

024

Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit am Beginn des 21. Jahrhunderts

Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim BMZ

Herausgegeben vom

**Bundesministerium für wirtschaftliche
Zusammenarbeit und Entwicklung**

Referat Entwicklungspolitische Informations- und Bildungsarbeit

**Friedrich-Ebert-Allee 40
53113 Bonn**

Tel.: 0228 / 535-3774/5
Fax: 0228 / 535-3500
e-mail: poststelle@bmz.bund.de
homepage: <http://www.bmz.de>

Endredaktion: Antje Göllner-Scholz

Dezember 2000

Der Beitrag stellt die Position des Wissenschaftlichen Beirats beim BMZ dar.

Inhaltsverzeichnis

1. Globale Gesundheit im Jahr 2000	3
2. Globalisierung und Gesundheit.....	4
3. Gesundheit, Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit	6
4. Gesundheitspolitische Forderungen an die Entwicklungszusammenarbeit	8

1. Globale Gesundheit im Jahr 2000

Gesundheit und Krankheit sind nicht nur Ausdruck physiologischer und pathologischer Organprozesse, sondern werden wesentlich von den Rahmenbedingungen des täglichen Lebens bestimmt. Die Betrachtung von Gesundheit und Krankheit im globalen Maßstab zeigt, wie vielfältig die Determinanten von Gesundheit und Krankheit sind. Wie stellt sich die Gesundheitssituation der Entwicklungsländer aktuell dar?

Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit sind in diesem Zusammenhang weniger als Indikatoren für den Stand medizinischer Versorgung, sondern vielmehr als Indikatoren der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung der vergangenen 20 Jahre zu sehen. Der Weltgesundheitsbericht 1999 weist auf eine beachtliche Senkung der globalen Säuglingssterberate (infant mortality rate, IMR) von 1978 bis 1998 hin. Sie bezeichnet die Sterblichkeit aller Kinder unter einem Jahr; im Median fiel diese Kennziffer um 31% von 84 auf 58 pro 1000 Lebendgeborene. Die höchsten Sterberaten finden sich in Afrika, Vorderasien und Südostasien, niedrigste Raten in Amerika, Europa und der Westpazifik-Region. Die Unterschiede sind erheblich: In Afrika ist die Rate von 120/1000 im Jahr 1978 auf 90/1000 im Jahr 1998 - also um 25% - gesunken, in Europa von 36/1000 auf 20/1000 um 44%. Diese Zahlen sind Mittelwerte riesiger Regionen, d.h. innerhalb der Regionen gibt es eine erhebliche Variabilität der Daten der einzelnen Länder und der Daten innerhalb der einzelnen Länder, aber summa summarum bleibt eine deutliche Senkung der Säuglingssterberaten.

Ein ähnliches Bild bietet sich für die Kindersterberate; sie bezeichnet die Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren (child mortality rate, CMR). Der globale Trend zeigt eine mediane Absenkung zwischen 1978 und 1998 von 149 auf 85 pro 1000 altersgleiche Kinder, also um 43%. Wiederum finden sich die höchsten Raten in Afrika und die niedrigste Rate in Europa; auffällig ist, dass in Süd- und Südostasien sowie in der West-Pazifik-Region die Kindersterberate der Mädchen etwas höher ist als die der Jungen.

Bei den Daten des Weltgesundheitsberichts 1999 zur Müttersterblichkeit zeigt sich ebenfalls eine große Variabilität zwischen den Regionen: im globalen Mittel 420 pro 100.000; aber sie ist mehr als doppelt so hoch in Afrika und beträgt weniger als ein Zehntel in Europa. In allen Regionen sind

die Daten 1999 deutlich niedriger als 1978.

Über diese Unterschiede dürfen auch nicht die Erfolge z. B. des Erweiterten Impfprogramms (Expanded Programme of Immunisation, EPI) der WHO hinwegtäuschen, durch das die Rate der gegen Masern geimpften Kinder weltweit zwischen 1987 und 1997 von 53 auf 82% gestiegen ist. Amerika und die West-Pazifik-Region erreichten über 90%, Afrika und Südostasien konnten die Impfraten bei ähnlichem Ausgangsniveau von 40% sehr unterschiedlich steigern: Afrika auf knapp 60%, Südostasien auf über 80%. Generell ist bei den Impfraten ein unübersehbarer globaler Fortschritt zu verzeichnen, der neben den mittelbar gesundheitsfördernden Entwicklungen viel zur Senkung der Kindersterblichkeit beigetragen hat. Dennoch ist das Risiko, an Masern zu sterben, für ein Kind aus einem Entwicklungsland immer noch 1000-mal größer als für ein Kind in einem Industrieland (Brundtland, 2000).

