

Ein Dossier der VENRO-AG Gesundheit
in Zusammenarbeit mit der Redaktion WELT-SICHTEN.

Globale Gesundheit

Die Förderung und Erhaltung der Gesundheit ist Grundlage
für Entwicklung

VENRO

VERBAND ENTWICKLUNGSPOLITIK
DEUTSCHER NICHTREGIERUNGS-
ORGANISATIONEN e.V.

In einem Gesundheitszentrum
im Osten der DR Kongo: Ein Arzt trägt
die Untersuchungsergebnisse eines kleinen
Mädchens in dessen Krankenakte ein.

Foto: Angelika Weber





Renate Bähr
ist Geschäftsführerin der
Stiftung Weltbevölkerung und
Vorstandsmitglied des Verbands
Entwicklungspolitik deutscher
Nichtregierungsorganisationen e.V.
(VENRO).

Liebe Leserinnen und Leser,

das Recht auf Gesundheit ist ein universelles Menschenrecht. Gesundheit ist grundlegend dafür, dass Menschen in Würde leben und ihre Fähigkeiten entfalten können. Gleichzeitig ist Gesundheit eine wesentliche Voraussetzung für soziale und wirtschaftliche Entwicklung. Durch fehlende Präventions- und Behandlungsmöglichkeiten wird nicht nur großes individuelles Leid ausgelöst: Ganze Staaten werden in ihrer Entwicklung stark eingeschränkt.

Um Armut, Hunger und Krankheit zu verringern, haben 189 Mitgliedstaaten der Vereinten Nationen im Jahr 2000 acht Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) verabschiedet. Mit drei gesundheitsbezogenen Zielen messen sie dem Gesundheitssektor eine herausragende Bedeutung zu. Jedoch droht das Erreichen der Gesundheits-MDGs zu scheitern. Die geringsten Fortschritte wurden bei der Verbesserung der Müttergesundheit (MDG 5) erzielt. Nach wie vor sterben jährlich mehr als 350.000 Frauen aufgrund von Komplikationen bei Schwangerschaft oder Geburt. Vor allem in Afrika südlich der Sahara ist der Handlungsbedarf enorm.

VENRO befasst sich seit 2010 verstärkt mit Gesundheitsfragen und wird so der großen Bedeutung des Themas im Kampf gegen die weltweite Armut gerecht. Die Beiträge in diesem Dossier bündeln die Expertise der zivilgesellschaftlichen Organisationen in der gesundheitsbezogenen Entwicklungszusammenarbeit. Sie zeigen auf, welche Hindernisse den vereinbarten Zielsetzungen der Millenniumserklärung im Weg stehen und wie ihnen begegnet werden kann. Deutlich wird: Alle Beteiligten aus dem Norden und dem Süden müssen Gesundheit zur Priorität machen.

Ihre

3 Menschenrechte, Armut und Gesundheit
Die Förderung von Gesundheit bedarf des Einsatzes aller
Sonja Weinreich und Alexander Lohner

8 Risiko Geburt
Geburten müssen begleitet werden – und dabei spielen auch traditionelle Geburtshelferinnen eine wichtige Rolle
Caroline J. Kent und Barbara Kühlen

11 Satter Start ins Leben
Den Teufelskreis von Mangelernährung durchbrechen
Tanja Abubakar-Funkenberg,
Samia Kassid und Julia Meixner

14 Gesundheit: wie das Fundament eines Hauses
Die Stärkung von Gesundheitssystemen ist Voraussetzung für die menschliche Entwicklung
Gisela Schneider und Marwin Meier

16 Eine Frage des Geldes?
Gesundheitsfürsorge bedarf der fairen Finanzierung
Barbara Fürst und Tobias Luppe

20 Druck von unten ist entscheidend
Zivilgesellschaftliche Organisationen treiben den Zugang zu bezahlbaren antiretroviralen Medikamenten voran
Astrid Berner-Rodoreda und
Christiane Fischer

22 Ungleichheit macht krank
Soziale Determinanten für Gesundheit
Andreas Wulf und Joachim Rüppel

25 Die Gesundheitsrendite
Emissionsminderung nutzt der Gesundheit
Winfried Zacher

27 Die VENRO-AG Gesundheit
Engagement für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit für alle Menschen

Menschenrechte, Armut und Gesundheit

Die Förderung von Gesundheit bedarf des Einsatzes aller

Foto: Christof Krackhardt / Brot für die Welt



| Sonja Weinreich
und Alexander Lohner

Gesundheit ist die Voraussetzung dafür, dass Gesellschaften sich entwickeln und Armut überwinden können. Sie ist auch eine Voraussetzung für die Entwicklung jedes Einzelnen: Laut der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte und dem Sozialpakt der Vereinten Nationen zählt die Gesundheit zu den Grundrechten eines jeden Menschen. Doch dieses Recht wird der Hälfte der Weltbevölkerung vorenthalten.

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit. Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation ist sie ein Zustand des vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlbefindens. Doch den können viele nicht erreichen, insbesondere in Entwicklungsländern: Jährlich sterben rund 18 Millionen Menschen an heilbaren Krankheiten wie Durchfall, Malaria und Tuberkulose. Ein Kind, das in Afghanistan geboren wird, hat eine Lebenserwartung von 42 Jahren, bei einem in Deutschland geborenen beträgt sie mehr als 80 Jahre. Das Risiko einer Frau, während Schwangerschaft und Geburt zu sterben, beträgt in Deutschland 1 : 30.000, in den ärmsten Ländern der Erde 1 : 6.

Medizinische Betreuung von Afar-Nomaden in Äthiopien im Rahmen der Arbeit von APDA (Afar Pastoralist Development Association). HIV-Tests gehören zum Programm.

Die Unterschiede im Gesundheitsstatus zwischen armen und reichen Ländern und auch innerhalb von Ländern beruhen zu einem großen Teil auf der sozialen Umwelt, in die Menschen geboren werden, in der sie aufwachsen, arbeiten und altern. Sie beruhen auf dem Bildungsstand, dem Zugang zu Ressourcen und Information, der Ernährung, dem Geschlecht, der gesellschaftlichen Teilhabe und der „Macht“: Ausgrenzung, Diskriminierung und schlechte Lebensbedingun-

gen schaden der Gesundheit überall auf der Welt. Sehr viele der rund 4,5 Milliarden Menschen, die in Ländern mit niedrigem Einkommen leben, haben nicht die Möglichkeit, die Grundlagen für ein gesundes Leben zu legen. Denn 60 Prozent dieser Menschen haben keinen Zugang zu sanitären Einrichtungen, 30 Prozent kein sauberes Wasser.

Auch eine „ungesunde“ Lebensweise, die eng verbunden ist mit Armut, trägt in vielerlei Hinsicht zu schlechter Gesundheit bei. Durch die Verbrennung unverarbeiteter fester Brennstoffe, wie sie zum Kochen benötigt werden, wird die Luft verschmutzt; eine Folge davon sind Atemwegsinfektionen, chronische Lungenerkrankungen und Lungenkrebs. Eine Million Menschen sterben jedes Jahr an diesen Folgen. Besonders betroffen sind Frauen und Kinder, die sich überwiegend in den Häusern aufhalten, und die Ärmsten, denen keine anderen Energiequellen zur Verfügung stehen.

Dazu sind Millionen von Menschen von jeglicher Gesundheitsversorgung ausgeschlossen. Ein Beispiel: Von den rund 40 Millionen Menschen in Entwicklungsländern, die an Epilepsie leiden, erhalten drei Viertel keine Behandlung. Die meisten könnten jedoch für relativ geringe Beträge (fünf US-Dollar pro Jahr und Person) und mit wenigen Arzneimitteln ein produktives Leben führen.

Nicht zufällig werden Krankheiten wie Malaria und Tuberkulose auch „Krankheiten der Armut“ genannt, ebenso die Schlafkrankheit sowie bestimmte Durchfallerkrankungen und Lungenentzündungen. Für viele Krankheiten existieren Mittel zur Diagnose und Behandlung, sie müssen nicht tödlich sein – so zum Beispiel HIV/Aids – oder können zumindest gut behandelt werden. Dies gilt jedoch nicht für alle Menschen auf der Erde. Der Zugang zu Impfungen, Medikamenten und medizinischen Verfahren wie etwa Operationen – also zum „medizinischen Fortschritt“ – ist weltweit sehr ungleich verteilt und hängt davon ab, ob die Einzelnen oder die Gesellschaft dafür bezahlen können.

Gesundheit ist die Voraussetzung dafür, dass Gesellschaften sich entwickeln und Armut

Foto: Alf Berg / Plan



überwinden können. Es besteht ein „Teufelskreis“ zwischen Armut und schlechter Gesundheit. Armut verursacht Krankheiten und schränkt so Arbeitsfähigkeit ein, mit der Folge von sinkendem oder wegfallendem Einkommen und noch größerer Armut.

Gelingt es, diesen Kreis zu durchbrechen, lautet die neue Abfolge: verbessertes Gesundheitswesen – bessere Gesundheit – Rückgang der Armut – Steigerung des allgemeinen Wohlstandes – Abbau sozialer Ungleichheiten – Entwicklung. Dem so genannten Wirtschaftswunder in Ostasien in den 1960er und 1970er Jahren beispielsweise gingen erhebliche Verbesserungen der Gesundheitssituation der Menschen voraus. Sie waren primär die Folge der breiten Anwendung von verbesserten medizinischen Technologien etwa bei der Überwindung von Infektionskrankheiten sowie von Fortschritten in der Hygiene seit Ende der 1940er Jahre. Wenn sich die Gesundheitslage der Menschen verbessert, erhöht sich nicht nur die Arbeitsproduktivität. Gesunde Kinder können besser lernen, und es „lohnt“ sich für Familien, in

Gemeindediskussion zu Gesundheitsfragen in einem Dorf in Uganda. Gesundheitsförderung umfasst nicht nur medizinische Behandlung in Krankenhäusern, sondern auch die Beteiligung der Gemeinde.

ihre Ausbildung zu investieren. Zudem lässt die Aussicht auf ein langes Leben die Sparquote und damit auch die Binneninvestitionen steigen.

| Millennium-Entwicklungsziele

Die internationale Staatengemeinschaft hat die Bedeutung von Gesundheit gewürdigt und im Jahr 2000 in ihren acht Millennium-

Foto: Sonja Weinreich



Gesunde Kinder brauchen gesunde Nahrung. Sie hilft, die Kindersterblichkeit zu senken. Ein Ernährungsprogramm in Mali erlaubt es diesen Müttern, ihre Kleinen damit zu versorgen.

Entwicklungszielen die Gesundheit als ein zentrales Ziel gesetzt. Bis zum Jahr 2015 sollen die extreme Armut und der Hunger weltweit reduziert (Ziel 1) und erreicht werden, dass alle Kinder wenigstens eine Grundschule besuchen können. Mehr Gesundheit soll durch drei auf Gesundheit bezogene Ziele verwirklicht werden: Bezogen auf das Jahr 1990 sollen die Sterblichkeit von Kindern unter fünf Jahren um zwei Drittel, die Müttersterblichkeit um drei Viertel gesenkt werden und HIV/Aids, Malaria, Tuberkulose (TB) und andere weitverbreitete Krankheiten sollen eingedämmt werden.

