esty, D.C., J.A. Goldstone, T.R. Gurr, B. Harff, M. Levy, G.D. Dabelko, et al. (1998) State Failure Task Force Report: Phase II Findings. Washington, D.C.: Central Intelligence Agency.

Falk, Rainer (2000) Globale Strukturpolitik als Zauberformel. Entwicklungspolitik unter Rot-Grün. In: Blätter für deutsche und internationale Politik, 2/2000, 222-229

Feachem, Richard G.A. (2000) Poverty and inequality: a proper focus for the new century. In: Bulletin of the World Health Organization, 78 (1), 1-2

Feachem, Richard G.A. (2001) Globalization: from rhetoric to evidence. In: Bulletin of the World Health Organization, 79 (9), 804

Filmer, D. und Pritchett, L. (1999) The impact of public spending on health. Social Science and medicine, 49, 1309-23

Frenk, Julio (1998) Transforming the role of the state in health systems. Rotterdam (Paper for World Conference in Health Economics)

- Fues, Thomas (2000) 20:20-Initiative und soziale Grunddienste im BMZ-Haushalt 2001. Studie im Auftrag des Arbeitskreises 20:20. o.O.
- Gallup, John L. and Jeffrey D. Sachs (1999) Geography and economic development. Boston (CID Working Paper No. 1, March 1999)
- Gallup, John Luke and Jeffrey D. Sachs (2001) The economic burden of malaria. Geneva (CMH working paper series)
- Galtung, Johan (1999) Die Zukunft der Menschenrechte. München (Campus Verlag)
- Hamann, Reimer (2000) Entwicklungshilfe im Gesundheitswesen. Knüpfen an sozialen Netzen. In: Gesundheit und Gesellschaft, Jahrgang 3, Ausgabe August 2000, 22-26
- Hawe, Penelope and Alan Shiell (2000) Social capital and health promotion: a review. In: Social Science & Medicine Vol. 51 pp 871-885
- Hertzman, Clyde and Arjumand Siddiqi (2000) Health and rapid economic change in the late twentieth century. In: Social Science & Medicine Vol. 51 pp 809-819
- Holzmann, Robert and Steen Jorgensen (2000) Social risk management: a new conceptual framework for social protection, and beyond. Washington (World Bank: Social Protection Discussion Paper)
- International Monetary Fund (1997) Good governance. The IMF's Role. Washington (IMF)
- Kassalow, Jordan S. (2001) Why health is important to U.S. foreign policy. New York (Milbank Memorial Fund & Council on Foreign Relations)
- Kaul, Inge and Michael Faust (2001) Global public goods and health: taking the agenda forward. In: Bulletin of the World Health Organization, 79 (9), 869-874
- Kaul, Inge (2001) Global public goods and the poor. In: Development 44:1, 77-84
- Kennedy, B.P., I. Kawachi, and E. Brainerd (1998) The Role of Social Capital in the Russian Mortality Crisis. World Development 26:2029-43.
- Kickbusch, Ilona (2000) The development of international health policies – accountability intact? In: Social Science & Medicine Vol. 51 pp 979-989
- Klink, Marita (2000) "Theatre for development" in der TZ. Eschborn (GTZ)
- Komives, Kristin et alii (2001) Access to utilities by the poor. A global perspective. Helsinki (WIDER discussion paper)
- Labisch, Alfons (2002) Global governance in health. Do historical experiences of industrialised countries teach any lessons? Paper presented at the Workshop "Interfaces of Developing Countries' National Strategies with Global Governance. Conflicts and Co-operation in the Health Sector" of Deutsches Übersee Institut Hamburg, 7.-8. June
- Lederman, Daniel et alii (2001) Accountability and corruption. Political institutions matter. Washington (World Bank) November 2001
- McKeown, Thomas (1976) The modern rise of population. London (Arnold)
- Merkle, Alfred (1982) The cost of health for all. A feasibility study from Upper Volta. Eschborn (GTZ)
- Mies, Maria (2001) Globalisierung von unten, Widerstand und neue Perspektiven. Frankfurt am Main (Initiative Kirche von unten)
- Müller, Friedemann (2000) Die Umwelt kennt keine Grenzen. In: Informationen zur politischen Bildung, 263, (Internetversion)
- Narayan, Deepa et alii. (1999) Voices of the poor. Can anyone hear us? Voices from 47 countries. Washington (World Bank, Poverty Group)
- Narayan, Deepa et alii. (2000) Voices of the poor. Crying out for change. New York (Oxford University Press)
- Navarro, Vicente and Leiyu Shi (2001) The political context of social inequalities and health. In: Social Science & Medicine Vol. 52 pp 481-491
- Nuscheler, Franz (2001) Die Armen rebellieren nicht. In: Die Zeit 41
- Oakley, Peter, Wolfgang Bichmann and Susan Rifkin (1999) CIH: developing a methodology. In: Kahssay, Haile Mariam and Peter Oakley: Community involvement in health development: a review of the concept and practice. Geneva (WHO). 114-144
- Organization for Economic Cooperation and Development (2001a) DAC guidelines on poverty reduction. Paris (OECD)
- Cooperation and Economic Cooperation and Development (2001b) Peer review. Review of the development co-operation policies and programme of Germany. Draft. Paris (OECD)