Die Verbreitung der oralen Rehydratationstherapie, der Gabe von Zucker-Salz-Lösungen bei Durchfallerkrankungen, hat ebenfalls deutliche Erfolge aufzuweisen: Der Weltgesundheitsbericht gibt die Verbreitung mit im Mittel 75% an, 64% in den least developed countries und 93% in Südostasien und der West-Pazifik-Region. Neben den Impfungen ist dies die medizinische Einzelmaßnahme mit dem höchsten Beitrag zur Senkung der Kindersterblichkeit. Aber auch hier dürfen hoch aggregierte Daten nicht über die erheblichen lokalen und sozialen Unterschiede der Durchfallsbedingten Sterblichkeit hinwegtäuschen.

Diese Bestandsaufnahme ließe sich erheblich über Malaria, Atemwegsinfektionen, Mangelernährung und viele andere Krankheiten hinaus weiterführen. All diese gesundheitlichen Aspekte tragen zur Lebenserwartung der Menschen bei, die weltweit zunimmt.

Die Ursachen für die Verbesserung der Indikatoren Mortalität und Durchimpfungsraten sind vielfältig. Ungeachtet dieser Verbesserungen weisen die großen regionalen Unterschiede auf die Diskrepanz der Entwicklungsfortschritte der Regionen hin. Gwatkin weist nachdrücklich darauf hin, dass wenig Grund zur Zufriedenheit mit dem Erreichten besteht, wenn man stärker auf die „Arm-Nichtarm“-Differenz zwischen und in den Regionen sowie auf die nationalen und lokalen Unterschiede abhebt (Gwatkin, 2000).

Das United Nations Development Programme (UNDP) zog 1999 eine Bilanz von Gesundheit

und Entwicklung für den Zeitraum 1990 bis 1997 (World Development Report, 1999). Als entscheidende Fortschritte wurden festgestellt:

- Menschen in 84 Ländern hatten 1997 eine Lebenserwartung von über 70 Jahren, 29 Länder mehr als im Jahr 1990. Die Zahl der Entwicklungsländer in dieser Gruppe stieg von 22 auf 49.
- Zwischen 1990 und 1997 stieg der Anteil der Bevölkerung mit Zugang zu sauberem Wasser von 40 auf 72%. Dies verweist auch auf die Erfolge der Strategie der Primären Gesundheitspflege (primary health care), die die WHO seit den siebziger Jahren verfolgt hat. Sie ist darauf gerichtet, die Voraussetzungen für Gesundheit zu schaffen und der Entstehung und Verbreitung von Krankheit vorzubeugen.

Gravierende Mängel bei der Entwicklung von Gesundheit sind laut UNDP:

- Die Zahl HIV/AIDS-Infizierter stieg von 1990 bis 1997 von weniger als 15 auf über 33 Millionen.
- Etwa 1,5 Mrd. Menschen haben eine Lebenserwartung von unter 60 Jahren.
- Mehr als 800 Mio. Menschen haben keinen Zugang zu Gesundheitsdiensten, und 2,6 Mrd. verfügen nicht über Basishygiene-Einrichtungen.

Neben den sinkenden Sterberaten wird zunehmend die Gewährleistung einer zumindest ausreichenden Lebensqualität für diejenigen, die Erkrankungen mit bleibenden Behinderungen überleben, zu einer Herausforderung für das Gesundheitswesen auch der ärmeren Länder.

Zusammenfassend ist festzustellen: Es gibt große Fortschritte, aber von „Gesundheit“ als einer „Chance für Alle“ kann noch nicht die Rede sein. Global akzeptierte Standards für den Zugang zu medizinischer Versorgung und die Qualität dieser Versorgung bleiben Zukunftsaufgaben.

2. Globalisierung und Gesundheit

Die Ausbreitung von Epidemien in der Geschichte der Globalisierung war auch Ausdruck früher „reisemedizinischer“ Probleme; Reisende, Flüchtlinge und unbeabsichtigt mitgebrachte Tiere

waren die Vektoren. Von der Pest im Jahr 1347 über die Syphilis ab 1500 sowie den Pest-, Pocken- und Choleraepidemien bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts war die wirtschaftliche und geopolitische Expansion der europäischen Nationalstaaten auch Auslöser bedeutender Gesundheitsgefährdungen. Die internationalen Sanitätskonventionen des 19. und 20. Jahrhunderts bis hin zur 1948 gegründeten Weltgesundheitsorganisation waren eine Reaktion auf diese Globalisierung von Gesundheitsproblemen, die der ersten von Europa ausgehenden wirtschaftlichen Expansion folgte. Die globale Verbreitung der Tuberkulose im 19. Jahrhundert und von HIV/AIDS seit 1980 sowie eine Reihe von sogenannten „newly re-emerging diseases“ sind teilweise ebenfalls Folge der zunehmend rascheren und umfassenderen Mobilität der Menschen.

Als internationale Gesundheitsprobleme werden in diesem Sinne aber längst nicht mehr nur mittelbar und unmittelbar übertragbare Infektionskrankheiten angesehen. Nachdem internationale Abkommen zur Eindämmung von Infektions-epidemien geschlossen wurden, gewinnen heute nicht-infektiöse Krankheiten und chronische Gesundheitsstörungen globale Bedeutung.