Einige Fortschritte konnten in den vergangenen Jahren erzielt werden, so in der HIV/Aids-Behandlung, der Eindämmung der Malaria und der Kindersterblichkeit. In den vergangenen Jahren haben viele Entwicklungsländer und Geberländer die Ausgaben für Gesundheit erhöht. Das macht deutlich, dass sich bei ausreichendem politischen Willen und Finanzierung die Gesundheit der Armen verbessern kann. Jedoch sind diese Fortschritte regional sehr ungleich verteilt: in Afrika südlich der Sa-



hara und bei der Müttergesundheit wurde am wenigsten erreicht. Einige Länder haben bei ihrer medizinischen Grundversorgung sogar Rückschritte gemacht. Gerade die ärmsten Länder haben in den vergangenen 15 - 20 Jahren Einschnitte in die Gesundheitssysteme erleben müssen, in mehr als 80 Ländern ist das Pro-Kopf-Einkommen heute niedriger als vor 15 Jahren.

Die finanziellen Mittel sind zwar im globalen Maßstab gestiegen, doch längst noch nicht ausreichend, um die Menschen in armen Län-

Die finanziellen Mittel sind zwar im globalen Maßstab gestiegen, doch längst noch nicht ausreichend, um die Menschen in armen Ländern gesundheitlich angemessen versorgen zu können.

dern gesundheitlich angemessen versorgen zu können. Hinzu kommen die Folgen des Klimawandels, die Gesundheitssysteme in den armen Ländern am

härtesten treffen, bei gleichzeitig zunehmender Krankheitsbelastung durch Erwärmung, Überschwemmungen, Verschmutzung des Trinkwassers und Katastrophen. Globale Finanz- und Wirtschaftskrisen wirken besonders verheerend auf die Armen, treiben weitere hunderte Millionen Menschen in Armut und verschlechtern ihre Gesundheit. Frauen und Mädchen sind am meisten betroffen.

Richtig vorbereitet ins Ausland gehen

Ein ganzer Raum vollgespannt mit Fäden, an jedem Ende steht ein Medizinstudent und hält eine Karteikarte in der Hand, auf diesen steht zum Beispiel „Hygiene“, „Bildung“, „HIV“ oder „Arbeitslosigkeit“. Was das zu bedeuten hat? Mit einem Spinnennetz als Sinnbild sollen die Zusammenhänge der Globalisierung verdeutlicht werden, „in unserem Fall die vielfältigen Einflüsse von Gesundheit und Krankheit: Jeder Student übernimmt mit seiner Karte eine Rolle und spannt einen Faden zu einem Faktor, den er beeinflusst. Dazu muss er begründen, warum er hier eine Verbindung sieht.“ Konstantin Hauß ist Teilnehmer eines GandHI-Workshops und interessiert sich neben seinem Medizinstudium für Themen der Globalisierung und Gesundheit.

Die Versuchung, während des Studiums für ein Praktikum ins Ausland zu gehen, ist groß und nicht selten schauen sich Studenten Krankenhäuser in Entwicklungsländern an oder sind motiviert, sich an einem Hilfsprojekt zu beteiligen. Die wenigsten sind jedoch adäquat vorbereitet und gehen eher mit falschen Erwartungen an ihr Praktikum. Seit 2006 beschäftigt sich deshalb die Studenten-

gruppe „Globalisation and Health Initiative“ (GandHI) mit diesem Thema und bietet jährlich Seminare und Trainings an, die andere Studierende auf ihren Auslandsaufenthalt vorbereiten soll. „Noch nie war die Mobilität der Menschen so groß wie heute. Deshalb hat die Beantwortung dieser Fragen auch für uns Studenten bisher kaum eine Rolle gespielt“, meint Konstantin Hauß.

Auf ihren wochenendlichen Treffen gibt es einen Austausch von Rückkehrern, es werden Organisationen vorgestellt, bei denen man sich auch nach seiner Rückkehr nach Deutschland weiter engagieren kann und es wird überlegt, wie man Kommilitonen und Universitäten auf das unterrepräsentierte Fach „Global Health“ aufmerksam machen kann. Zusätzlich eingeladene Experten und externe Referenten halten Vorträge und geben den Workshopwochenenden den nötigen professionellen Charakter. „Da für solch wichtige Themen in unseren übervollen Curricula kein Platz ist, müssen wir uns selbst unterrichten“, sagt dazu Cornelius Rau von GandHI. Mittlerweile gibt es das Wahlpflichtfach „Global Health“ an 7 Medizinuniv – und GandHI hofft, dass sich bald alle beteiligen werden.

Globalisation and Health Initiative (GandHI)

Tuberkulose: Die Krankheit der Armen bekämpfen

Tuberkulose (TB) ist sehr gut behandelbar, dennoch sterben jedes Jahr 1,7 Millionen Menschen an dieser Krankheit. Pro Jahr erkranken 9,4 Millionen Menschen neu. Weltweit werden ungefähr 60 Prozent aller Patienten entdeckt und behandelt, in ärmeren Regionen jedoch oft nur 30 Prozent. TB ist eine Krankheit der Armen: In Ländern mit niedrigem Einkommen kommen auf 100.000 Einwohner 410 Erkrankte, in jenen mit hohem nur 8.



Foto: DAHW / Emric Bobadós

Mehr Patienten entdecken, mehr Therapien erfolgreich abschließen: Gesundheitsmitarbeiter klären in der äthiopischen Provinz Arssi die arme Landbevölkerung über die Gefahren von Tuberkulose auf.

Wenn nicht sehr viel mehr unternommen wird, werden die Gesundheitsziele bis zum Jahr 2015 nicht erreicht werden – ein Armutszeugnis nicht zuletzt auch für die internationale Gemeinschaft.

| Ernährung

Die Ernährung spielt eine zentrale Rolle für Gesundheit. Mehr als eine Milliarde Menschen hungert jedoch. Wenn Menschen nicht genug zu essen haben, ist ihr Immunsystem schwach und sie sind anfällig für Krankheiten. Viele Kinder sterben, weil sie mangelernährt sind und harmlose Krankheiten für sie schnell lebensbedrohlich werden. Nur ausrei-

chend ernährte Babys und Kinder können sich so entwickeln, dass die ihr volles Potential erreichen. Nur ausreichend ernährte schwangere Frauen haben die Voraussetzungen, ein gesundes Baby zur Welt zu bringen. Erwachsene, die akut oder chronisch krank sind, fallen als Arbeitskräfte aus und können ihre Familien zeitweise oder auf Dauer nicht mehr ernähren.

Wichtig sind daher neue Programme mit innovativen Finanzierungsmöglichkeiten wie TB REACH, die den Zugang zu TB-Diensten verbessern, und neue diagnostische Methoden. Ein großer Fortschritt ist der DNA-Test: In 100 Minuten diagnostiziert er zuverlässig TB und entdeckt sogar Resistenzen. Er kann in Gesundheitseinrichtungen auf Distriktebene eingesetzt werden, ist aber mit 15 US-Dollar pro Test für Entwicklungsländer noch zu teuer.

Dr. med. Adolf Diefenhardt, DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.

Durch unregelmäßige Einnahme der Medikamente sind bereits 3,3 Prozent der neuen Patienten gegen die gängigen TB-Antibiotika resistent (in der ehemaligen Sowjetunion sogar bis zu 28 Prozent). Weltweit werden nur 3 Prozent dieser Patienten behandelt. Dies gefährdet die Ziele der WHO, bis 2015 die Zahl der TB-Toten zu halbieren, die der Neuerkrankungen zu verringern und bis 2050 die TB zu eliminieren. Dazu kommt, dass die Diagnose resistenter TB langwierig ist, die Behandlung 18-24 Monate dauert, viele Nebenwirkungen hat und sehr teuer ist.

| Gendergerechtigkeit

Weil Frauen und Mädchen aufgrund ihres Geschlechts in vielen Gesellschaften benachteiligt sind, sind sie häufig schlechter ernährt als Männer und Jungen. Das macht sie anfälliger für Krankheiten. Oft verhindern traditionelle Vorstellungen auch, dass sie medizinisch versorgt werden, selbst wenn das möglich ist. Das ist nicht nur für die betroffenen Frauen fatal. Schließlich sind sie hauptverantwortlich für die Gesundheit in den Familien und Gemeinden. Gesundheit von Frauen und

Mädchen zu fördern, bedeutet also gleichzeitig, etwas für das Wohlergehen ganzer Gesellschaften zu tun. Wenn Frauen gesünder leben können, wird damit auch erreicht, dass es ihren Familien besser geht und dass ihre Kinder bessere Zukunftschancen haben.

| Krankheiten

Besonders schwerwiegend sind die Auswirkungen von Infektionskrankheiten: Allein Tuberkulose (TB), Malaria und HIV/Aids fordern jedes Jahr mehr als drei Millionen Menschenleben. Statistisch gesehen stirbt alle 30 Sekunden in Afrika ein Kind an Malaria. Durch die globale Erwärmung breitet sich der bislang in den Tropen heimische Malariaerreger weiter aus.

Nicht-übertragbare Krankheiten, wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Atemwegserkrankungen und Diabetes, wurden bislang häufig in der globalen Gesundheitsdebatte und der Entwicklungsarbeit „übersehen“ – sie gelten als „Wohlstandserkrankungen“, von denen die armen Länder nicht betroffen sind. Dies ist aber nicht der Fall. Sie waren auch in den armen Ländern schon immer vorhanden, und nehmen prozentual weiter zu. Bis zum Jahr 2020 werden sie für schätzungsweise 80 Prozent der globalen Belastung durch Krankheit verantwortlich sein.

Im September 2011 befassen sich die Vereinten Nationen auf einem Gipfel mit den „Nicht-übertragbaren Krankheiten“. Hier besteht eine Möglichkeit, wie ein Jahrzehnt früher bei dem Aids-Gipfel, eine Bewegung zu schaffen, um diese Erkrankungen auf die globale Agenda zu setzen.

| Behinderung und Gesundheit

Besonders betroffen von Armut und Krankheit sind Menschen mit Behinderungen. Schätzungsweise 20 Prozent der ärmsten Menschen weltweit haben eine psychische oder physische Behinderung, die sehr häufig mit Beeinträchtigungen der Gesundheit verbunden ist. Nicht selten ist die Behinderung durch eine nicht behandelte Krankheit oder einen Unfall zustande gekommen. Der Zugang zu Gesundheitsversorgung und Rehabilitationsmaßnahmen ist für Menschen mit Behinderung meist besonders schlecht, weil

sie stigmatisiert sind oder weil sie aufgrund der Behinderung nicht zum Krankenhaus gelangen können. So benötigen 20 Millionen Menschen weltweit einen Rollstuhl, haben aber keinen. Und nur ein verschwindend geringer Teil der blinden und gehörlosen Menschen in Entwicklungsländern wird angemessen betreut bzw. unterstützt.

