



Gesundheit – ein Menschenrecht für Arm und Reich

Über eine Milliarde Menschen haben keinen Zugang zu einer ausreichenden Gesundheitsversorgung. Die Gründe dafür sind vielfältig: So fehlt es gerade in Entwicklungsländern oft an den notwendigen Strukturen, zudem wächst weltweit die Kluft zwischen kostspieliger Hightech-Medizin und den finanziellen Möglichkeiten ärmerer Bevölkerungsschichten. Damit das Menschenrecht auf Gesundheit auch für die Armen Wirklichkeit wird, braucht es neue Ansätze. Von Gabriela Neuhaus.



Die weltweiten Impfkampagnen gehören zu den Erfolgsgeschichten im Gesundheitssektor, so auch in Madagaskar

sellschaftspolitischen Entscheidungen in aller Regel nicht im Vordergrund. Obschon sich die Weltgesundheitsorganisation WHO die «Verwirklichung des bestmöglichen Gesundheitsniveaus bei allen Menschen» in die Verfassung geschrieben hat, haben über sechzig Jahre nachdem diese Zielsetzung formuliert worden ist, immer noch über eine Milliarde Menschen keinen Zugang zu einer professionellen Gesundheitsversorgung. Dies vor allem in den armen Ländern des Südens, wo es nach wie vor in vielen Dörfern und Regionen keine entsprechenden Einrichtungen gibt und sich die Menschen oft nicht einmal die hohen Transportkosten ins nächste Spital leisten können.

Doch auch in den Schwellen- und Industrieländern ist Gesundheitsversorgung keine Selbstverständlichkeit. In den USA kann sich, wer arm ist, oft keinen Arztbesuch leisten. Das Gesundheitsgesetz von Präsident Obama, das eine Basis-Krankenversicherung für alle vorsieht, bleibt nach wie vor umstritten. Angesichts der Kostenexplosion im Gesundheitswesen droht aber auch in den anderen westlichen Ländern eine Zweiklassenmedizin. Die wirtschaftlichen Krisen in Südeuropa zeigen zudem, welch fragiles Gut die Gesundheit ist, und wie wenig es braucht, dass sich der Gesundheitszustand einer Bevölkerung verschlechtert.

Medizinische Fortschritte

Trotz der weltweit unbefriedigenden Situation gibt es im Gesundheitssektor zahlreiche Fortschritte – in manchen Bereichen gar bahnbrechende. Dazu gehören unter anderem die von der WHO initiierten Impfkampagnen, deren bisheriger Höhepunkt 1980 die Ausrottung der Pocken war. Weitere Krankheiten wie Polio oder Tuberkulose konnten stark eingedämmt werden. Grosse Erfolge verzeichnet man auch bei der Bekämpfung und Behandlung von HIV/Aids. Die Verfügbarkeit von zahlbaren Medikamenten für Betroffene in armen Ländern war dabei ein Meilenstein.

Für die humanitäre Hilfe ist die Rettung von Menschenleben Programm. Sie hat sich in den letzten Jahren stark professionalisiert, im Katastrophenfall sind heute spezialisierte Teams innert Stunden vor Ort, wenn nötig mit vollständigen Spitalausrüstungen oder Wasserlabors. So konnten etwa nach dem Erdbeben in Haiti viele Leben gerettet und Verletzte versorgt werden.

Einen wichtigen Anteil an die Verbesserung der medizinischen Versorgung in den Entwicklungsländern leisten Nichtregierungsorganisationen und Stiftungen: Engagements im Bereich Gesundheit

Längst haben wir uns angewöhnt, den Entwicklungsstand eines Landes anhand von Gesundheitsindikatoren zu messen. Wir errechnen die durchschnittliche Lebenserwartung, erfassen Geburten- und Sterberaten, zählen Malariainfektionen sowie Aids- und Hungertote. Statistiken, etwa über die Häufigkeit von Demenzerkrankungen, Suiziden oder Burnouts erlauben zusätzliche Rückschlüsse auf den aktuellen Zustand einer Gesellschaft. Gleichzeitig geben sie auch Auskunft über deren Zukunftspotenzial, weil Gesundheit und Wohlergehen wichtige Voraussetzungen sind, damit sich Menschen und Gemeinschaften entwickeln können.

Trotz nachgewiesener Zusammenhänge zwischen Gesundheit, Wohlergehen und der Lebenssituation von Menschen, steht Gesundheitsförderung bei ge-

Das Recht auf Gesundheit

«Jeder Mensch hat Anspruch auf eine Lebenshaltung, die seine und seiner Familie Gesundheit und Wohlbefinden einschliesslich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztlicher Betreuung und der notwendigen Leistungen der sozialen Fürsorge gewährleistet; er hat das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität, Verwitwung, Alter oder von anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände. [...]»
Aus der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 1948 (Artikel 25)

Was ist Gesundheit?

Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. Die Gesundheit aller Völker ist eine Grundbedingung für den Weltfrieden und die Sicherheit; sie hängt von der engsten Zusammenarbeit der Einzelnen und der Staaten ab.
Aus der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation WHO



SKHDEZA

Die humanitäre Rettung ist wenn nötig innert Stunden mit vollständigen Spitalausrüstungen vor Ort – so auch in Haiti nach dem Erdbeben von 2010

sind beliebt, weil man hier direkt etwas für die Menschen tun kann. Zudem sind bei medizinischen Projekten, die ein klar definiertes Ziel verfolgen, wie etwa die Verminderung der Kindersterblichkeit oder die Bekämpfung von Malaria, Erfolge schnell sichtbar und messbar.

Rahmenbedingungen sind entscheidend

Die Kehrseite der Medaille: Die starke Fokussierung auf medizinische Einzelaspekte führte dazu, dass man den Überblick über die gesamte Situation verlor. Man bekämpft Krankheiten und heilt Menschen, die man anschliessend in ein Leben zurückschickt, das sie unweigerlich wieder krank macht. Dabei müsste man es eigentlich gerade in Europa besser wissen: Schon früh investierten hier Fabrikherren in die Verbesserung von Hygiene und Ernährung, um die Gesundheit der Arbeiter und damit die Produktivität ihrer Unternehmen zu verbessern. Zunehmend engagierte sich in der Folge auch der Staat in unterschiedlichen Bereichen für die Gesundheit der Bevölkerung.

Dazu gehörten etwa die Errichtung von Wasserversorgungs- oder Abfallentsorgungssystemen, aber auch Massnahmen auf gesellschaftlicher Ebene, wie etwa das Verbot von Kinderarbeit oder der Aufbau öffentlicher Bildungssysteme. Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein wurde Gesundheitsförderung als eine gesellschaftliche Aufgabe betrachtet, die dazu diente, bestmögliche Voraussetzungen für Entwicklung und Fortschritt zu schaffen.

Neue Errungenschaften, die auf naturwissenschaftlicher Forschung basierten, wie z.B. Impfungen, Screenings zur Vorbeugung von Krankheiten oder die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung von Depressionen, trugen in der Folge dazu bei, dass Gesundheit mehr und mehr zu einer Domäne der Naturwissenschaft wurde. Der Aufschwung des kostenintensiven Medizinsektors, inklusive der Pharmaindustrie, führte zu massiven Kostensteigerungen. Die jüngsten Entwicklungen im Bereich der personalisierten Medizin dürften diesen Trend weiter verstärken.

Sozialer Status und Gesundheit

Doch auch die raffiniertesten medizinischen Technologien ändern nichts an der Tatsache, dass gesundes Leben nur in einem gesunden Umfeld möglich ist. Bereits 1978 wurde im Schlussdokument der Konferenz zur Primären Gesundheitsförderung von Alma-Ata darauf hingewiesen, dass «die Verbesserung des Gesundheitszustandes das tatkräftige Handeln zahlreicher anderer sozialer und ökonomischer Sektoren ausser dem Gesundheitssektor erfordert». Acht Jahre später forderte die von den Mitgliederländern der WHO verabschiedete Ottawa-Charta eine Umorientierung: weg von der einseitigen Verhütung von Krankheit, wieder hin zu vermehrter Förderung von Gesundheit.

Welche zentrale Bedeutung die sozialen und ökonomischen Rahmenbedingungen für die Gesundheit eines jeden Einzelnen haben, zeigten die Un-

Das Weltgesundheitsnetz

Die Weltgesundheitsorganisation WHO wurde 1948 als Spezialorganisation der UNO gegründet. Sie hat ihren Sitz in Genf, wo sich die Vertreter der 194 Mitgliedstaaten jährlich treffen, um über die finanziellen und operationellen Geschäfte zu beraten und zu entscheiden. Zu ihren Tätigkeitsbereichen gehören die weltweite Koordination von nationalen und internationalen Aktivitäten im Kampf gegen übertragbare Krankheiten (z.B. Aids, Malaria, Grippe), die Setzung von Behandlungs- und Präventions-Standards, die Lancierung und Koordination von Präventionsmassnahmen (z.B. Impfaktionen), sowie Informationskampagnen betreffend Rauchen oder Übergewicht. Laufend publiziert die WHO zudem Daten und Analysen zu Gesundheitsthemen.

www.who.org



Fernando Moleiro/afp



Paul Hahn/afp

Die Verfügbarkeit von Medikamenten hat sich in Entwicklungs- und Schwellenländern (oben Mosambik, unten Indien) spürbar verbessert

tersuchungen der britischen Gesundheitswissenschaftler Richard Wilkinson und Michael Marmot. In ihrer 2003 veröffentlichten Studie haben sie nachgewiesen, dass für Menschen der untersten sozialen Schicht das Risiko zu erkranken und frühzeitig zu sterben doppelt so gross ist, wie für jene an der Spitze der Gesellschaft. Die direkte Korrelation zwischen Gesundheit und sozialem Status zieht sich dabei durch alle Gesellschaftsschichten: Wer sozial und ökonomisch besser dasteht, hat auch stets die besseren Gesundheitskarten.