Den Chancen des weltweiten Handels mit Medikamenten und medizinischen Technologien stehen der nicht gesicherte Transfer von Produkten und Produktionsverfahren und damit verbundene Risiken gesundheitlicher Schädigung als neue Problemfelder gegenüber. Diese gewinnen negative Bedeutung vor allem dann, wenn die inzwischen in Industrieländern entwickelten gesetzlichen und technischen Schutzvorkehrungen nicht mit transferiert oder nicht angewandt werden.

Ein besonderes Kapitel ist in diesem Zusammenhang der Transfer von Produktionsverfahren und Produkten, die aufgrund ihrer Gesundheits- oder Umweltschädlichkeit in hochindustrialisierten Ländern verboten sind. Der Export gesundheitsgefährdender Stoffe und ihre unsachgemäße Endlagerung (zum Beispiel radioaktive Substanzen) stellen für die internationale Gemeinschaft nicht akzeptable Risiken von Globalisierung dar. Solchem Export zu begegnen, ist daher auch das Ziel verschiedener Abkommen im Rahmen der internationalen Handelsordnung.

Nicht übertragbare Krankheiten selbst überschreiten keine Grenzen; es sind vielmehr ihre Ursachen, die sich grenzüberschreitend ausbreiten: Handel, Kommunikation, Migration und Tourismus führen zu Veränderungen von Wertvorstel-

lungen, „Lebensstil“ oder dessen Surrogat und Wahrnehmung von Gesundheitsbedürfnissen. Das rasche Wachstum des internationalen Handels und die zunehmende Mobilität von Menschen bergen die Gefahr, dass gesundheitsschädigende Begleiteffekte mit transferiert werden. So wird „westlicher“ Lebensstil in nicht-westliche Gesellschaften importiert - und „alternative“ Lebensstile von dort in westliche Industrieländer. Die weltweite Verbreitung und Vermischung von Ess- und Trinkgewohnheiten, unterschiedliche Formen des Konsums von Alkohol, Tabak und anderer Drogen führen zu einer Globalisierung der damit verbundenen gesundheitlichen Probleme. Selbst in Drogen produzierende Länder werden zusätzlich Drogen eingeführt.

In vielen Ländern, die sich in mehr oder weniger intensiver Form am internationalen Handel und an Personenwanderungen beteiligen, verzeichnet das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen, UNDP, eine Verschlechterung der medizinischen Versorgungssituation der ärmeren Bevölkerungsschichten (Human Development Report 1999). Die Ursachen dafür sind vielfältig; sie werden von den Betroffenen selbst häufig mittelbar oder unmittelbar mit der stärkeren Differenzierung der Gesellschaft und mit den Folgen von Strukturanpassungsprogrammen der Geberinstitutionen in Zusammenhang gesehen, da die nationalen Regierungen die Ausgaben für staatliche Gesundheitsfürsorgeprogramme kürzen mussten. Betrachtet man Länder wie Kenia oder Elfenbeinküste, die in den siebziger Jahren Erfolge bei der Integration in den Weltmarkt verzeichnen konnten, dann findet man dort heute die Gesundheitsversorgung durch eine ausgeprägte Zwei-Klassen-Struktur gekennzeichnet: Während der freie Markt für Gesundheitsleistungen wächst, darben die öffentlichen Gesundheitsdienste; Steigerungen der Ausgaben für Gesundheit im privaten Sektor gehen einher mit niedrigen öffentlichen Gesundheitsausgaben. Diese Politik schlägt sich darin nieder, dass die Impfquote gegen Masern in Kenia deutlich niedriger als beispielsweise in ärmeren Ländern wie Tanzania oder auf den Kapverdischen Inseln liegt (World Health Report 1999). Während auf der einen Seite der Trend zu „public-private partnership“ im Bereich der Anbieter von Patientenversorgung die Möglichkeit einer qualitativen und quantitativen Verbesserung bietet, ist die Erosion im Bereich der präventiv und kurativ tätigen öffentlichen Gesundheitsdienste nicht zu übersehen. Die neueren Erkenntnisse über die Bedeutung der Armut und ihre Bekämpfung durch eine auf Sicherung der Grundbedürfnisse orientierte Strategie verspre-

chen Möglichkeiten, auch die Reichweite und Qualität der öffentlichen Gesundheitsförderung zu verbessern.

Globalisierung birgt Chancen und Risiken für die Menschen in den Entwicklungsländern. Globalisierung im Sinne einer universalen Anerkennung und Durchsetzung sozialer Grundrechte kann die Rechte der Landlosen stärken, und die Beseitigung von Hunger muss in die Bemühungen eingeschlossen werden, Demokratie und Partizipation zu fördern. In diesem Sinne sind positive Folgen der Globalisierung insbesondere in Teilen Lateinamerikas, Südostasiens und Nordafrikas festzustellen.