Die „UN-Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ wurde im Jahr 2008 verabschiedet und von Deutschland 2009 ratifiziert. Ihr Kernelement ist, dass Menschen mit Behinderungen selbst, ihre Familien und Organisationen aktive Partner in der Umsetzung ihrer Rechte sind. Mit dieser Konvention wird zum ersten Mal international Menschen mit Behinderung das Recht auf Entwicklung verbindlich zugesprochen: Sie garantiert ihnen einen Rechtsanspruch auf Teilhabe an Entwicklungsvorhaben. Entwicklung soll „inklusiv“ sein und Entwicklungszusammenarbeit muss die Belange von Menschen mit Behinderung berücksichtigen.

| Psychische Gesundheit

Es gibt in allen Ländern psychische Krankheiten wie Depressionen, Schizophrenie usw. – also auch in den armen Ländern. Dazu kommt, dass die Auflösung von gesellschaftlichen Strukturen, das Auseinanderfallen von Familien, der Missbrauch von Alkohol, Drogen und anderen Substanzen sowie Stress auch vor den Entwicklungsländern nicht haltmachen, ja sie besonders stark betreffen. In allen Ländern, in denen Krieg und Bürgerkrieg und Konflikt herrschen, sind die Menschen psychisch stark belastet und traumatisiert. Mehr als 800.000 Menschen sterben jedes Jahr durch Selbsttötung, die überwiegende Mehrzahl davon in Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen.

Gleichzeitig sind jedoch in armen Ländern die Ressourcen für die Behandlung psychischer Krankheiten sehr begrenzt. In den reichen Ländern gibt es 200mal soviel psychiatrisches Fachpersonal wie in armen Ländern.



Foto: Christof Krackhardt / Brot für die Welt

| Urbanisierung

Die Globalisierung führt dazu, dass immer mehr gesundheitsgefährdende Arbeitsplätze entstehen, weil Firmen Produktionen in arme Länder auslagern, in denen Arbeits- und Gesundheitsnormen nicht beachtet werden.

Weltweit leben immer mehr Menschen in großen Städten. Mit dem ungezügelter Wachstum der Metropolen einher gehen erhebliche Gesundheitsprobleme, verursacht durch Lärm, Schadstoffe in der Luft, unzureichende hygienische Bedingungen, schlechte Ernährung, physische Inaktivität.

Vergessen werden darf auch nicht die aggressive Werbung der Tabakindustrie, die dazu beiträgt, dass die gesundheitlichen Belastungen durch Rauchen in vielen armen Ländern zunehmen. Jährlich sterben vier Millionen Menschen an den Folgen des Tabakkonsums. Mit der von der Weltgesundheitsorganisation ausgehandelten „Framework Convention on Tobacco Control“ haben sich die Länder zur Tabakkontrolle verpflichtet – sie wird jedoch nicht genügend umgesetzt.

Die Eindämmung von Krankheiten und Epidemien, die Entwicklung hemmen und ungezähltes Leid hervorbringen, und die Förderung von Gesundheit auch der Armen bedarf der Anstrengung aller. Regierungen, Privatwirtschaft, Zivilgesellschaft, Kirchen und andere religiöse Gemeinschaften wie auch die betroffenen Menschen selbst sind aufgerufen, ihren Beitrag zu leisten. Die Bekämpfung von

Patson Daniel Msigwa, ein Prothesen- und Schuhspezialist, der selbst eine Behinderung hat, fertigt im evangelischen Krankenhaus von Bulongwa, Tansania, nahezu alles an, was in der Region an Gehhilfen gebraucht wird.

Aids konnte nur gelingen, weil Betroffene aufgestanden sind und nichtstaatliche Organisationen ihre Stimme erhoben haben.

Politische Verantwortungsübernahme auf der höchsten Ebene ist notwendig. Regierungen müssen für zivilgesellschaftliches Engagement den Rahmen schaffen und es fördern, statt es zu unterdrücken. ||



Dr. Sonja Weinreich
ist Referentin für Gesundheit beim Evangelischen Entwicklungsdienst (EED).



Prof. Dr. Dr. Alexander Lohner
ist Leiter des Grundsatzreferats beim Hilfswerk Misereor und Honorarprofessor für Ethik an der Universität Kassel.

Risiko Geburt

Geburten müssen begleitet werden – und dabei spielen auch traditionelle Geburtshelferinnen eine wichtige Rolle

| Caroline J. Kent und Barbara Kühlen

Im September 2010 verkündete UN-Generalsekretär Ban Ki Moon auf dem Millennium-Entwicklungsgipfel eine globale Initiative zur Verbesserung der Mütter- und Kindergesundheit. Unter anderem sollte die professionelle Betreuung von Geburten im Umfang erhöht werden. Doch noch immer fehlt es weltweit an ausgebildeten Hebammen. Traditionelle Geburtshelferinnen, die schwangere Frauen vor Ort beraten und begleiten, sind daher unverzichtbar – aber auch umstritten.

Im Mai 2011 hat die Bundesregierung mit dem Start einer neuen Familienplanungsinitiative versprochen, bis 2015 verstärkt in die Gesundheit von Müttern und Kindern zu investieren. Endlich sollen die Zusagen, die 2010 beim G8-Gipfel in Muskoka (siehe Kasten S. 10) gemacht wurden, umgesetzt werden. Das ist höchste Zeit, denn trotz eines jüngst zu verzeichnenden Rückgangs sterben weltweit jedes Jahr immer noch mehr als 350.000 Frauen an den Folgen von Schwangerschaft und Geburt – davon 99 Prozent in Entwicklungsländern.

Sie sind vor allem Opfer von defizitären Gesundheitssystemen und sterben an Komplikationen, die durch eine adäquate Betreuung in der Schwangerschaft und ausreichend ausgebildetes Gesundheitspersonal leicht hätten vermieden werden können. Aber genau daran mangelt es: Laut WHO fehlen weltweit rund 3,5 Millionen Gesundheitsfachkräfte, davon 350.000 Hebammen. Dabei zeigen die Ergebnisse von (staatlichen) Programmen in Ländern wie Tunesien und Indonesien, dass die Investition in die Ausbildung von Hebammen und Geburtshelfern – wie bei dem indonesischen Programm zur Ausbildung einer Hebamme pro Dorf – zu einem deutlichen Rückgang der Müttersterblichkeit geführt hat.

In der großen Mehrzahl der Länder des Südens ist dies jedoch noch Zukunftsmusik. Die WHO-Leitlinie von mindestens einer Hebamme oder ausgebildeter Geburtshelferin pro 175 Schwangeren ist hier Utopie: In Äthiopien gibt es landesweit nur rund 1000 ausgebildete Hebammen. Das bedeutet, dass eine Hebamme über 76.000 Schwangere betreuen müsste. 48 Millionen Frauen (35 Prozent) gebären jährlich weltweit ihre Kinder ohne die Hilfe von medizinischem Personal, in Entwicklungsländern im Durchschnitt sogar 59 Prozent. In Äthiopien werden gerade einmal sechs Prozent der Geburten medizinisch begleitet.

| Mittlerinnen zwischen den Gemeinden und dem öffentlichen Gesundheitssystem

Aufgrund dieser Versorgungslücke, defizitärer Gesundheitssysteme, aber auch kultureller Faktoren wird in Entwicklungsländern ein Großteil der Geburten von so genannten traditionellen Geburtshelferinnen begleitet. In Abgrenzung zu den formal-medizinisch ausgebildeten Hebammen handelt es sich dabei meist um Frauen, die ihre Kenntnisse vor allem praktisch durch die Begleitung von Geburten, Anleitung ihrer Mütter oder durch eine Art „Eingebung“ erworben haben. Häufig sind es ältere Frauen und Analphabetinnen. Viele verwenden traditionelles Wissen und Praktiken. Sie sind in ihren Gemeinden fest verankert, respektierte Autoritätspersonen und für die Frauen Vertrauens- und Bezugspersonen in der Schwangerschaft.

Zu ihren Aufgaben gehören die Schwangerschaftsvorsorge, Betreuung von Frauen im Wochenbett und die Versorgung von Neugeborenen. Je nach Land und Kontext begleiten sie auch „normale“ Hausgeburten. In vielen Fällen sind sie Mittlerinnen zwischen den Gemeinden und dem öffentlichen Gesundheitssystem: Sie beraten die Familien in punkto Familienplanung, klären über Gesundheitsrisiken auf, identifizieren Gefahrensignale und überweisen die Frauen bei Komplikationen in Gesundheitszentren oder Krankenhäuser.

Die Meinungen über die Rolle und Fähigkeiten traditioneller Geburtshelferinnen gehen so weit auseinander, wie auch ihre Fähigkei-



Foto: Barbara Kühlen / action medeor



Foto: Barbara Kühlen / action medeor

ten je nach Art und Umfang ihrer Ausbildung erheblich variieren. Zudem ist die Unterstützung, die sie von staatlicher Seite erhalten, von Land zu Land sehr unterschiedlich und reicht von Ablehnung über punktuelle Unterstützung bis hin zu aktiver Förderung. Neben dem Mangel an nachweisbarer Wirkung ihres Handelns – es gibt kaum zuverlässige Zahlen und Studien, die den Einfluss der Tä-

Foto links: Traditionelle Hebamme in Guatemala mit einem Neugeborenen im Arm.

Fotos unten und rechts: Vorsorgeuntersuchungen bei Schwangeren werden in Guatemala sowohl von traditionellen Geburtshelferinnen als auch von Ärztinnen in Gesundheitszentren vorgenommen.



Foto: Barbara Kühler / action medeor

tigkeit traditioneller Geburtshelferinnen auf die Müttersterblichkeit belegen –, bemängeln die Kritiker, dass sie Mutter und Kind großen Schaden zufügen können, und wollen ihre Rolle limitieren. Dies vor allem dann, wenn sie nicht ausgebildet sind und vermeintlich „traditionelle“ Techniken anwenden. Angesichts knapper Mittel für den Gesundheitssektor sprechen sich einige Kritiker gegen Fortbildungen von traditionellen Geburtshelferinnen und für die Investition in

Programme zur formalen Ausbildung von Hebammen und weiterem medizinischen Personal aus. Viele Akteure im Gesundheitsbereich sind jedoch davon überzeugt, dass vor allem gut geschulte und ausgestattete traditionelle Geburtshelferinnen die Risiken von Schwangerschaft und Geburt reduzieren können und ihre Arbeit sich positiv auf die sexuelle und reproduktive Gesundheit von Frauen auswirkt.

| Wenn sie sprechen, hören auch die Männer zu

Tatsächlich zeigt ein Blick auf die Ursachen von Müttersterblichkeit in Entwicklungsländern die wichtige Rolle, die traditionelle Geburtshelferinnen bei deren Reduzierung spielen. Diese Ursachen liegen vor allem in einem eingeschränkten Zugang – räumlich, finanziell und kulturell – zu qualitativ hochwertigen Dienstleistungen der Müttergesundheit. Insbesondere im ländlichen Raum sind Gesundheitseinrichtungen für viele Frauen aufgrund großer Distanzen kaum zugänglich, vielfach fehlt es an Geld, um einen Transport zu organisieren. Die existierenden Einrichtungen sind häufig nicht ausreichend

ausgestattet, und vor allem im ländlichen Raum mangelt es an hinlänglich qualifiziertem und rund um die Uhr anwesendem Personal. Die manchmal schlechte Behandlung schreckt viele Patientinnen ab. In Ländern mit einem hohen Anteil an indigener Bevölkerung wie Guatemala erschweren Sprachbarrieren die Kommunikation, die indigene Bevölkerung wird häufig diskriminiert. Die traditionellen Geburtshelferinnen hingegen leben in den Gemeinden, sind den Frauen und ihren Familien bekannt, sprechen ihre Sprache und kennen ihre Gewohnheiten. Und sie sind im Notfall sofort da, wenn sie gebraucht werden.