Mit anderen Worten: Die Unterschiede zwischen Arm und Reich widerspiegeln sich im Gesundheitszustand der Menschen. Dies gilt sowohl innerhalb einer Gesellschaft, wie auch auf globaler Ebene. Deshalb wird heute zunehmend die Forderung nach einem Ausgleich (Equity) im Gesundheitsbereich und einer besseren Berücksichtigung

der Bedürfnisse der armen Länder laut. Eine wichtige Rolle spielen dabei aufstrebende Staaten wie Indien oder Thailand, welche die westliche Dominanz in der Gesundheitsindustrie nicht länger akzeptieren. So kämpfen sie zum Beispiel gegen die Patentierungspraktiken der Pharmakonzerne, die nicht nur die Medikamente und damit die Gesundheitskosten verteuern, sondern auch den Aufbau konkurrenzierender Pharmaindustrien in diesen Ländern behindern.

In der Süd-Süd-Zusammenarbeit wollen Länder wie Brasilien die auf medizinische Interventionen basierende Unterstützung der armen Länder im Gesundheitswesen nicht länger mittragen, sondern vielmehr ihr eigenes erfolgreiches Modell einer Basisversorgung fördern. Länder wie Bhutan, Ecuador oder Bolivien gehen in ihren Bestrebungen für das Wohlergehen ihrer Bevölkerung über die heute gängigen Gesundheitsindikatoren hinaus, indem sie sich als Zielsetzung das Erreichen eines «Guten Lebens» in die Verfassung geschrieben haben.

Ganzheitlicher Ansatz

Solche Veränderungen in den globalen Gesundheitsbestrebungen bleiben nicht ohne Wirkung. Der aktuelle Reformprozess der WHO, der 2010 initiiert worden ist, dürfte stärker in Richtung eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit führen, wie auch der Vorschlag für das EU-Gesundheitsprogramm «Gesundheit für Wachstum» oder Bestrebungen von Entwicklungsagenturen wie der DEZA.

Globale Gesundheit

Diabetes, Krebs sowie Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen stellen heutige Gesundheitssysteme weltweit vor grosse Herausforderungen. In den Entwicklungsländern kommen diese nichtübertragbaren Krankheiten (Non-communicable Diseases NCD) zu den «klassischen Gesundheitsproblemen», verursacht durch Hunger, Mangel an Trinkwasser und Hygiene sowie Infektionskrankheiten hinzu und führen zu einer «doppelten Belastung» der ohnehin überforderten Gesundheitssysteme. Die Bekämpfung der NCDs, die oft Folge von Fehlernährung und ungesunder Lebensführung sind, hat deshalb bei der WHO hohe Priorität. Weiter im Fokus stehen zusätzliche Bemühungen für die Erreichung der Millennium-Entwicklungsziele betreffend die Überlebenschancen von Müttern und Kindern sowie die vollständige Ausrottung der Kinderlähmung.



Heiko Meyer/afp

Gegensätzliche Interessen

Die Schweiz hat seit 2006 eine eigene Gesundheitsausserpolitik. Darin werden 20 Zielsetzungen genannt, die Themen reichen von der Rolle der Schweiz in der WHO über die Wahrung der Interessen der Pharmaindustrie bis zum Schweizer Engagement in der humanitären Hilfe. Die Schweiz spielt auf dem Gebiet der Gesundheit eine beachtliche Rolle. Zum einen dank Pharmaindustrie und Forschung, aber auch als Sitz wichtiger internationaler Organisationen wie der WHO oder der Internationalen Rotkreuz- und Rothalbmond-Bewegung. Zudem engagieren sich, nebst und im Auftrag der DEZA, eine Reihe international anerkannter NGOs im Bereich der Gesundheitsförderung in Entwicklungs- und Transformationsländern. Ihre auf die Bedürfnisse der Ärmsten ausgerichtete Tätigkeit steht allerdings oft in direktem Widerspruch zu den Wirtschaftsinteressen der Pharmaindustrie.
www.bag.admin.ch
 (Themen, Internationales, Gesundheitsausserpolitik)

Aufstrebende Staaten wie etwa Brasilien betreiben ein eigenes, erfolgreiches Modell der Süd-Süd-Zusammenarbeit in der Gesundheitsbasisversorgung und -förderung