- Plate, Bernard von (2000) Grundelemente der Globalisierung. In: Informationen zur politischen Bildung, 263 (Internetversion)
- Sachs, Jeffrey et alii (2001a) Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Report of the commission on macroeconomics and health. Geneva (WHO)
- Sachs, Jeffrey (2001b) The strategic significance of global inequality. The Washington Quarterly, Summer (Internetversion)
- Sachs, Jeffrey (2001c) Pathways from public health to economic development. O.O. 12.5.2001c
- Sachs, Jeffrey (2001d) The links of public health and economic development. London (Office of health economics) 2001d
- Saltman, Richard B. and Odile Ferroussier-Davis (2000) The concept of stewardship in health policy: In: Bulletin of the World Health Organization, 78 (6), 732-739
- Savedoff, William D. and T. Paul Schultz (2000) Earnings and the elusive dividends of health. In: Savedoff, William D. and T. Paul Schultz (eds.) Wealth from health. Linking social investments to earnings in Latin America. Washington (Inter-American Development Bank). 1-34
- Schwefel, Detlef (1978) Grundbedürfnisse und Entwicklungspolitik. Baden-Baden (Nomos Verlag)
- Schwefel, Detlef (1989) The Product-Path-Analysis. A method of socioeconomic project appraisal. In: Canadian Journal of Development Studies, Vol. 10 (2), pp. 211-223
- Schwefel, Detlef (1989) 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), pp 58-75
- Schwefel, Detlef and Melahi Pons (1994) Winners show the way to good management in health care. In: World Health Forum, 15, 4, 348-352
- Schwefel, Detlef (2002) Public health. Die Perspektive ökonomisch benachteiligter, nicht-europäischer Länder. In: Friedrich Wilhelm Schwartz et al. (Hrsg.) Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München (Urban & Fischer Verlag) 2002, pages 15-20 and 830-831
- Seidel, Walter (2000) Warum sollte die deutsche EZ im Bereich Internationale Gesundheit investieren? 10 gute Gründe. Berlin (DSE)
- Sen, Amartya (1999a) Health in development. In: Bulletin of the World Health Organization, 77 (8), 619-623
- Sen, Amartya (1999b) Development as Freedom. Oxford (Oxford University Press)
- Sen, Amartya (1999c) Global justice. Beyond international equity. In: Kaul, Inge et alii (eds.) Global public goods. International cooperation in the 21<sup>st</sup> century. New York (UNDP / Oxford University Press) 116-125
- Shaw Mary, Scott Orford, Nicola Brimblecombe and Daniel Dorling (2000) Widening inequality in mortality between 160 regions of 15 European countries in the early 1990s. In: Social Science & Medicine Vol. 50 pp 1047-1058
- Shi, Li (2001) Changes in poverty profile in China. Helsinki (WIDER discussion paper)
- State Failure Task Force (1999) State Failure Task Force Report: Phase II Findings. In: Environmental Change and Security Project Report, No. 5, (Woodrow Wilson Center: Summer 1999), 49-72.
- Tangcharoensathien, Viroj and Piya Harnvoravongchai, Siriwan Pitayarangsarit and Vijj Kasemsup (2000) Health impacts of rapid economic changes in Thailand. In: Social Science & Medicine Vol. 51 pp 789-807
- Vandemoortele, Jan (2001) Social policies and investment in health. In: Development 44:1, 44-50
- Veenstra Gerry (2000) Social capital, SES and health: an individual-level analysis. In: Social Science & Medicine Vol. 50 pp 619-629
- Vennemann, Matthias (2001) Der Elefant in der Riesenschlange und das Wirtschaftswachstum in den armen Ländern. Anmerkungen zur neueren internationalen Diskussion über Gesundheit und wirtschaftliche Entwicklung. Münster (Referat für die AKME-Sitzung am 9. März 2001)
- Weber, Axel and Friedeger Stierle, Jürgen Hohmann, Bergis Schmidt-Ehry (2002) Social protection in health care. European assets, potentials and contributions to global development. Eschborn (GTZ)
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (1999) Globalisierung und Entwicklungszusammenarbeit. Bonn (BMZ)

- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2000) Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit am Beginn des 21. Jahrhunderts. Bonn (BMZ)
- World Bank (1993) World development report: investing in health. New York (Oxford University Press)
- World Bank (1997) Health, nutrition and population strategy paper. Washington (IBRD)
- World Bank (1999) Social protection sector strategy. From safety net to springboard. Washington (IBRD)
- World Bank (2001) World Development Report 2000/2001. Attacking poverty. Washington (World Bank, Oxford University Press)
- World Health Organization (1998) Emerging and re-emerging infectious diseases. Geneva (WHO, Fact Sheet No 97, Revised August 1998)
- World Health Organization (1999) Making a difference. Geneva (World Health Report 1999)
- World Health Organization (2000) Health systems: improving performance. Geneva (World Health Report 2000)

Nachbemerkung: Teile dieses Artikels gingen ein in: Schwefel, Detlef und Myriam Vučković, Rolf Korte, Ole Doetinchem, Wolfgang Bichmann, Assia Brandrup-Lukanow (2003) Gesundheit, Entwicklung und Globalisierung. Orientierungen und Empfehlungen für die internationale Zusammenarbeit. Eschborn (Gemeinsames Memorandum: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ), Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und internationale Gesundheit (DTG), KfW Entwicklungsbank, Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH), Deutscher Verband für Gesundheitswissenschaften und Public Health (DVGPH)), 40 Seiten