Eines der größten Risiken stellt der geringe Kenntnisstand der Frauen über ihre sexuelle und reproduktive Gesundheit dar. Sie kennen ihren Körper kaum und wissen zu wenig über die Gefahren während der Schwangerschaft. Häufig fehlt das Bewusstsein für die Bedeutung von Vorsorgeuntersuchungen und medizinischer Hilfe bei der Geburt. Daneben spielen soziokulturelle Faktoren eine große Rolle: Die große Anzahl der Schwangerschaften in jungem und hohem Alter und eine lange reproduktive Phase mit kurzen Abständen zwischen den Schwangerschaften führen zu Risikoschwangerschaften. Informationen

über und Zugang zu Methoden der Familienplanung sind nicht ausreichend.

In Uganda zum Beispiel benutzen lediglich 24 Prozent der verheirateten Frauen moderne Verhütungsmethoden, in Tansania 26 Prozent und in Guatemala 44 Prozent. Auch hier übernehmen traditionelle Hebammen eine wichtige Rolle: Sie leisten Aufklärungsarbeit in den Gemeinden, informieren über Gefahrensignale während der Schwangerschaft. Sie sind Autoritätspersonen, genießen Vertrauen und An-

erkennung. Wenn sie sprechen, hören auch die Männer zu. Denn häufig treffen nicht die Frauen die Entscheidungen bezüglich ihrer sexuellen und reproduktiven Gesundheit, sondern ihre Ehemänner oder andere Familienmitglieder. Oft lehnen sie Familienplanung ab und verweigern den Frauen aus den oben genannten Gründen und weil sie nicht möchten, dass die Frauen von einem männlichen Arzt behandelt werden, eine me-

Sowohl die Hebammen als auch die traditionellen Geburtshelferinnen spielen für eine medizinisch und menschlich qualitativ gute und kulturell angepasste Versorgung eine große Rolle und sollten ihren Platz im Gesundheitssystem haben.

dizinische Versorgung im Gesundheitszentrum oder Krankenhaus. In Notfällen müssen sie erst umgestimmt werden. Die Überzeugungsarbeit, die die traditionellen Geburtshelferinnen

hier leisten, ist der Erfolgsschlüssel für ihr Engagement im präventiven Bereich und für eine verbesserte Familienplanung. Das öffentliche Gesundheitssystem kann diese Beratungsfunktion noch nicht im gleichen Maße leisten.

| Fazit und Forderungen

Karge Gesundheitsbudgets und schwache Gesundheitssysteme zwingen Entwicklungsländer häufig zu der Entscheidung, entweder in die formale Ausbildung von Hebammen zu investieren oder die Schulung von traditionellen Geburtshelferinnen zu fördern. Die Diskussion in der internationalen Gebergemeinschaft fokussiert sich angesichts dieser schwierigen Rahmenbedingungen sehr stark auf die rein medizinischen Aspekte und plädiert überwiegend für die Konzentration auf die formal-medizinische Hebammenausbildung – und blendet dabei die Lebensrealität von Millionen von Frauen aus.

Die Sicherung der Gesundheit von Müttern und Kindern soll und darf aber keine – angesichts leerer Gesundheitskassen forcierte – Entweder-oder-Entscheidung sein, bei der nicht die Deckung von akutem Bedarf, sondern eine Priorisierung bei der Mittelverteilung im Vordergrund steht. Sowohl die Hebammen als auch die traditionellen Geburtshelferinnen spielen für eine medizinisch und menschlich qualitativ gute und kulturell angepasste Versorgung eine große Rolle und sollten ihren Platz im Gesundheitssystem haben. Auch wenn die medizinische Begleitung von Schwangerschaft und Geburten weiterhin für jede Frau ermöglicht werden sollte, sind die traditionellen Geburtshelferinnen zum jetzigen Zeitpunkt trotz erheblicher internationaler Bemühungen zur Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit die einzige gangbare Alternative, die Frauen haben, wenn sie nicht – wie jedes Jahr zwei Millionen Frauen – ihre Kinder ohne jegliche Unterstützung gebären wollen. Deshalb müssen national und international mehr Gelder zur Verfügung gestellt werden.

Das Engagement Deutschlands

Auf dem G8-Gipfel in Kanada im Juni 2010 verabschiedeten die Staats- und Regierungschefs der größten Industrienationen, darunter Kanzlerin Merkel, die Muskoka-Initiative: Die G8 verpflichteten sich, die Partnerländer im Süden über fünf Jahren mit insgesamt fünf Milliarden US-Dollar bei der Förderung der Mütter- und Kindergesundheit zu unterstützen. Deutschland versprach dafür bis 2015 zusätzlich 400 Millionen Euro bereitzustellen. Die Muskoka-Initiative wird zwar wichtigen Prinzipien für Nachhaltigkeit und Wirksamkeit gerecht – wie etwa durch Gesundheitssystemstärkung, Geberharmonisierung und einer größeren Rechenschaftspflicht –, es fehlen jedoch konkrete Strategien, wie die gesetzten Ziele erreicht und zusätzliche 64.000 Leben von Müttern gerettet werden sollen.

In Folge der Zusagen von Muskoka hat die Bundesregierung im Mai 2011 die „Initiative Selbstbestimmte Familienplanung und Müttergesundheit“ ins Leben gerufen. Die Initiative sieht vor, Wissen und die Akzeptanz moderner Familienplanungsmethoden zu erhöhen und den Zugang hierzu in Entwicklungsländern zu verbessern. Gleichzeitig soll die Zahl der medizinisch professionell begleiteten Geburten erhöht und Hebammen stärker gefördert werden. Privatsektor und Zivilgesellschaft sollen stärker einge-

bunden werden. Konkrete Strategien zur Umsetzung der Initiative sind noch nicht bekannt.

Es bleibt zu hoffen, dass die Initiative einen Ansatz verfolgt, der das Gesundheitssystem stärkt, und ein „Gesamtpaket“ von Leistungen im Bereich sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte auf allen Ebenen der Gesundheitsversorgung anbietet, das kulturspezifische Rahmenbedingungen berücksichtigt und neben einer verstärkten Investition in die Ausbildung von Geburtshelferinnen auch die Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen und Entlohnung zum Ziel hat. Ziele und Strategien der Initiative müssen klar definiert und qualitative und quantitative Indikatoren zu deren Wirkungsmessung benannt werden.

Es ist unerlässlich, dass die Finanzierung der Initiative nicht durch Umschichtungen zu Lasten anderer Budgetlinien erfolgt und dass langfristige finanzielle Zusagen gegenüber den Partnerländern gemacht werden. Bei Partnerschaften mit der Privatwirtschaft muss gesichert sein, dass Programme umfassend und objektiv konzipiert und nicht von privatwirtschaftlichen Interessen dominiert werden.

Satter Start ins Leben

Den Teufelskreis von Mangelernährung durchbrechen

Die Erreichung von MDG4 und 5 (Senkung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Mütter) erfordert eine umfassende Strategie mit verschiedenen parallelen Maßnahmen: Es muss mehr Geld in die formale Ausbildung von Hebammen investiert und ihre Anzahl stark erhöht werden. Ihre Arbeitsbedingungen und ihre Bezahlung müssen attraktiver werden. Die Einrichtungen der primären und sekundären Gesundheitsversorgung müssen materiell und personell besser ausgestattet werden. Der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen muss verbessert werden. Die Dienstleistungen (der sexuellen und reproduktiven Gesundheit) müssen für die Frauen erreichbar und erschwinglich sein und vor allem ihre Lebensrealität und soziokulturelle Faktoren berücksichtigen. In Regionen, wo dies (noch) nicht möglich ist und es kaum alternative Gesundheitsdienstleistungen gibt, sollten die traditionellen Geburtshelferinnen als zentraler Bezugspunkt in ihren Gemeinden so weit wie möglich in ihrer Funktion gestärkt und auf ihre Aufgabe vorbereitet werden, um so negativen Folgen ihres Handelns vorzubeugen. Die wichtige Funktion der traditionellen Geburtshelferinnen als Vertrauensperson und Beraterin in den Gemeinden sowie als Brücke zum staatlichen Gesundheitssystem sollte anerkannt, gestärkt und belohnt werden. Ein intensiver Dialog mit dem staatlichen Gesundheitssystem ist dafür unabdingbar. ||



Caroline Jane Kent
ist bei der Stiftung Weltbevölkerung tätig. Sie leitet seit Januar 2010 das Berliner Büro und koordiniert das Tagesgeschäft im Bereich Politische Arbeit.



Barbara Kühlen
leitet die Abteilung Entwicklungszusammenarbeit bei action medeor e.V. und ist dort u.a. zuständig für die Betreuung von Gesundheitsprojekten.



Foto: Alf Berg / Plan

| Tanja Abubakar-Funkenberg,
Samia Kassid und Julia Meixner

Kinder beim Mittagessen in einer Einrichtung von Early Childhood Care and Development (ECCD) in Siem Reap, Kambodscha.

Armut, schlechte Ernährung, fehlende Gesundheitsversorgung, mangelnde Aufklärung sowie unhygienische Lebensbedingungen sind entscheidende Barrieren für die gesunde Entwicklung von Kindern. Oft müssen Mädchen und Jungen, die unter solchen Bedingungen aufwachsen, ihr Leben lang mit geistigen und körperlichen Beeinträchtigungen leben. Jedes Jahr sterben über acht Millionen Kinder vor ihrem fünften Geburtstag – jedes vierte von ihnen an den Folgen von Unterernährung. Das Recht auf Leben und das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit wird ihnen verwehrt.

Insgesamt verlieren jährlich mehr als 2,2 Millionen Kinder ihr Leben infolge von Mangelernährung und Hunger. In armen Ländern ist jedes dritte Kind chronisch unterernährt und in Folge dessen in seiner Entwicklung beeinträchtigt. Rund 35 Prozent der chronisch mangelernährten Kinder leben in Indien, gefolgt von Bangladesch mit fünf und Äthiopien mit vier Prozent.

Insbesondere in den ersten tausend Lebens Tagen – von der Empfängnis bis zum zweiten Lebensjahr – ist die Ernährung von zentraler Bedeutung für die geistige und körperliche Entwicklung der Säuglinge und Kleinkinder. Während dieses Zeitraums benötigen sie für ihr Wachstum und den Aufbau ihres Immunsystems viel Energie. Eine zu geringe Aufnahme von Nahrungsenergie führt bei akuter Unterernährung zu Untergewicht. Bei einer dauerhaften, chronischen Unterernäh-

Foto: Colin Crowley / Save the Children



Der zweijährige Tigabu in Süd-Äthiopien erhält zum ersten Mal eine hoch energiereiche Spezialnahrung für stark untergewichtige Kinder.

| Gesunde Kinder brauchen starke Frauen

Um die Gesundheit und den Ernährungsstatus eines Kindes zu verbessern, ist in erster Linie die Mutter Ansatzpunkt. Denn in der Regel sind die Frauen für die Ernährung der Kinder zuständig. Es ist wichtig, dass Schwangere und Mütter sowie das familiäre Umfeld über die Bedeutung einer ausgewogenen Ernährung des Säuglings, am besten mit Muttermilch, informiert sind. Stillen erhöht die Überlebenschancen des Neugeborenen zwar wesentlich, hat aber wenig Einfluss auf die Wachstumsverzögerung, insbesondere wenn die stillende Frau selbst mangel- bzw. unterernährt ist. Ebenso sind medizinisches Basiswissen der Eltern sowie gut funktionierende Gesundheitsdienste überlebenswichtig.