Dies umso mehr, als die aktuellen Herausforderungen vermehrt Massnahmen erfordern, die über die medizinische Versorgung hinausgehen. Dazu gehören soziale Benachteiligungen, krankmachende Arbeitsumgebungen, Luftverschmutzung, Strahlenbelastung aus verschiedensten Quellen sowie der Klimawandel, welcher u.a. Wassermangel, Wüstenbildung und die Reduktion der UV-Schutzschicht nach sich zieht. Die weltweite Zunahme von nichtübertragbaren Krankheiten wie Krebs, Herz-Kreislauferkrankungen oder Diabetes erfordern zudem neue Strategien betreffend Prävention und Finanzierung.

Gesundheit als Priorität

Die Diskussion um bestmögliche Gesundheit und Wohlergehen führt immer wieder zu Auseinandersetzungen und Konflikten. Nicht zuletzt, weil stets auch handfeste ökonomische Interessen, etwa der Pharma-, aber auch der Tabak- oder Nahrungsmittelindustrie, tangiert werden. Die Frage, wie privat die Verantwortung für Gesundheit sei, und ab wann sie als allgemeines öffentliches Gut zu verstehen ist, bleibt umstritten. Mit der Verabschiedung der Tabakkonvention, die das Rauchen als Gefahr für die öffentliche Gesundheit einstufte, die global bekämpft werden muss, setzte die WHO 2004 ein wichtiges Zeichen. Im Kampf gegen Übergewicht und damit verbunde-

ne chronische Krankheiten wie Diabetes gehen New York mit einer Steuer auf Süssgetränken sowie Dänemark, das als erstes Land der Welt 2009 eine Fettsteuer eingeführt hat, neue Wege. Solche Lenkungsabgaben könnten künftig gezielt dafür eingesetzt werden, gesunde Produkte zu verbilligen, so dass sie auch für Menschen mit niedrigem Einkommen erschwinglich sind. Damit könnten der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert und die Kosten im Gesundheitssektor gesenkt werden.

Weitere Präventionsmassnahmen, die bei einer konsequenten Prioritätensetzung zugunsten der globalen Gesundheit in Betracht gezogen werden müssten, sind etwa ein Verbot für besonders gesundheitsschädigende Chemikalien sowie der Ausstieg aus der Atomindustrie. Die Frage, wie gross ein Gesundheitsrisiko sein muss, um ein Eingreifen oder Präventionsmassnahmen seitens der Staaten oder internationaler Organisationen zu rechtfertigen, appelliert dabei nicht nur an die Vernunft. Wie hoch das Menschenrecht Gesundheit gegenüber anderen Faktoren gewichtet wird, ist letztlich immer eine (macht-)politische Entscheidung. ■

Von der Spital- zur Dorfentwicklung

Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für Entwicklung – die DEZA setzt deshalb in diesem Bereich stark auf die Verbesserung der Basisversorgung. Wo die Programme greifen, können sie Wirkungen entfalten, die weit über das direkte Ziel hinaus reichen. Ein Beispiel dafür sind die lokalen Gesundheitskomitees in Kirgistan – eine Erfolgsgeschichte, nicht nur für den Gesundheitssektor.



CAH (Ministry of Health of the Kyrgyz Republic; SDC, Sida, LED)

Dieser kirgisische Bauer lässt bei seinem lokalen Gesundheitskomitee den Blutdruck kontrollieren

(gn) Egal ob Lehrerin, Schreiner oder Hausfrau – Tausende von Bürgerinnen und Bürgern in Kirgistan engagieren sich im Rahmen von Freiwilligenarbeit für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlergehen in ihren Dörfern. Die Mitglieder der lokalen Gesundheitskomitees haben dabei, als Partner des professionellen Gesundheitspersonals, eine tragende Rolle auf dem Land: Sie klären die aktu-

ellen Bedürfnisse ab, machen Hausbesuche, organisieren Informationsveranstaltungen, initiieren Gemüsegärten oder Kampagnen gegen den Alkoholismus.