Nach Erkenntnissen der OECD hat das mit der Globalisierung verbundene Risiko, umwelt- und gesundheitsgefährdende Arbeitsplätze dort zu schaffen, wo Gesundheits- und Umweltschutz eher klein geschrieben werden, keine Bedeutung erlangt. Es gibt aber auch Berichte, dass Niedriglohnländer durch Absenkung der in 100 Jahren zur Humanisierung der Lebens- und Arbeitswelt geschaffenen sozial-, umwelt- und gesundheitspolitischen Normen eine Verlagerung von Arbeitsplätzen zu erreichen versuchen. In Produktionsstätten dort, die von ausländischen Investoren betrieben werden, herrschen oftmals bessere Arbeitsbedingungen als in Produktionsstätten heimischer Investoren.

Die zwischen 1930 und 1973 ausgehandelten ILO-Konventionen haben wesentlich zur Gesundheitsförderung in den Industrieländern beigetragen. Hier sind insbesondere das Verbot von Zwangs- und Kinderarbeit zu nennen. Dies schrittweise auch in Entwicklungs- und Schwellenländern zu verwirklichen, ist eine aktuelle Aufgabe für politisches Handeln. Eine solche nachhaltige Entwicklung ist auf bilateraler und multilateraler Ebene zu verfolgen. Auch in armen Ländern kann Globalisierung dazu beitragen, dass die mit den ILO-Konventionen verbundene Gesundheitsverbesserung erreicht wird. Dieses Ziel ist zum einen ethisch begründet. Zum anderen sind die von unterschiedlichen Erwerbsmöglichkeiten und Lebensqualitäten in verschiedenen Ländern ausgehenden Gefahren auf andere Länder, insbesondere die Entwicklung

- transnationaler und transkontinentaler Migrationsbewegungen,
- globaler Umweltschäden,
- organisierter Kriminalität und

- innerstaatlicher sozialer Verwerfungen

nicht zu unterschätzen.

Vor dem Hintergrund der Globalisierung von Dienstleistungsangeboten kommen nicht-industrialisierte Länder zunehmend in die Situation, sich zwischen dem Einkauf von Gesundheitsdienstleistungen im Ausland (Medikamente und medizinischer Grundbedarf in der Regel in den westlichen Industrieländern) und dem Aufbau eigener öffentlicher und privater Angebote im Gesundheitswesen entscheiden zu müssen. Knappe Haushaltsmittel erzwingen diese Entscheidung zunehmend zugunsten eigener privater Sektoren, denn in vielen armen Ländern können auch Angehörige der staatlichen und wirtschaftlichen Eliten die aufwendige Betreuung in Industrieländern selbst mit staatlicher Unterstützung nicht mehr finanzieren. Gleichzeitig stehen immer weniger Mittel für die Gesundheitsversorgung der breiten Bevölkerung im Land zur Verfügung. Hier besteht politischer Handlungsbedarf in den Ländern selbst und im Rahmen von Entwicklungszusammenarbeit.

Genau so breit wie die Palette gesundheitlicher Risiken in Verbindung mit Globalisierungsprozessen selbst oder dadurch ausgelösten Fehlentwicklungen sind aber auch ihre positiven Aspekte. Die Erkenntnis, dass ein Gesundheitsproblem alle angeht, war der Ausgangspunkt für die Gründung internationaler Organisationen und für internationale Gesundheitsgesetzgebungen. Die unter dem Schock des 2. Weltkriegs und seiner Folgen 1948 gegründete Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat Gesundheit zu einem Menschenrecht erhöht. Gesundheit wird als übernationales Anliegen und Voraussetzung für globale Sicherheit und Frieden angesehen. Armut wird als mittelbare Hauptursache von Krankheit erkannt und akzeptiert. Die WHO hat damit den Rahmen für eine „Weltgesundheitspolitik“ abgesteckt und sich zum Ziel gesetzt, Standards sowohl zur Vereinheitlichung von medizinischer Terminologie als auch zur Qualität medizinischer Versorgung und Dienstleistungen zu erarbeiten. Die Beratung und Unterstützung der Mitgliedstaaten in medizinischen Fragen und in der Formulierung ihrer Gesundheitspolitik schaffen Voraussetzungen für eine Globalisierung von Medizin und Gesundheit. Die modernen Kommunikationstechniken tragen dazu entscheidend bei, weil sie den aktuellen Informationsaustausch – unter anderem über Internet - auch in Regionen mit schwacher Infrastruktur ermöglichen.

3. Gesundheit, Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit

Gesundheitspolitik wird heute in der Entwicklungszusammenarbeit sowohl von den Regierungen der „Geberländer“ als auch von den internationalen Organisationen einschließlich der Weltbank als Teil der Sicherung von Grundbedürfnissen und zugleich als ein Element von Armutsbekämpfung eingestuft. Gesundheit ist sowohl ein Menschenrecht als auch eine Voraussetzung für die Produktivität der Menschen und ein bedeutender Wirtschaftszweig.