Die Benachteiligung von Mädchen und Frauen durch ihre niedrige gesellschaftliche Stellung hemmt Fortschritte in Richtung Ernährungssicherheit. Mädchen können und dürfen nicht zur Schule gehen, werden zu jung verheiratet und schwanger – vor allem in Südasien trägt dies dazu bei, dass ein Großteil der Kinder untergewichtig ist. In Afrika

rung bleiben die Kinder für ihr Alter zu klein, was auch als Armutsindikator gilt. Fehlen dagegen lebenswichtige Vitamine oder Mikronährstoffe, spricht man von verstecktem Hunger.

Die gesunde Entwicklung eines Menschen beginnt mit dem Heranwachsen im Mutterleib: Ist die Schwangere zu jung, untergewichtig und schlecht ernährt, wird das ungeborene Kind im Mutterleib nicht ausreichend mit Nährstoffen versorgt. Als Konsequenz kommen Babys oft zu früh und mit einem zu geringen Geburtsgewicht auf die Welt. In den von Hunger betroffenen Ländern trifft dies bei jedem zehnten Neugeborenen zu. Bleibt die Ernährungsversorgung schlecht, führt das zu einer chronischen Unterversorgung und zieht Wachstumsverzögerung sowie unumkehrbare körperliche und kognitive Einschränkungen nach sich.

Rund ein Drittel aller Kinder in Entwicklungsländern leidet unter Jod- und Vitamin A-Mangel. Vitamin A ist ein essentieller Nährstoff, der für das gesunde Zellwachstum und den Stoffwechsel und das Immunsystem wichtig ist. Jodmangel kann sich in Taubstummheit, Schielen, Kleinwüchsigkeit und intellektuellen Beeinträchtigungen äußern.

Unter- und mangelernährte Säuglinge sind aufgrund eines schwachen Immunsystems sehr anfällig für Infektionskrankheiten wie

Durchfall und Lungenentzündung – die Haupttodesursachen von Kleinkindern im globalen Süden. Mangelhafte Trinkwasserqualität sowie fehlende Hygiene und Sanitäranlagen beeinträchtigen die Gesundheit von unterernährten Säuglingen zusätzlich. Der kranke Säugling kann die aufgenommene Nahrung nicht ausreichend verwerten, verliert weiter an Gewicht und ist innerhalb weniger Tage oder Stunden tot. Jedes Jahr sterben 1,5 Millionen Babys und Kleinkinder an Durchfallerkrankungen, die eigentlich vermeidbar wären.



südlich der Sahara erschweren bewaffnete Konflikte, schlechte Regierungsführung und Korruption die Lebenssituation der Menschen. Hinzu kommen hohe HIV-Infektionsraten bei Frauen. Gerade Kinder, die ihre Mutter oder beide Eltern durch Aids verloren haben, sind im Alltag auf sich selbst gestellt und somit stärker von Hunger und Mangelernährung betroffen.

Für die Senkung der Kindersterblichkeit spielt Bildung von Mädchen und Frauen eine wesentliche Rolle. Gebildete Mädchen und Frauen sind häufig selbstbewusster, heiraten später, bekommen später Kinder und wissen besser, wie Säuglinge und Kleinkinder versorgt werden müssen. Gesunde und gut ernährte Kinder sind das Rückgrat ihrer Länder. Sie brauchen gesunde, gebildete und starke Frauen, die sie auf ihrem Weg begleiten. Bei den Bemühungen, die nationalen Gesundheitssysteme zu stärken, müssen Müttergesundheit, sexuelle und reproduktive Gesundheit ebenso Bestandteil der Programme sein wie gut ausgebildete Hebammen und medizinisches Personal.

| Ganzheitliche Aktionspläne – jetzt!

Eine gesunde und ausreichende Ernährung auch in armen Regionen zu sichern, ist nötig, um die in der Millenniumserklärung angestrebte Senkung der Mütter- und Kindersterblichkeit zu erreichen. Das Ziel der globalen Ernährungssicherheit muss mehr denn je Priorität auf der politischen Agenda erhalten. Bei der Entwicklung nationaler Gesundheitsstrategien und dem Aufbau nationaler Gesundheitssysteme muss Ernährung ein großer Stellenwert zukommen. Um allen Kindern eine echte Chance auf eine gesunde Entwicklung zu geben, bedarf es flächendeckender und ganzheitlicher Aktionspläne in den am stärksten betroffenen Ländern. Eine Verbesserung ist möglich, das haben die vergangenen Jahre gezeigt. Zwischen 1990 und 2006 konnte der Anteil der unterernährten Kinder von 32 auf 27 Prozent gesenkt werden. Zunehmende Umweltkatastrophen, politische Instabilität sowie steigende Lebensmittelpreise gefährden diese Erfolge

Empfehlungen

Die folgenden Empfehlungen basieren auf wissenschaftlichen Erhebungen und langjähriger Erfahrung bei der Behandlung von Mangel- und Unterernährung:

Im Gesundheitsbereich

- Die ausschließliche Ernährung mit Muttermilch, vor allem in den ersten sechs Lebensmonaten, muss durch Aufklärungskampagnen und Beratungspersonal in den Gesundheitsstationen weiter gefördert werden.
- Ergänzende Versorgung der Kinder mit Vitaminen und Spurenelementen, beispielsweise durch integrative Schulprogramme

Grundimmunisierung

- Schulung von Eltern und Gemeindemitarbeiterinnen und -mitarbeitern zur Erkennung und Behandlung von akuter Mangelernährung bei Kindern
- Gesundheitsstationen sollten gut ausgestattet sein mit ausreichendem und gut ausgebildetem Gesundheitspersonal
- Ausbau von Aufklärungskampagnen mit einfachen Botschaften und Ratsschlägen zur bestmöglichen Ernährung und besserer Grundhygiene
- Sicherung der Trinkwasserversorgung, Trennung von Abwasser und Trinkwasser und hygienische Sanitäranlagen
- Hygieneschulungen in Schulen und Gemeinden

Diesen Herausforderungen müssen alle zukünftig verabschiedeten Maßnahmenkataloge zur Bekämpfung von Hunger und Mangelernährung gerecht werden. Die im Rahmen multi- und bilateraler Verhandlungen erarbeiteten Aktionspläne der Geberländer müssen fair und verbindlich sein. Aber auch die betroffenen Länder selbst tragen Verantwortung: Das Recht auf Ernährungssicherung muss in der nationalen Gesetzgebung verankert sein und umgesetzt werden. Denn mit der Ratifizierung der Kinderrechtskonvention haben sich 194 Vertragsstaaten dazu verpflichtet, jedem Kind das angeborene Recht auf Leben und das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit zuzusichern. | |

Im landwirtschaftlichen Bereich

- Nachhaltiger und ökologischer Anbau von beständigen und bedarfsgerechten Nahrungsmitteln
- Priorisierung des Anbaus von Nahrungsmitteln für die nationale Ernährungssicherung sowie Schutz lokaler Märkte für Nahrungsmittel
- Etablierung von Frühwarnsystemen und Notfallplänen bei dem Eintreten von Nahrungsmittelengpässen
- Bessere Kontrolle der Rohstoffmärkte und Verbot von Nahrungsmittelspekulationen

Im Sozialbereich

- Aufbau von Sozialhilfesystemen / Geldtransfersystemen zur Ernährungssicherung für besonders arme Kinder und Familien
- Schaffung von Bildungs- und Verdienstmöglichkeiten für Frauen und ihre Gleichstellung in der Gesellschaft



Tanja Abubakar-Funkenberg ist Referentin für Kinderrechte, HIV/Aids und Gesundheit bei terre des hommes Deutschland e.V.



Julia Meixner ist Referentin für Programme und Advocacy bei der Kinderrechtsorganisation Save the Children.



Samia Kassid ist Referentin für Kinderrechte und entwicklungspolitische Kommunikation beim Kinderhilfswerk Plan Deutschland e.V.

Gesundheit: wie das Fundament eines Hauses

Die Stärkung von Gesundheitssystemen ist Voraussetzung für die menschliche Entwicklung

| Gisela Schneider und Marwin Meier

Eine gute Gesundheitsversorgung beginnt bei den Menschen. Damit sie vor Ort erhalten, was nötig ist, müssen die Gesundheitssysteme funktionieren; davon profitiert auch die gesamte Nation. Leistungsfähige Systeme aufzubauen, ist grundsätzlich möglich; in der Praxis scheitert es jedoch oft an mangelndem politischen Willen und mangelnden Ressourcen.

Immer noch sterben Millionen von Menschen, und davon vor allem Kinder und Mütter an Krankheiten, deren Therapie und Prävention einfach möglich wäre. Ein mit Insektiziden imprägniertes Moskitonetz kostet fünf US-Dollar und kann vor Malaria schützen, der schnelle Zugang zur Therapie einer Malaria kann viele Todesfälle verhindern. Durchfall, Lungenentzündungen und auch HIV/Aids können heute diagnostiziert und behandelt werden. Für viele dieser Behandlungen und Interventionen sind die Kosten erschwinglich, das Problem besteht „nur“ darin, Medikamente und Impfstoffe sowie qualifiziertes Personal und andere Arten der Vorsorge, Pflege und Behandlung dorthin zu bringen, wo sie gebraucht werden – rechtzeitig, zuverlässig, in ausreichender Menge und zu angemessenen Kosten.

Dieses kleine „nur“ zeigt, wo der große Haken ist: Ein leistungsfähiges Gesundheitssystem scheint realisierbar, scheitert aber oft am mangelnden politischen Willen und mangelnden Ressourcen, sei es nun finanzieller oder personeller Art. Die afrikanischen Staaten hatten sich 2001 in der Abuja-Deklaration darauf geeinigt, wenigstens 15 Prozent ihres Staatshaushalts für Gesundheitsbelange einzusetzen, leider haben bis heute aber nur 8 der 46 unterzeichnenden Länder dieses Ziel erreicht.

Hinzu kommt der Druck von außen. In den 1980er Jahren hat die Weltbank über so ge-

nannte Strukturanpassungsprogramme Personal im Gesundheitssektor drastisch reduziert. Krankenhäuser und Gesundheitszentren wurden nicht mehr ausreichend versorgt und haben in der Qualität stark nachgelassen. Auch in den kirchlichen Gesundheitseinrichtungen haben die Geber aus den reichen Ländern Personal und Finanzen abgezogen und sie damit deutlich geschwächt.