Zehn Jahre nach der Gründung der ersten Gesundheitskomitees im Rahmen des Community Health for Action Projekts CAH, haben die Freiwilligenorganisationen schon viel zur Gesundheitsförde-



CAH (Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, SDC, Sida, LED) (6)

In ländlichen Gegenden nimmt die Dorfbevölkerung die Gesundheit in ihre eigenen Hände – sei dies bei der Desinfektion gegen das Maltafieber (oben links), beim Testen von Salz oder beim gemeinsamen Festlegen der Gesundheitsprioritäten

Transformation in Kirgistan

Bis anfangs der 1990er-Jahre gab es in Kirgistan eine gut funktionierende medizinische Versorgung, die für alle zugänglich und unentgeltlich war. Nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion fehlten die Mittel, um dieses System weiter aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig verschlechterte sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung infolge wachsender Armut und dem Zerfall von Infrastrukturbauten im Bereich Wasserversorgung oder Abfallbewirtschaftung. Trotz knapper Ressourcen engagierte sich die Regierung stark für den Aufbau eines neuen Gesundheitssystems: Mit Unterstützung von WHO, Weltbank und USAID lancierte sie 1996 ein Hausarztssystem, das heute gut funktioniert. Die Gesundheitsreform scheint auf gutem Weg. Allerdings leiden vor allem ländliche Regionen unter akutem Ärztemangel – viele emigrieren ins Ausland, wo sie ein Mehrfaches verdienen.

zung auf dem Land beigetragen. Zum Beispiel, indem sie regelmässig Blutdruckkontrollen anbieten oder dafür sorgen, dass marode Wasserleitungen instand gesetzt werden. Eine besonders erfolgreiche Kampagne, die auch international für Aufsehen gesorgt hat, war die Abgabe von Salz-Kontrollsets an die Dorfläden.

Seit die Händler und sogar die Kunden mit einer einfachen Methode prüfen können, ob im Salz auch drin ist, was auf der Verpackung steht, geht in Kirgistan kaum mehr unjodiertes Salz über den Ladentisch. Als Folge davon sind die noch in den 1990er-Jahren häufigen Kropferkrankungen stark zurückgegangen.

Für Tobias Schüth, der das CAH-Projekt im Auftrag des Schweizerischen Roten Kreuzes SRK entwickelt und aufgebaut hat, ist der bisher wichtigste Erfolg jedoch, dass sich die Haltung der Menschen verändert hat: «Sie haben begriffen, dass die Verantwortung für ihr Wohlergehen nicht beim Gesundheitsministerium liegt, sondern dass sie sie selber tragen.»

Investitionen in Infrastruktur

Der Aufbau einer Basis-Gesundheitsversorgung war zwar von Anfang an im kirgisischen Gesundheits-Reformprogramm vorgesehen. In einer ersten Phase hatte aber die dringend notwendige Instandsetzung der Spitäler für die Regierung oberste Priorität. So beschränkte sich die DEZA, die sich seit 1999 für die Umsetzung der Gesundheitsreform

im Oblast Narin engagiert, im ersten Jahr auf Spitalrenovierungen und -restrukturierungen, die eine Senkung der Betriebskosten zum Ziel hatten.

Das mit der Ausführung beauftragte SRK drängte jedoch schnell darauf, auch die Gesundheitsförderung in den Dörfern voranzutreiben. Beim kirgisischen Gesundheitsministerium stiess dieses Ansinnen vorerst auf Skepsis. Erst als die DEZA versicherte, dass die Spitalrenovierungen trotzdem im bisherigen Rahmen weitergeführt würden, erhielten Tobias Schüth und sein Team grünes Licht für die Arbeit in den Dörfern.

Mit der Respektierung des Anliegens, die Erneuerung der Spitäler weiterzuführen, habe die DEZA bei den kirgisischen Partnern Vertrauen geschaffen und damit dem neuen Projekt zahlreiche Türen geöffnet, sagt Schüth.

Bedürfnisse der direkt Betroffenen als Leitfaden

Mit dem Engagement auf dem Land wagte man Neues: Basierend auf der Überzeugung, dass die Gesundheit der Bevölkerung nur in Zusammenarbeit mit den direkt Betroffenen verbessert werden kann, wurde die Dorfbevölkerung dazu eingeladen, ihre Anliegen den lokalen Ärzten und dem Pflegepersonal zu unterbreiten.

«Die Ärzte und Krankenschwestern leben ja in den Dörfern – aber es war das erste Mal, dass sie rausgegangen sind und die Leute befragt haben, anstatt ihnen zu predigen, was sie tun sollen», sagt Tobias



Ein dörfliches Gesundheitskomitee bespricht das weitere Vorgehen

Schüth. Diese Begegnung auf einer ganz anderen Ebene sei wichtig gewesen, für alles Weitere. Die Leute bedankten sich nach den Treffen bei den Ärzten dafür, dass sie ihnen zugehört hatten. Und das Gesundheitspersonal zeigte sich beeindruckt, wieviel die Leute bereits über das Thema wussten. Voraussetzung für das Gelingen solcher Begegnungen, betont Tobias Schüth, sei das respektvolle Verhalten sowohl der Ärzte, der Pflegenden als auch der Projektmitarbeiter gegenüber den Leuten im Dorf: «Das haben wir vorgängig in einem speziellen Training zu nichtdominantem Verhalten intensiv geübt. Denn oft funktioniert Partnerschaft nicht, weil keiner in solche Reflexionen investiert. Das ist aber ebenso wichtig, wie über Anämie (Blutarmut) oder Blutdruck zu lernen.»