In den letzten Jahrzehnten haben sich neben der WHO weitere internationale Organisationen wie Weltbank, UNDP, UNICEF und andere auf dem Feld der Gesundheitspflege mit viel Engagement, großen Finanzmitteln und auch politischem Gewicht in den Entwicklungsländern engagiert, denn 90% der globalen Krankheitsbürde betreffen die Entwicklungsländer, die nur über 10% der Gesundheitsressourcen verfügen. Vielfalt und Dringlichkeit der existierenden Gesundheitsprobleme in den armen Ländern sind nach wie vor gewaltig. Sie werden heute schon und in Zukunft in erst langsam einschätzbarer Weise zusätzlich durch die HIV/AIDS-Pandemie geprägt.

Mehr als 25 Jahre Entwicklungszusammenarbeit mit dem Ziel einer Verbesserung von Gesundheit zeigen, dass nachhaltige Erfolge mit der Strategie der primären Gesundheitspflege erzielt wurden. Die Förderung von Hygiene, Bildung und Gesundheitsinformation sowie der Zugang zu einfachen medizinischen Einrichtungen sind schon seit 1978 tragende Elemente dieses Konzepts.

Ein Gesundheitsproblem als globales Problem zu erklären, ruft eine große Zahl von Organisationen und Gruppierungen mit altruistischen Absichten auf den Plan. Dabei besteht eine gewisse Gefahr, zu einem „top-down-approach“ zu gelangen, bei dem die Empfänger beziehungsweise die Betroffenen praktisch keine andere Wahl haben, als vorgegebene Hilfsangebote zu akzeptieren.

Bei zunehmender Mobilität wirken sich lokale Gesundheitsprobleme in Entwicklungsländern zunächst mittelbar und später auch unmittelbar auf Schwellen-, Übergangs- und Industrieländer aus. Die Öffnung von Grenzen auch für gesundheitsrelevante Waren und Dienstleistungen muss von einem gemeinsamen Konzept der Sicherung gegenüber grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren begleitet werden. Ohne ein solches ge-

meinsames, global vertraglich abzusicherndes Gesundheitssicherungskonzept besteht die Gefahr, Gesundheitsrisiken aus Industrieländern in Entwicklungsländer und umgekehrt zu übertragen. Konkret: Der Handel mit Waren aus Entwicklungsländern geht oft einher mit Kontamination durch Krankheitserreger und Belastung mit Schadstoffen; der Handel von Waren aus Industrieländern ist oft verbunden mit den Gesundheitsgefahren von Drogen mit Suchtpotential (zum Beispiel Tabak und Alkohol), aber auch des Abfalls von Kunststoffprodukten (zum Beispiel Dioxine, PCB und andere).

Globalisierung der Märkte, Produkte (auch medizintechnische und pharmazeutische) und Dienstleistungen (auch von Gesundheitsdiensten) werden dagegen als eine nicht zu versäumende Gelegenheit der Integration und Zusammenarbeit angeboten. Eine Differenzierung zwischen Gewinnern und Verlierern im Globalisierungsprozess auf der Ebene der Partnerländer und der gesellschaftlichen Schichten findet in der Regel weder national noch international statt.

Betrachten wir hinsichtlich der Differenzierung von Arm und Reich in Entwicklungsländern noch einmal die Sterberaten der Kinder: Der Weltgesundheitsbericht 1999 dokumentiert für jedes Land die Sterblichkeit der Mädchen bis zum Alter von fünf Jahren aus armen und aus nicht-armen Familien. Daten aus Afrika, über die Ländergrenzen zusammengefasst, zeigen eine mediane Sterberate von 240 pro 1000 für die Armen und 44 pro 1000 für die Nicht-Armen. Anders ausgedrückt: Das Sterberisiko von Mädchen aus armen Familien ist im Median sechs Mal höher als bei Mädchen aus nicht-armen Familien.

Bei diesen gravierenden Unterschieden zwischen der Entwicklung für die Armen und Nicht-Armen in den einzelnen Ländern hat Entwicklungszusammenarbeit anzusetzen. Da-zu bedarf es der Prinzipien von primärer Gesundheitspflege – und sehr gut angepasster Strategien in jedem einzelnen Land und einzelnen Regionen. Die Einbettung gesundheitsfördernder Einzelmaßnahmen in eine auf Armutsbekämpfung angelegte Sozial- und Wirtschaftspolitik, wie sie auch von der Weltbank als Ziel verfolgt wird, bewirkt auch eine stärkere politische und institutionelle Verankerung in den Partnerländern (World Bank, Health, Nutrition, Population, 1994-2000).

Internationale Zusammenarbeit bei der Ausgestaltung der Sozialpolitik kann die Voraussetzungen dafür schaffen, dass auch die Menschen, die heute

als arm charakterisiert werden, bessere Lebenschancen bekommen. In diesem Sinn ist eine einseitige Fixierung der Entwicklungszusammenarbeit auf Krankheits-orientierte Programme zu vermeiden. Gleichzeitig legen die großen Gesundheitsgefährdungen (Malaria, AIDS, Malnutrition) den Ausbau von Programmen nahe, die diese Krankheiten spezifisch durch Forschung, Ausbildung und direkte Medikamenten- und Ausstattungshilfe bekämpfen.