Hinzu kommt eine HIV-Epidemie, die nun seit 30 Jahren in vielen dieser Länder gerade Menschen im produktiven Alter trifft und die Gesundheitssysteme zusätzlich belastet: Die Zahl der Patienten ist stark gestiegen, während immer mehr Krankenschwestern, Pfleger und Ärzte ausfallen. Ein zunehmender Personalmangel in westlichen Ländern zieht zudem medizinisches Personal aus armen Ländern ab und schwächt die Gesundheitssysteme weiter. Derzeit fehlen rund vier Millionen medizinische Fachkräfte in den Entwicklungsländern.

Kleines Gesundheitszentrum im Osten der DR Kongo. Auf den Fotos von links nach rechts: Materialien für medizinische Untersuchungen; Saal für die Patientinnen mit imprägnierten Moskitonetzen zum Schutz vor Malaria; Kreißsaal mit Entbindungsbett.



Foto: Difaam / Gabi Hettler

| Angepasste Gesundheitsversorgung

Nach der WHO-Definition gehören zu einem Gesundheitssystem „alle Organisationen, Menschen und Interventionen, deren Ziel es ist, Gesundheit zu fördern, wiederherzustellen oder zu erhalten“ (World Health Report 2000). Dazu zählen neben einem ausreichenden Finanzierungsmechanismus gut ausgebildetes und gerecht bezahltes Personal, ein Management-Informationssystem, das es ermöglicht, schnell zu reagieren, wenn Epidemien auftreten, neue Erkrankungen oder auch mögliche Resistenzen. Dazu braucht es einen verlässlichen Nachschub an Medikamenten und medizinischem Material und eine ausreichend ausgebaute Infrastruktur: Krankenhäuser, Gesundheitszentren oder auch entsprechende Wasser- oder Stromversorgung. Auf dieser Basis kann damit eine kurative und präventive Gesundheitsversorgung aufgebaut werden, die an die jeweilige Situation angepasst sein muss. Dazu muss ein Staat entsprechende Politiken und Richtlinien entwickeln, sei es nun im Blick auf Medikamente und deren Qualität oder auch auf Prioritäten im Blick auf notwendige Behandlungs- oder auch Präventionsprogramme.



Foto: Difaam / Gabi Hettler

Prinzipien der Stärkung von Gesundheitssystemen

Geber müssen bei der Stärkung von Gesundheitssystemen folgende Prinzipien beachten:

Harmonisierung: Maßnahmen dürfen nicht mit staatlichen Maßnahmen, oder Anstrengungen der Zivilgesellschaft oder anderer Partner des Gesundheitssektors konkurrieren. Diese sollten vielmehr aufgewertet bzw. ergänzt werden.

Partnerländer-initiiert: Ausschließlich von den Ländern selbst erkannte und formulierte Probleme werden angegangen. Einem kurzfristigen geo-politischen Eigeninteresse von Gebern ist nicht nachzugeben.

Prioritätensetzung durch Partnerländer: Alle Aktivitäten müssen mit den Zielen, Strategien und Planungszyklen übereinstimmen, die im politischen Rahmen des staatlichen Gesundheitssektors verfolgt werden. Eine Förderung sollte nach Möglichkeit im nationalen Haushalt ausgewiesen werden.

Berechenbar: Die Förderung steht vorhersagbar während der gesamten Laufzeit zur Verfügung.

Zusätzlich: Gelder müssen den bestehenden Staatshaushalt ergänzen; sie dürfen dem Gesundheitssektor bereits zugewiesene Mittel nicht ersetzen.

Umfassende Einbindung: Alle wichtigen, auch jenseits des Gesundheitssektors arbeitenden Interessenvertreter sollten einbezogen werden. Staatliche Organe, Partner, die Zivilgesellschaft und der private Sektor – sie alle sind während der Planungs-, Umsetzungs- und Bewertungsphase angemessen zu integrieren und zu informieren.

Katalytisch: Die Förderung dient nicht allein der Entwicklung einzelner, unabhängig geleiteter Projekte. Vielmehr wird erwartet, dass eine Förderung soweit möglich, gewissermaßen als Katalysator weitreichende Veränderungen bewirkt – beispielsweise könnte die Förderung begrenzter Maßnahmen bzw. Strategien in einem geographisch abgelegenen Gebiet eine Ausweitung durch die Regierung nach sich ziehen.

Nachhaltig: Länder sollten die finanzielle und technische Nachhaltigkeit der Förderung im Auge behalten und darstellen, wie sie die wiederkehrenden Ausgaben und Auswirkungen der Förderung auch nach Ablauf der Finanzierung aufrechterhalten wollen.

Die Hauptverantwortung für die Gesundheitseinrichtungen liegt auf staatlicher Seite. Daneben spielt der sogenannte „Faith Based“-Sektor, also Gesundheitseinrichtungen, die von Kirchen, Muslimen oder anderen Glaubensgemeinschaften ausgehen, vor allem in vielen afrikanischen Ländern eine sehr wichtige Rolle, neben anderen „Non for profit“-Providers (Organisationen, die aus rein gemeinnützigen Motiven handeln) und auch dem Privatsektor.

Schon 1978 hatten sich 189 Staaten in Alma Ata auf ein Konzept geeinigt, das allen Menschen Zugang zu Gesundheit verschaffen sollte: das Primary Health Care-Konzept (PHC). Dieses Konzept ist auf dem Menschenrecht auf Gesundheit aufgebaut und schließt Partizipation, Selbstbestimmung und angemessene Gesundheitsversorgung ein, die auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen beruht. Leider ist dieser integrierte und partizipative Zugang schon sehr früh den Strukturanpassungsprogrammen der Weltbank und der Implementierung von Top-Down-Programmen zum Opfer gefallen. Das sind zum Beispiel Tuberkulosebekämpfungsprogramme, die parallel zum allgemeinen Gesundheitssystem laufen oder auch Impfpro-

mitgestalten kann. Ohne Partizipation und Integration der Bürgerinnen und Bürger ist es nicht möglich, alle Menschen in einem Land mit einer guten Gesundheitsversorgung zu erreichen. Dieser gleichberechtigte Zugang Aller (auch besonders gefährdeter Bevölkerungsschichten) ist der Hauptindikator für eine ausreichende Erreichung des Menschenrechtes auf Gesundheit in einer Nation. Dabei liegt der entwicklungspolitische Nutzen eines gut funktionierenden Gesundheitssystems auf der Hand: „Eine schlechte Gesundheit geht allzu oft Hand in Hand mit Armut und schlechten wirtschaftlichen Aussichten. In Entwicklungsländern gibt es eindeutige Belege dafür, dass leistungsschwache Gesundheitssysteme einer Verbesserung der Gesundheit ihrer Einwohner erheblich im Wege stehen.“ (Joy Phumaphi, Weltbank, Vizepräsidentin für Entwicklung, am 5. September 2007 bei der Einführung der Internationalen Gesundheitspartnerschaft IHP+).

Seit dem Jahr 2001 wurde dank internationaler Finanzierungsmechanismen sehr viel mehr Geld in Gesundheit in wirtschaftlich arme Länder investiert. HIV-Programme ha-

gramme, die nicht in das allgemeine Versorgungssystem integriert sind und damit Parallelstrukturen aufbauen. 2008 hat die WHO nun zu einer „Wiederbelebung“ des PHC-Ansatzes aufgerufen. Gesundheitsversorgung muss bei den Menschen vor Ort beginnen und sie müssen Teilhaber ihres Gesundheitssystems sein. Das bedeutet aber auch, dass Regierungen ihrer Verantwortung nachkommen müssen, diese Gesundheitssysteme zu stärken und weiter aufzubauen.

Die Millennium-Entwicklungsziele können nur dann erreicht werden, wenn wir Maßnahmen, beispielsweise zur HIV- und Malaria-behandlung oder zur Förderung von Müttern und Kindergesundheit, in ein Gesundheitssystem integrieren und wenn die Bevölkerung vor Ort diese Versorgung dann auch



Foto: Difäm / Gabi Hettler

Eine Frage des Geldes?

Gesundheitsfürsorge bedarf der fairen Finanzierung

ben über den Globalen Fonds umfangreiche Mittel erhalten und dadurch ist es heute möglich, dass fast sechs Millionen Menschen Zugang zur lebensrettenden Aidstherapie haben. Auch im Bereich von Malaria und Tuberkulose wurde durch den Globalen Fonds viel erreicht. Ebenso haben andere Finanzgeber, zum Beispiel die Gates Foundation, oder auch bilaterale Programme wie Presidents Emergency Plan for Aids Relief und Presidents Malaria Initiative (Sonderprogramme des US-amerikanischen Präsidenten zur Bekämpfung von Aids und Malaria) sehr viel Geld in den Gesundheitssektor investiert. Das hat vielen Menschen eine Behandlung ermöglicht. Allerdings hat man in den letzten Jahren erkannt, dass Parallelprogramme, wie sie oft von bilateralen Gebern initiiert werden, zwar schnell helfen können, dass es aber auch darum gehen muss, in die Systeme selbst zu investieren, um wirkliche Nachhaltigkeit im Bereich Gesundheit zu erreichen.

Die Stärkung von Gesundheitssystemen ist wie das Fundament eines Hauses. Es ist von außen nicht zu sehen, kann meist nicht „fotografiert“ werden und ist deshalb für viele Geber nicht attraktiv. Aber genau hier muss die Entwicklungszusammenarbeit investieren, damit alle Bemühungen, Kinder- und Müttergesundheit zu verbessern, HIV-Behandlung langfristig zugänglich zu machen, Tuberkulose zu kontrollieren, und auch nicht infektiöse Erkrankungen effektiv anzugehen, sinnvoll und langfristig erfolgreich sind. | |



Dr. Gisela Schneider
ist Leiterin des Deutschen Instituts für Ärztliche Medizin (Difäm) in Tübingen.



Marwin Meier
arbeitet als Themenmanager „Gesundheit und Anwaltschaftsarbeit“ für World Vision Deutschland in Friedrichsdorf.

| Barbara Fürst und Tobias Luppe

Laut der Weltgesundheitsorganisation WHO hatten im Jahr 2010 weltweit eine Milliarde Menschen keinen Zugang zu medizinischer Versorgung. Mehr als 100 Millionen Menschen rutschen jährlich durch die Kosten medizinischer Behandlung in Armut ab. Unzählige weitere Menschen werden von medizinischer Behandlung im Krankheitsfall ausgeschlossen oder nehmen diese verspätet in Anspruch, weil sie das Geld dafür nicht aufbringen können. Armut macht krank und krank sein macht arm. Welche Lösungsmodelle gibt es?

Auch wenn wir uns schon so manches Mal über die Praxisgebühr geärgert und den Zusatzbeitrag zur Krankenkasse verflucht haben – noch ist der Zugang zu grundlegender Gesundheitsfürsorge in Deutschland keine Frage des Geldes. Wenn wir uns krank fühlen, gehen wir zum Arzt. Und wenn wir krankgeschrieben werden, müssen wir normalerweise nicht um unser Einkommen fürchten. Auch wenn die steigenden Zuzahlungen dem leider zunehmend entgegenwirken – das deutsche Gesundheitssystem gewährt im Großen und Ganzen Zugang zu Gesundheitsdiensten und finanzielle Absicherung im Krankheitsfall. Nicht so in den meisten Entwicklungsländern.