Flexibilität des Gebers als Voraussetzung

Die Treffen in den Dörfern gaben einerseits den Anstoss für die Bildung der Gesundheitskomitees, andererseits hatten die Projektverantwortlichen nun Informationen aus erster Hand über die drängendsten Gesundheitsprobleme auf dem Land. Davon ausgehend entwickelten sie in Zusammenarbeit mit allen Beteiligten eine breite Palette von Aktionen und Projekten. Möglich war dies, weil die DEZA auf einengende Budgetleitlinien verzichtete und dem Projektteam weitgehend freie Hand liess: «Wir sagten, dass wir ein Modell für ländliche Gesundheitsförderung entwickeln wollten. Dazu brauchten wir Geld für Treffen und Trai-

nings – mehr wussten wir nicht», erinnert sich Tobias Schüth. Die Flexibilität des Gebers sei die Voraussetzung gewesen, für die Erarbeitung eines Modells, das auf die kirgisischen Verhältnisse zugeschnitten ist.

Die Aktionen, die im Rahmen des CAH-Projekts entwickelt wurden, basieren denn auch auf einer breit ausgelegten Interpretation von Gesundheitsförderung. Wie bereits bei den Spitälern, wurde auch in den Dörfern viel in Infrastruktur investiert: Zahlreiche Gesundheitsposten und Badehäuser aus der Sowjetzeit wurden wieder auf Vordermann gebracht, Wasserleitungen instand gestellt. «Man kann den Leuten nicht predigen, sauberes Wasser zu trinken, wenn die Leitungen marode sind. Also investiert man in die Restaurierung der Wasserversorgung», illustriert Tobias Schüth das Vorgehen.

Vom Pilotprojekt zum erfolgreichen Gesundheitsprogramm

Bei den Treffen in den Dörfern stellte sich heraus, dass Anämie zu den drängendsten Gesundheitsproblemen gehörte. Deshalb testete das CAH-Projekt im Rahmen einer Studie die Wirksamkeit von Sprinkles – einem Pulver mit den Mikronährstoffen Eisen, Vitaminen, Zink und Folsäure, das der Babynahrung beigegeben wird. In den Testgebieten konnte die Blutarmut mit der neuen Methode um bis zu 40 Prozent gesenkt werden. Ermutigt durch diesen Erfolg, hat Kirgistan 2011 als weltweit erstes Land ein nationales Sprinklesprogramm lanciert.

Links

www.cah.kg
www.deza.admin.ch/zentralasien

Doch auch das CAH-Projekt als Ganzes ist eine Erfolgsgeschichte: Die anfängliche Skepsis des kirgischen Gesundheitsministeriums war schnell verflogen. Auf die ersten 15 Dörfer folgten alsbald weitere.

Seit 2005 sind die Gesundheitskomitees Teil des offiziellen Reformprogramms für die Förderung der ländlichen Gesundheitsinfrastruktur. Nebst der DEZA, engagierten sich in der Folge weitere Geber für die landesweite Ausbreitung.

Das kirgisische Gesundheitsministerium seinerseits stellt in den Provinzen sowohl Geld als auch Per-

sonal zur Verfügung, um die Gesundheitskomitees zu unterstützen. Diese haben vielerorts, über die Mitarbeit bei CAH-Projekten hinaus, ihre eigenen Initiativen entwickelt und arbeiten heute mit verschiedenen Partnern, namentlich auch mit den lokalen Regierungen, zusammen. «Die Menschen haben gelernt, sich Gehör zu verschaffen, mit Behörden umzugehen, Ressourcen zu finden», sagt Tobias Schüth. Und fügt an: «So entsteht Demokratie von unten. Beinahe ungewollt hat unser Gesundheitsförderungsprojekt einen Beitrag dazu geleistet.» ■

Gesundheit – ein globales Thema

(gn) Die DEZA hat ihr Engagement für Gesundheit in den letzten Jahren laufend erhöht und sich dabei auf drei thematische Schwerpunkte spezialisiert:

- die Stärkung der Gesundheitssysteme auf lokaler und nationaler Ebene;
- die Verbesserung der Gesundheit von Müttern und Kleinkindern sowie sexuelle und reproduktive Gesundheit;
- die Bekämpfung der wichtigsten Infektions- und nichtübertragbaren Krankheiten.

Die DEZA unterstützt im Rahmen der bilateralen Ostzusammenarbeit sowie in Ost- und im südlichen Afrika explizit gesundheitspezifische Projekte und Programme. Dank gezielter Vernetzung mit Engagements auf multilateraler Ebene, können dabei immer wieder Synergien genutzt werden.