Die Gentechnologie bietet heute das Potential für eine Vereinfachung medizinischer Diagnose- und Therapieverfahren bei gleichzeitiger Kostensparnis gegenüber dem Einsatz herkömmlicher Medikamente und Technologien. Diese Chancen in Industrie- und Entwicklungsländern gleichermaßen verfügbar zu machen, ist eine Aufgabe staatlicher bilateraler und multilateraler Entwicklungszusammenarbeit, die sich komplementär - und gegebenenfalls kompensatorisch - zu den negativen Konsequenzen der Globalisierung versteht. Hier kann die Entwicklungszusammenarbeit Vorhaben im öffentlichen und privaten Sektor fördern, bei denen angepasste neue Technologien sowohl zum Schutz der natürlichen Ressourcen als auch zur Verminderung der wirtschaftlichen und natürlichen Belastung der Menschen eingesetzt werden.

Gleichzeitig verbinden sich Risiken für die Gesundheit mit der globalen Verbreitung gentechnischer Verfahren, zum Beispiel durch - im Extremfall lebensgefährliche - Reaktionen auf neue allergene Eigenschaften von Nahrungsmitteln, die durch gentechnische Verfahren übertragen werden. Diesen Risiken ist durch intensiven Informationsaustausch über gentechnologische Verfahren und Produkte Rechnung zu tragen.

Auf die Globalisierung der Wirtschaft richten sich generell große positive Erwartungen. Die Teilnahme an der Globalisierung soll den Lebensstandard gerade auch in den Entwicklungsländern steigen lassen. Dabei wird oftmals ein Rückgang – nicht selten ineffizienter - staatlicher Aktivitäten und eine Zunahme privaten Engagements gefordert. Wenn diese Entwicklung nicht nur kleinen Bevölkerungsgruppen zugute kommen soll, werden die Akteure ins Auge fassen müssen, die Armen in den Austausch von Arbeit, Waren und Dienstleistungen einzubinden.

Der UNDP-Bericht 1999 fasst die Anforderungen an eine Globalisierung mit menschlichem Gesicht zusammen:

- „weniger Verletzung von Menschenrechten,
- weniger Ungleichheit der Menschen innerhalb und zwischen Nationen,
- weniger Marginalisierung von Menschen und Ländern,
- weniger Instabilität von Gesellschaften und weniger Verletzlichkeit der Menschen,
- weniger Umweltzerstörung,
- weniger Armut und Ausbeutung

... und nicht mehr“ (Human Development Report 1999).

Für die Entwicklungszusammenarbeit gilt es, Gesundheitsförderung und Zugang zu Gesundheitsversorgung als Elemente der Armutsbekämpfung zu begreifen. Gesundheit ist nicht nur humanitär und als Menschenrecht zu begründen, sondern auch – zusammen mit Bildung – als Voraussetzung der Teilnahme für den Einzelnen am Entwicklungsprozess eines Landes und als Voraussetzung für die Teilnahme des Landes an den positiven Wirkungen der Globalisierung. Schließlich stellt der Gesundheitssektor einen wesentlichen Faktor für das Bruttosozialprodukt aller industrialisierten Länder dar und bietet auch insofern ein Feld für gesamtwirtschaftliche Entwicklungsprozesse.

Die Unterschiede in den Krankheits- und Sterbedaten der Armen und Nicht-Armen sind auch Indikatoren für die Risiken gesellschaftlicher Fehlentwicklung. Wenn die Lebensbedingungen der Menschen in den Ländern der Erde so unterschiedlich werden, je nachdem ob man zu der Gruppe der Armen oder der Nicht-Armen gehört, dann stellen die sozialen Unterschiede auch ein gesellschaftliches Konfliktpotential dar. Die häufig beklagte Zunahme gewaltsam ausgetragener Konflikte in Entwicklungsländern hat eine Wurzel in gesellschaftlicher Desintegration, in einem Auseinanderfallen von Lebenschancen. Daher ist Gesundheitsförderung, die die Ärmsten im Blick hat, auch eine Komponente von Krisenprävention.

4. Gesundheitspolitische Forderungen an die Entwicklungszusammenarbeit

Der Kontext der wirtschaftlichen Globalisierung bietet die Chance, soziale Werte als besonderes Markenzeichen deutscher Entwicklungszusammenarbeit aufzunehmen.

Gesundheitsförderung durch Entwicklungszusammenarbeit hat vier Aspekte:

- Gesundheit als Menschenrecht mit globaler Bedeutung;
- Gesundheit als Wirtschaftsfaktor, denn Gesundheit ist eine entscheidende Voraussetzung für die Leistungsfähigkeit des Einzelnen und der Gesellschaft;
- Gesundheit als Faktor der Zivilgesellschaft, die sich aus humanitären, sozialen, wirtschaftlichen und politischen Gründen die Erhaltung von Gesundheit und die Prävention von Gesundheitsstörungen zum Ziel setzt;
- Gesundheit als Entwicklungsfaktor für einen großen gesellschaftlichen Dienstleistungs- und Produktionsbereich.