Ein Besuch im Gesundheitszentrum kann für Menschen in Sambia schnell zur finanziellen Herausforderung werden. 60 Prozent der Bevölkerung leben unterhalb der Armutsgrenze. Transportkosten zu Gesundheitszentren und Krankenhäusern sind hoch. Gleichzeitig kommt es meist zum Verdienstaustausch: In Sambia beispielsweise arbeiten drei Viertel der Erwerbstätigen im informellen Sektor. Ein Tag ohne Arbeit ist also ein Tag ohne Einkommen. Im Gesundheitszentrum selbst kommen oftmals noch die direkten Behand-



Foto: Felix Oehler, Welthungerhilfe

lungskosten hinzu. Denn auch weiterhin wird in den meisten Entwicklungsländern eine direkte Behandlungsgebühr von Patientinnen und Patienten verlangt. Und selbst wo dies nicht der Fall ist, müssen Behandlungsmaterial oder Medikamente oftmals selbst bezahlt werden.

| Gesundheit: ein Menschenrecht

Jeder Mensch, gleich ob arm oder reich, ob wohnhaft in Berlin, Lusaka oder Kathmandu, hat das Recht, sich im Krankheitsfall behandeln zu lassen, ohne dabei den finanziellen Ruin zu riskieren: Der Zugang zur Gesundheitsfürsorge zählt zu den universellen Menschenrechten. Daher ist es geboten, in Entwicklungsländern Gesundheitssysteme aufzubauen, die auch in Armut lebenden und marginalisierten Menschen Zugang zu Gesundheitsfürsorge ermöglichen. Kein Hexenwerk, wie die WHO in ihrem Weltgesundheitsbericht von 2010 zum Thema Gesundheitsfinanzierung betont. Durch eigene Anstrengungen der Entwicklungsländer und externe Hilfe ist Gesundheitsfürsorge für alle erreichbar. In jedem Land ist Spielraum vor-

Aktion „Mit gebührenfreier Gesundheitsfürsorge in armen Ländern Leben retten!“ von Action for Global Health und Oxfam im November 2010. Eine eingezäunte Krankenstation symbolisiert, dass Patienten, die Behandlungsgebühren nicht bezahlen können, ausgegrenzt werden.



handen, um den Prozess zu beschleunigen. Und kein Land fängt bei

Null an. Es gilt, die bestehenden Systeme in Richtung einer solidarischen Gesundheitsfinanzierung, möglichst ohne direkte Zahlungen der Patientinnen und Patienten, weiterzuentwickeln. Direkte Zahlungen sind das unsolidarischste und unberechenbarste Instrument der Gesundheitsfinanzierung. Sie stehen wie eine unüberwindbare Mauer zwischen den Menschen in Entwicklungsländern und der Verwirklichung des Menschenrechts auf Zugang zur Gesundheitsfürsorge.

| Von der Direktzahlung zur solidarischen Gemeinschaftsfinanzierung

Auf Druck von Weltbank und Internationalem Währungsfonds führten viele Entwicklungsländer in den 1980er Jahren Direktzahlungen für Gesundheitsdienstleistungen ein. Durch diese „User Fees“ sollten finanzielle

Ressourcen generiert und eine verstärkte Bindung zwischen den Menschen und den Gesundheitseinrichtungen erreicht werden. Für extrem arme Menschen und bestimmte Gruppen von Patientinnen und Patienten – beispielweise werdende

Mütter – wurden zum Teil Ausnahmeregelungen getroffen. Heute ist klar: User Fees schließen Millionen Menschen vom Zugang zur Gesundheitsfürsorge aus oder treiben sie in den Ruin. Die erhofften Ziele werden dadurch nicht erreicht. Ausnahmeregelungen werden in den meisten Fällen nicht erfolgreich umgesetzt, und es erbringt nur sehr wenig neue Ressourcen – meist weniger als fünf Prozent des Gesundheitshaushalts.

Immer mehr Entwicklungsländer ziehen die Konsequenzen aus den katastrophalen „Nebenwirkungen“ von User Fees. Am Rande der Generalversammlung der Vereinten Nationen im September 2009 erklärten unter anderem Nepal und Ghana, Gesundheitsfürsorge kostenfrei anbieten zu wollen. Die Regierung von Sambia hatte bereits im Jahr 2006 Patientengebühren in ländlichen Regionen abgeschafft.

Welche Modelle der Gesundheitsfinanzierung können den Zugang zu Gesundheitsfürsorge, insbesondere für einkommensschwache und marginalisierte Bevölkerungsgruppen, ermöglichen? Gibt es ein Patentrezept zur Überwindung finanzieller Hindernisse? Welche Rolle spielen hier Krankenversicherungen?

Grundsätzlich kann zwischen zwei Versicherungsansätzen unterschieden werden: einerseits profitorientierten, privatwirtschaftlich organisierten und andererseits öffentlich organisierte, bei denen nicht der Gewinn, sondern der breite Zugang im Vordergrund steht. Für die klassische private, profitorientierte Krankenversicherung in Entwicklungsländern stellen geringe Gewinnaussichten und mangelnde Rechtssicherheit ein erhebliches Investitionshindernis dar. Darüber hinaus sind sie wenig hilfreich beim Versuch, die

Direkte Zahlungen sind das unsolidarischste und unberechenbarste Instrument der Gesundheitsfinanzierung. Sie stehen wie eine unüberwindbare Mauer zwischen den Menschen in Entwicklungsländern und der Verwirklichung des Menschenrechts auf Zugang zur Gesundheitsfürsorge.

ärmsten Bevölkerungsschichten einzubinden. Verschiedene Mikrofinanzinitiativen haben – mit oder ohne Profitmotiv – immer wieder versucht, arme Menschen in Versicherungen einzubinden. In einigen Regionen Nepals oder Ghanas gibt es gemein-

debasierte Gesundheitsversicherungen. Diese sind aber zumeist finanziell nicht tragfähig. Darüber hinaus erreichen sie oft nur einen Bruchteil der Bevölkerung.

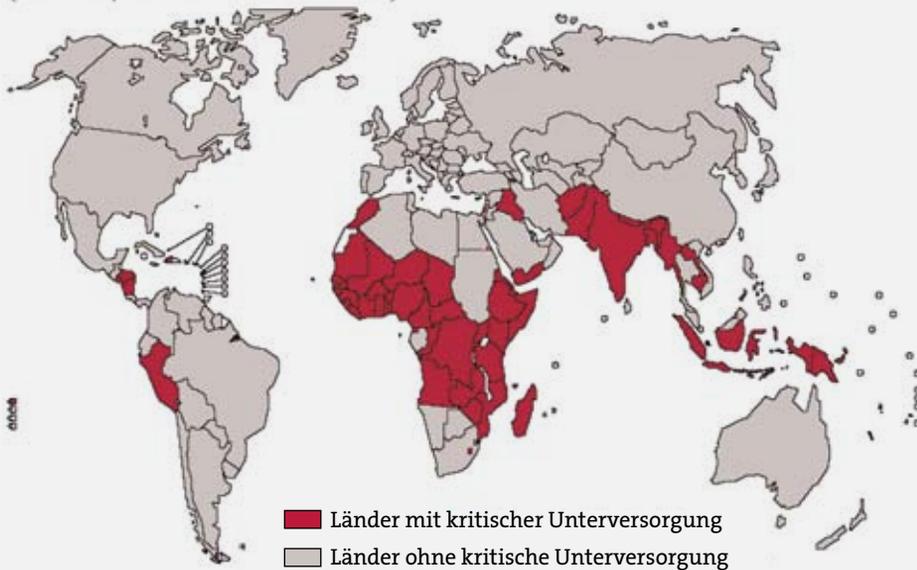
Bei öffentlich getragenen Krankenversicherungen gibt es zwei klassische Modelle: die beitragsfinanzierte soziale Krankenversicherung nach deutschem Muster und das steuerfinanzierte nationale Gesundheitssystem nach englischem Vorbild. In einem System der sozialen Krankenversicherung zahlen in der Regel Arbeitgeber und Arbeitnehmer über ihre Lohnabrechnung Beiträge. Diese werden von öffentlichen – oder, wie in Deutschland, quasi-öffentlichen – Krankenkassen verwaltet und an die Gesundheitseinrichtungen für die Bezahlung von Dienstleistungen weitergeleitet.

Im klassischen englischen System agiert der Staat sowohl als Gesundheitsdienstleister und auch als Krankenkasse. Das Gesundheitssystem wird einschließlich aller Dienstleistungen über das allgemeine Steueraufkommen finanziert. Gemein ist beiden Ansätzen, dass Patientinnen und Patienten ihre Behandlung nicht an Ort und Stelle individuell bezahlen müssen. Durch das Zusammenlegen der Gelder auf höherer Ebene, das sogenannte „pooling“, werden Risiken und Lasten zwischen Reichen und Armen sowie Kranken und Gesunden ausgeglichen.

Beide Ansätze existieren in ihren jeweiligen „Stammländern“ längst nicht mehr in Reinform. Ihre Charakteristika prägen jedoch – nicht zuletzt gefördert durch die deutsche und englische Entwicklungszusammenarbeit – die derzeitigen Reformanstrengungen vieler armer Länder.

Länder mit kritischer Unterversorgung an Gesundheitsfachkräften

(Ärztinnen und Ärzte, Pflegepersonal und Hebammen)



Quelle: Global Atlas of the Health Workforce, World Health Organization, Geneva
 (www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp)

Grundsätzlich sind Systeme der sozialen Krankenversicherung für ärmere Länder meist schwerer umzusetzen. Denn in vielen Entwicklungsländern arbeitet der Großteil der Bevölkerung im informellen Sektor und kann daher von einem beitragsfinanzierten System nur schwer erreicht werden. Auch die geringen administrativen und regulativen Möglichkeiten vieler ärmerer Länder stellen eine Schwierigkeit dar. Insbesondere die Zertifizierung von Gesundheitseinrichtungen und die Abrechnungen von Dienstleistungen über die Krankenkassen erfordern hohen Aufwand.

Wir gehen daher davon aus, dass steuerfinanzierte Systeme, bei denen der Staat sowohl Ressourcen eintreibt als auch Gesundheitsdienstleistungen anbietet und bezahlt, bessere Erfolgchancen in Entwicklungsländern haben. Einige Länder haben mit der Abschaffung von Patientengebühren im Rahmen eines staatlichen Gesundheitssystems erste Erfolge bei der Verbesserung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung erzielt. So stieg 2006 beispielsweise in ländlichen Gegenden Sambias nach der Abschaffung von Gebühren die Nutzung von Gesundheitszentren um 40

Prozent an. Nachdem die Gebühren hierfür im Jahr 2008 abgeschafft worden waren, erhielten zusätzlich 433 000 Frauen in Ghana Schwangeren-Vorsorgeuntersuchungen.