Künftig will sich die Schweiz beim Thema Entwicklung und Gesundheit in Länderprogrammen und auf der globalen Politikebene vermehrt einbringen – ein ehrgeiziges Vorhaben, angesichts der zahlreichen gewichtigen Akteure auf diesem Gebiet.

«Um etwas bewegen zu können, werden wir auf Themen fokussieren, in denen wir, dank unseren Erfahrungen aus der bilateralen und multilateralen Zusammenarbeit und unseren strategischen Partnerschaften, eine Hebelwirkung erzielen können», stellt Gerhard Siegfried, Themenverantwortlicher Gesundheit bei der DEZA, in Aussicht. So soll beispielsweise bei der Bekämpfung von vernachlässigten Tropenkrankheiten oder der Gesundheitsfinanzierung der globale Fokus geschärft werden.

Weitere Aspekte beinhalten eine stärkere Vernetzung mit Projekten und Programmen aus den

Bereichen Wasser oder Ernährung, bei welchen Gesundheit eine zentrale Rolle spielt, sowie innovative Formen der Zusammenarbeit mit der Humanitären Hilfe.

www.deza.admin.ch (Themen, Gesundheit)



Fernando Melero/afp

Stiefkind der Politik

Gesundheit für alle! Was einst als Zielsetzung für das Jahr 2000 formuliert wurde, ist bis heute ein Traum geblieben. Die Gesundheitsexpertin Ilona Kickbusch sagt im Gespräch mit Gabriela Neuhaus, was schief läuft. Und weshalb sie trotzdem optimistisch bleibt.



Wenn Menschen wie hier in Nicaragua auf einer Müllhalde nach Nahrung und Brauchbarem suchen, hat dies auch ganz direkte Auswirkungen auf ihre Gesundheit

«Eine Welt»: Warum ist Gesundheitspolitik ein globales Thema? Sind die regionalen Unterschiede und das Gefälle zwischen armen und reichen Ländern nicht viel zu gross, um das Ganze in einer Politik zusammenzufassen?

Ilona Kickbusch: Die Unterschiede sind gross. Weil wir aber in einer globalisierten Welt leben, können verschiedene Gesundheitsprobleme auf gemeinsame Nenner zurückgeführt werden. So gibt es zum Beispiel sehr klare Zusammenhänge zwischen dem Hunger in vielen Entwicklungsländern und der Ausprägung einer Nahrungsmittelindustrie, die bei uns zu Übergewicht führt. Diese Interaktionen sind massiv und werden immer deutlicher. Deshalb muss auf verschiedenen Ebenen gehandelt werden. Auch mit lokalen oder gar individuellen Aktionen können wir viel erreichen. Ein Kollege von mir sagt immer, in unserem Teil der Welt sei einer der politischsten Akte, die wir täglich vollbringen, die Wahl unseres Essens. Wenn wir den Fleischkonsum weiterhin so hoch halten, hat das Folgen für die Bauern in einem afrikanischen Land, und wenn wir an unseren Landwirtschaftssubventionen

festhalten, wird weiterhin Agrarland in den Entwicklungsländern verwüstet.

Welches sind für Sie die globalen Brennpunkte im Bereich Gesundheit?

Umwelt, Ernährung und Verteilungsgerechtigkeit. Dann gibt es aber auch Probleme, die ganz direkt mit der Gesundheit zusammenhängen, wie etwa die zunehmenden Antibiotika-Resistenzen oder die nichtübertragbaren und chronischen Krankheiten wie Krebs oder Diabetes. Dies sind Herausforderungen, die nationales Handeln erfordern, von denen aber auch die Interessen der multinational aufgestellten Industrie tangiert sind. Also braucht es auch globales Handeln. Eine der kommenden, grossen Diskussionspisten wird die Frage sein, wie wir Gesundheit als globales öffentliches Gut definieren und dessen Gewährleistung für alle finanzieren können.

Die Finanzierung von Gesundheit wird immer schwieriger – bei uns, aber vor allem in den armen Ländern, wo oft nicht einmal eine



Die Politik- und Sozialwissenschaftlerin **Ilona Kickbusch** ist ausgewiesene Expertin in globaler Gesundheitspolitik, namentlich auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung. Nach ihrem Studium an der Universität Konstanz arbeitete sie fast 20 Jahre lang in verschiedenen Funktionen für die WHO und gehörte u.a. zu den Autoren der Ottawa-Charta für Gesundheitsförderung. Seit 2008 leitet Ilona Kickbusch, nebst ihren Engagements als Gastdozentin und Beraterin nationaler und internationaler Institutionen und Organisationen, die Abteilung für globale Gesundheit am Hochschulinstitut für Internationale Studien und Entwicklung IHEID in Genf. www.ilonakickbusch.com www.graduate-institute.ch (Global Health Programme)