Die Weltgesundheitsorganisation hat in einem Restrukturierungs- und Modernisierungsprozess ihre Programme überarbeitet, sodass wieder eine aktive „Weltgesundheitspolitik“ eingeleitet worden ist.

In ihrem Arbeitsprogramm hat die WHO spezifische Interventionsbereiche abgesteckt, deren konzeptionelle, technische und finanzielle Unterstützung ein wichtiges Element der Entwicklungspolitik zur globalen Gesundheitsförderung sind:

- Gesundheit als explizites Teilziel nationalstaatlicher und internationaler Politik;
- Chancengleichheit beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und deren Qualitätsverbesserung;
- Definition von Gesundheit und Gesundheits-sicherung entsprechend der Änderung der Gesundheitsprobleme durch individuelles und gesellschaftliches Verhalten, der Alters- und Bevölkerungsstruktur und der Umwelteinflüsse

im weitesten Sinne.

- Prioritäre Prävention und Kontrolle spezifischer Gesundheitsprobleme (zum Beispiel die HIV/AIDS-Pandemie, Tuberkulose, aber auch Mütter- und Neugeborenensterblichkeit und andere).

Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit sollte die folgenden Maßnahmen und Schwerpunkte teils als Innovation teils als Verstetigung enthalten:

1. Konzeptionelles Engagement in der Weltgesundheitspolitik auf der Ebene der Vereinten Nationen, der Weltbank und anderer multilateralen Organisationen sowie unmittelbare Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation bei der Wahrnehmung ihrer Aufgaben sowohl durch finanzielle Beiträge als auch durch Abstimmung der konkreten Entwicklungszusammenarbeit. Armut ist eine wesentliche mittelbare Ursache von Krankheit. Zur Prävention von Krankheit und Gesundheitsstörungen ist vorrangig Armut zu bekämpfen und Zugang zu Gesundheits-relevanter Information zu gewährleisten. Gesundheitspflege in der Entwicklungszusammenarbeit steht im Kontext der Sicherung von Grundbedürfnissen.
2. Gesundheit ist in internationalen Abkommen als Menschenrecht definiert. Dieses Menschenrecht für alle Menschen wirksam werden zu lassen, ist ein übergeordnetes Ziel der Entwicklungszusammenarbeit. Gesundheit der Menschen ist weiterhin eine Voraussetzung für globale Sicherheit und Frieden. Die Unterschiede im Zugang zu Gesundheit müssen sowohl zur Sicherung des Rechts auf Gesundheit als auch zur Vorbeugung von Migration und Krisen vermindert werden.
3. Die AIDS-Epidemie hat neben der humanitären auch eine eminent politische und wirtschaftliche Dimension, die den Teufelskreis der Armut für ganze Länder schließt. AIDS-Forschung muss sich sowohl auf den biomedizinischen Aspekt als auch auf die Chancen der Prävention durch Information und Kommunikation konzentrieren. AIDS-Diagnostik und Therapie dürfen nicht nur unter den Lebensbedingungen der Industrieländer für die Menschen wirksam werden.
4. Die „Primary Health Care“ (PHC)-Strategie hat auf dem Weg vom Konzept zur praktischen Anwendung zunehmend eine Anpassung an unterschiedliche Situationen und An-

forderungen erfahren. Entwicklungszusammenarbeit sollte die Partnerländer bei der Weiterentwicklung der Programme auch im Sinne der „District Health Programme“ weiterhin unterstützen und die Übernahme von Aus- und Weiterbildungsaufgaben für spezielle medizinische Anforderungen vorsehen.

5. Entwicklungszusammenarbeit sollte nachhaltige Hilfe bei der Eindämmung von Seuchen (insbesondere HIV/AIDS) sowie Ausstattungs- und Unterhaltshilfe für Produkte der Medizintechnik und Pharmazie leisten, die in Industrie- oder Transformationsländern produziert und in Entwicklungsländern gebraucht werden. Eine Verknüpfung der humanitär orientierten kurzfristigen Hilfe mit der mittel- und langfristigen Entwicklungszusammenarbeit ist unverzichtbar (siehe auch 10).
6. Im Rahmen der Entwicklungszusammenarbeit können hier gewonnene Erfahrungen mit Gesundheitsproblemen einer urbanisierten, älter werdenden Bevölkerung in einer Industriegesellschaft (chronische Krankheiten, Krebserkrankungen, etc.) weitergegeben werden; hierzu gehört auch die Förderung von „public health“ und „public health nutrition“ in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Bundesministerium für Gesundheit.
7. Unter den Bedingungen der Entwicklungsländer kommt der Sicherung der Nachhaltigkeit von Produktions- und Dienstleistungsprozessen im Gesundheitswesen besonders große Bedeutung zu. Der Zugang zu effektiven Betreuungseinrichtungen muss durch Strategien zur Qualitätssicherung dauerhaft gewährleistet werden.
8. Gesundheits-orientierte Entwicklungszusammenarbeit soll sich an der gemeinsamen Entwicklung von Sicherheitskonzepten für die Nutzung gentechnischer Verfahren sowie für die gesundheits- und umweltschonende Handhabung giftiger Substanzen und Emissionen aus den Produktionsprozessen der Industrie, des Bergbaus und der Landwirtschaft beteiligen. Dies ist ein gemeinsames Arbeitsfeld für öffentliche und private Akteure, weil zum einen der Schutz von Umwelt und Gesundheit öffentliches Gut ist, zum anderen aber die Akzeptanz gentechnischer Verfahren und Produkte unmittelbar von ihrer Unbedenklichkeit für Umwelt und Gesundheit abhängt.