Eric Lafforgue/Invision/Barf

Gesundheitssysteme, welche die Medikamente möglichst nah zur Bevölkerung bringen – hier eine dörfliche Arzneimittel-ausgabe in Somaliland – wurden lange Zeit vernachlässigt

Von sozialer Entwicklung bis Chancengleichheit

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde 1986 anlässlich der ersten internationalen Konferenz der WHO zur Gesundheitsförderung 1986 im kanadischen Ottawa verabschiedet. Sie hält fest, dass ein guter Gesundheitszustand «eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung» ist und Gesundheit ein Gut, das im täglichen Leben fusst. Als wichtigste Handlungsstrategien zur angestrebten Gesundheit für alle nennt die Charta u.a. eine «gesundheitsfördernde Gesamtpolitik» sowie die Schaffung eines Versorgungssystems, das «weit über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht». Ein wichtiger Aspekt war zudem die Forderung nach Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit, damit alle Menschen befähigt werden, «ihr grösstmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen.» www.euro.who.int (Ottawa Charter)

Basisversorgung gewährleistet ist. Was gibt es hier für Lösungen?

Beim Geld gibt es immer zwei Aspekte. Schaut man sich in einigen der sehr armen Ländern die Verteilung der Gelder zwischen den Ressorts an, hat Gesundheit oft keine hohe Priorität. Das andere ist, dass man sich in manchen dieser Länder darauf verlässt, dass ein Grossteil des Gesundheitsbudgets von Entwicklungsorganisationen, also von aussen kommt. Leider wird dieses Geld eher in einzelne Programme investiert, als in den Aufbau nationaler Gesundheitssysteme. So kommt es, dass die einen sich für die Gesundheit von Müttern und Kindern engagieren, andere für die Bekämpfung von Malaria oder Aids, statt dass diese Gelder zusammengefasst werden, um ein System für die Basisgesundheitsversorgung zu schaffen. Das heisst für die armen Leute, dass sie von Pontius zu Pilatus laufen müssen, wenn sie unterschiedliche Gesundheitsprobleme in der Familie haben.

Weshalb tut man sich so schwer mit der direkten Förderung von Gesundheitssystemen?

Weil man die Methoden hatte, einzelne Krankheiten anzugehen, und – wie es so schön heisst – einzelne Leben zu retten, wurde die Schaffung von Gesundheitssystemen vernachlässigt, die langfristig sehr viel mehr Leben retten würden. Medizinische Gesundheitsprogramme sind verführerisch, weil sie sehr nahe an den Menschen sind und sich ihre Erfolge messen lassen. Ich kann die Anzahl Kinder zählen, die ich geimpft habe, und die Aids-Pillen, die ich verteile. Wenn ich hingegen in Basis-Gesundheitssysteme investiere, lässt sich das in der Regel nicht so direkt verbinden. Kommt hinzu, dass Finanzierungsorganisationen wie die Weltbank oder

der Internationale Währungsfonds in den letzten 20 Jahren die Privatisierung des Gesundheitssektors vorangetrieben haben. Nationale Gesundheitssysteme, die ehemalige Kolonien nach ihrer Befreiung entwickelt hatten und auch die funktionierenden Systeme in der ehemaligen Sowjetunion, wurden einfach zerstört. Deswegen ist die Lebens- und Gesundheitserwartung in diesen Ländern – in manchen afrikanischen Staaten ganz unabhängig von Aids – heute schlechter als in den 1960er-Jahren.

Ist das Menschenrecht auf Gesundheit überhaupt umsetzbar?

Wenn wir das Menschenrecht auf Gesundheit ernst nehmen, müssen wir ein integrales System der Versorgung wie auch der Prävention finden. Erste Priorität bei der globalen Umsetzung haben dabei Wasser und Hygiene, gefolgt von den Impfungen gegen die wichtigsten Kinderkrankheiten, der Umsetzung der Tabakkonvention sowie bessere Ernährung. Hier wissen wir eigentlich, was getan werden muss. Im Bereich der Medikamente hingegen werden wir neue Lösungen finden müssen. Das derzeitige Modell der Pharmaindustrie ist langfristig nicht haltbar, das wissen auch die Pharmakonzerne. Lassen sich mit Patenten nicht mehr stattliche Gewinne erzielen, dürfte hier eine ähnliche Revolution wie im Schallplattenbereich bevorstehen. Wie sich dies auf die Entwicklung von Medikamenten auswirken wird, ist offen. Eine Möglichkeit wäre die Schaffung von Forschungszentren, analog den internationalen Agrarforschungsinstituten. Oder Länder wie die Schweiz oder die EU könnten einen Teil ihrer grossen Forschungsetats für vernachlässigte Krankheiten zur Verfügung stellen. ■