9. Im Rahmen der Gewinnung von Selbstständigkeit und Entscheidungsfreiheit im Gesundheitsbereich kommt der Förderung öffentlicher und – wo dies institutionell und gesellschaftlich angemessen ist - privater oder auch gemeinsam finanzierter Krankenversicherungs- und Gesundheitsversorgungssysteme auf kommunaler, Distrikt- und staatlicher Ebene zunehmende Bedeutung zu. Hier sind durch die Entwicklungszusammenarbeit zu angepassten Modellen gemeinsam mit Partnern im Bereich der staatlichen Partner und Nichtregierungsorganisationen zu entwickeln, zum anderen sollten im Rahmen der EZ auch in Deutschland gewonnene Erfahrungen mit dem historisch und im internationalen Vergleich außerordentlich erfolgreichen Solidaritätsprinzip eingebracht werden. Die gesetzlichen Krankenkassen können hierzu wichtige Beiträge leisten.
10. Nachhaltige humanitäre Hilfe definiert sich nicht nur kurzfristig sondern stellt akute Nothilfe als Prävention der nächsten Krise oder Katastrophe in den Kontext mittel- und langfristiger Entwicklungsprogramme. In diesem Zusammenhang ist die Bedeutung der Verhinderung und Überwindung von kriegerisch ausgetragenen Konflikten für Gesundheit und Gesundheitssicherung hervorzuheben.
11. Um bedarfsgerechte Maßnahmen im Bereich der Behandlung und der Prävention der großen Gesundheitsprobleme (HIV-Epidemie, Malaria, Malnutrition und andere) ergreifen zu können, ist sowohl die öffentliche als auch die private und gemischt finanzierte Forschung unter anderem durch die gezielte Bildung von Fonds für die Bekämpfung der großen Seuchen erheblich zu verstärken.
12. Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich ist daran gebunden, dass eine hochqualifizierte Ausbildung in Deutschland und in Partnerländern gefördert wird. Die Absolventen, die den speziellen Anforderungen der Gesundheitspflege in Entwicklungsländern gerecht werden wollen, brauchen eine hohe theoretische Qualifikation plus Erfahrung in den Partnerländern. Die theoretische Qualifikation beschränkt sich hier nicht auf die klassischen Fächer der klinischen Medizin, sondern muss wesentlich „public health“, Epidemiologie, Ernährung und Versicherungsmedizin enthalten. Die multilateralen Organisationen setzen heute solche Qualifikationen bei der Einstellung von Mitarbeitern

voraus.

13. Ärztinnen und Ärzte aus Entwicklungsländern suchen in den Industrieländern eine hochqualifizierte Aus- und Weiterbildung. Nach einem solchen Qualifizierungsaufenthalt muss ihre Rückkehr durch fachliche und finanzielle Hilfen sowie Nachbetreuungsprogramme weiterhin – am besten in verstärkter Form - gefördert werden. Diesen Personenkreis als Partner bei der Entwicklungsarbeit in ihren Heimatländern zu unterstützen, bedeutet zum einen die investierten Aufwendungen in ihre Ausbildung dadurch rentabel zu machen, dass sie ihrer Qualifikation entsprechend arbeiten können. Zum anderen wird die ideelle Bindung der Betroffenen gefördert, und Partnerschaften können zum beiderseitigen Vorteil entwickelt, ausgebaut und erhalten werden.

Mit diesen Schwerpunkten hat die Entwicklungszusammenarbeit die Chance, einen wirksamen Beitrag zur Gesundheitsförderung der Bevölkerung in den Entwicklungsländern zu leisten. Gleichzeitig wird sie der Verantwortung reicher Industrienationen gerecht, indem sie globale Armutsbekämpfung und Krisenprävention auch auf diesem Feld vorantreibt.

Referenzen

- Brundtland, G. H., Grundrecht Gesundheit. Vision: Mehr Lebensqualität für alle. Frankfurt/a. M., 2000.
- Gwatkin, D. R., Health inequalities and the health of the poor: what do we know? What can we do? Bull World Health Organ 2000;78(1):3-18.
- UNDP, Human Development Report 1999. New York, 1999.
- WHO, World Health Report 1999. Geneva, 1999.
- World Bank, Health, Nutrition and Population. Washington, 1997.