Gemeindebasierte Krankenversicherung – ein Beitrag zu mehr Gerechtigkeit

Professionelle Geburtshilfe oder eine medizinische Gesundheitsversorgung konnte sich Familie Pheakny, die als Kleinbauern von weniger als zwei US-Dollar pro Tag in Kambodscha leben, früher nicht leisten. Doch seit dem Jahr 2005 haben sich der Zugang zu qualifizierten Gesundheitsdienstleistungen und damit die Gesundheitssituation dieser und anderer Familien durch die Möglichkeit, einer gemeindebasierten Krankenversicherung beizutreten, deutlich verbessert. Ziel der Versicherung ist es, mit Hilfe planbarer Vorauszahlungen extreme Ausgaben im Krankheitsfall zu vermeiden, durch welche weltweit jährlich circa 100 Millionen Menschen verarmen.

Mutter Pheakny war eine der ersten, die sich für die Krankenversicherung entschieden hat, um für den Fall, dass eines der Familienmitglieder krank werden

| Gebühren abgeschafft – Personal gesucht

Doch selbst in Ländern, in denen die finanziellen Hürden niedriger geworden sind, ist es oft noch ein weiter Weg bis zur kompletten Umsetzung des universellen Zugangs zu Gesundheitsfürsorge. Neben der Verfügbarkeit von bezahlbaren Medikamenten ist der eklatante Mangel an Gesundheitsfachkräften die größte Hürde. Laut WHO besteht derzeit in 57 Ländern – fast ausschließlich Entwicklungsländer – ein drastischer Mangel an medizinischem Fachpersonal.

Die Krise hat vielfältige Gründe: Viele Entwicklungsländer bilden nicht genug Gesundheitspersonal aus. Darüber hinaus kehren viele Gesundheitsfachkräfte aus Frustration über schwierige Arbeitsbedingungen und niedrige Bezahlung dem öffentlichen Dienst den Rücken. Einige wechseln in den Privatsektor oder zu internationalen (nichtstaatlichen) Organisationen, andere verlassen den Gesundheitssektor oder gar das Land. Viele

sollte und medizinische Versorgung benötigte, die Kosten tragen zu können. Aufgrund ihrer Erfahrungen aus zwei früheren Hausgeburten, bei denen die Neugeborenen gestorben waren, wollte sie sichergehen, qualifizierte Hilfe in Anspruch nehmen zu können, falls es wieder zu Komplikationen kommen sollte.

Am Morgen der Geburt bezahlte Herr Pheakny einen Nachbarn, der einen Traktor besaß und Frau Pheakny in das nächste öffentliche Gesundheitszentrum fuhr. Das Geld für den Transport wird später von der Krankenversicherung erstattet.

Frau Pheakny wurde weiter in ein Krankenhaus überwiesen, wo sofort

betroffene Länder haben inzwischen Notfallpläne und Personalstrategien entwickelt, um ihr Gesundheitssystem vor dem Kollaps zu retten. So zahlt Sambia seinen Gesundheitsfachkräften einen Härtezuschlag für den Einsatz in ländlichen Gebieten. Nepal bildet verstärkt Freiwillige für den Gesundheitsdienst in entlegenen Bergdörfern aus.

Allerdings hat gerade das aktive Abwerben von Gesundheitsfachkräften seitens reicher Länder in jüngster Zeit zu einem massiven „Brain Drain“ in ärmeren Ländern geführt. Daher verständigten sich im Mai 2010 die Gesundheitsminister der WHO-Mitgliedsstaaten darauf, kein weiteres Gesundheitspersonal aus den 57 am stärksten betroffenen Ländern anzuwerben. Darüber hinaus sollten vor allem nationale Personalstrategien gestärkt werden: 25 Prozent der Mittel für Gesundheitsentwicklungshilfe sollte dafür verwendet werden. Ziel ist es, bis 2015 3,5 Millionen zusätzliche Gesundheitsfachkräfte auszubilden und im Gesundheitssektor zu halten.

| Internationale Unterstützung ist nötig

Viele Regierungen in Entwicklungsländern haben erkannt, dass grundlegende Reformen ihrer Gesundheitsfinanzierung notwendig sind, und ergreifen entsprechende Maßnahmen. Gerade Deutschland mit seinen Erfahrungen auf diesem Gebiet kann hier mit Beratung eine wichtige Rolle spielen. Eine solche Unterstützung sollte vorbehaltlos und kontextspezifisch gewährt werden und bereits von Anfang an auf ein schnellstmögliches Erreichen des universellen Zugangs zur Basisgesundheitsfürsorge hinarbeiten.

Selbst wenn Entwicklungsländer ihre Zielvorgabe, 15 Prozent der nationalen Haushalte in den Gesundheitssektor zu investieren, erreichen, werden nur die wenigsten von ihnen auf absehbare Zeit finanziell in der Lage sein, allen Bürgern Gesundheitsfürsorge ohne Direktzahlungen zu ermöglichen. Daher sind arme Länder beim Auf- und Ausbau ihrer Systeme auch weiterhin auf die finanzielle Unterstützung von reichen Ländern ange-

wiesen. Diese sollte langfristig und verlässlich, im Idealfall über die Haushalte der Empfängerstaaten gewährt werden. Hierzu muss auch Deutschland endlich das vor mehr als 40 Jahren selbstgesteckte Ziel, 0,7 Prozent seines Bruttoinlandsprodukts in Entwicklungszusammenarbeit zu investieren, erreichen. Wenn Deutschland und alle anderen Industrienationen 0,1 Prozent ihres Bruttoinlandsprodukts in die Gesundheitssysteme armer Länder investierten, könnte das Menschenrecht auf universelle Gesundheitsfürsorge Realität werden. Für Menschen in Lusaka oder Kathmandu würde das bedeuten, beim Arztbesuch keine Angst mehr vor dem Ruin haben zu müssen. | |

Literatur

The Human Resources for Health-Crisis: Addressing the Global Health Workforce Crisis: Challenges for France, Germany, Italy, Spain and the UK (AfGH, Januar 2011)

Achieving a Shared Goal: Free Universal Health Care in Ghana. (Oxfam, März 2011)

Finanzierung der Gesundheitssysteme. Der Weg zu universeller Absicherung (Der Weltgesundheitsbericht 2010, WHO 2010)

Krankenversicherung in armen Ländern. Zugang zur Gesundheitsfürsorge für alle? (Oxfam 2008)

keit im Gesundheitssystem?

ein Kaiserschnitt eingeleitet wurde. Der behandelnde Arzt betonte, dass bei einer späteren Einlieferung von Frau Pheakny in die Klinik sowohl Mutter als auch Kind sehr wahrscheinlich gestorben wären. Auch die Kosten für die Operation samt Transport wurden von der Krankenversicherung getragen.

Für eine fünfköpfige Familie liegt die Jahresprämie für die Krankenversicherung bei durchschnittlich 15 US-Dollar. Die Familie trägt davon zehn US-Dollar, fünf US-Dollar werden derzeit noch subventioniert.

Die gemeindebasierte Krankenversicherung und damit auch die Beiträge werden von einer lokalen NGO verwaltet. Diese stellt für jedes Mitglied eine Versicherungskarte aus, mit der die vereinbarten Leistungen kostenlos in Anspruch genommen werden können. Die

Versicherung schließt Rahmenverträge mit den öffentlichen Gesundheitsanbietern ab. Die Provinzgesundheitsbehörde ist eng in die Kontrolle der Versicherung eingebunden.

Frau Pheakny möchte mit ihrer Familie auch weiterhin Mitglied der Versicherung bleiben, um sich im Krankheitsfall gegen die oft sehr hohen Kosten abzusichern, und fügt hinzu: „Ich würde mir wünschen, dass gemeindebasierte Krankenversicherungen auch auf andere Dörfer ausgeweitet werden könnten, damit auch andere Familien die Möglichkeit haben, sich zu versichern und medizinisch behandeln zu lassen.“

Sandra Harlass, Dr. Sibylle Gerstl,
Malteser International



Barbara Fürst
arbeitet bei der Deutschen Welthungerhilfe für das europäische NGO-Netzwerk Action for Global Health.



Tobias Luppe
arbeitet als Experte für Gesundheitssysteme bei Oxfam Deutschland.

Druck von unten ist entscheidend

Zivilgesellschaftliche Organisationen treiben den Zugang zu bezahlbaren antiretroviralen Medikamenten voran

| Astrid Berner-Rodoreda
und Christiane Fischer

Sechs Millionen Menschen erhalten inzwischen weltweit Zugang zu antiretroviralen Medikamenten (ARVs) – so viele wie noch nie. Diese enorme Ausweitung der ARV-Therapie auf 40 Prozent der HIV-positiven Menschen, die eine Behandlung benötigen, war erst durch den Einsatz von günstigen Generika möglich. Dass sie erreicht wurde, ist nicht zuletzt einer aktiven Zivilgesellschaft zu verdanken, die die Regierungen, die EU und die Pharmaindustrie immer wieder in die Pflicht genommen hat. Das Ziel, bis 2015 den universellen Zugang zu erreichen, wird ebenfalls vom Druck der Zivilgesellschaft abhängen.

Südafrika ist das Land mit der höchsten Anzahl an Menschen, die mit dem HI-Virus leben: 5,6 Millionen. Vor 10 Jahren geschah in diesem Land etwas Bemerkenswertes: 39 Pharmakonzerne zogen eine Klage gegen die südafrikanische Regierung zurück. Sie hatte sich gegen ein südafrikanisches Gesetz von 1997 gerichtet, das einen öffentlichen Gesundheitsansatz verfolgt und den Einsatz und Import von billiger hergestellten generischen Medikamenten ermöglicht. 2001 hatte die Treatment Action Campaign (TAC) als „amicus curiae“ die südafrikanische Regierung im Gerichtsverfahren unterstützt und den Fall international publik gemacht. Nun standen die Pharmariesen in der Weltöffentlichkeit als profitgierig und wenig interessiert am Erhalt von Menschenleben da. Daraus resultierte der Entschluss, die Klage zurückzuziehen. Und nicht nur das: Die Unternehmen senkten die Preise für ihre ARVs oder stellten ihr ARV-Medikament der südafrikanischen Regierung sogar kostenlos zur Verfügung.

Da die damalige südafrikanische Regierung jedoch den Zusammenhang von HIV und

Aids anzweifelte, musste die TAC mit mehreren Gerichtsverfahren gegen die eigene Regierung erkämpfen, dass die Therapie im öffentlichen Sektor kostenlos angeboten wurde. Auch verklagte die TAC verschiedene Pharmaunternehmen, darunter Boehringer Ingelheim, GlaxoSmithKline, Merck Sharp & Dohme, wegen überhöhter Preise für ARVs. Das Resultat war, dass von ihnen freiwillige Lizenzen zu akzeptablen Bedingungen für den Nachbau der Medikamente (Generika) an mehrere Generikafirmen in Südafrika vergeben wurden und die Preise für ARVs fielen. Dass heute über eine Million Menschen ARVs in Südafrika erhalten, ist einer couragierten und aktiven Zivilgesellschaft zu verdanken, die durch zahlreiche Demonstrationen und eine Kampagne zivilen Ungehorsams einen nationalen HIV-Strategieplan erwirkte. Bei der Umsetzung des Strategieplans spielen Organisationen wie die TAC eine große Rolle, da sie beobachten, ob Hospitäler und Gesundheitsstationen mit geschultem Personal und Medikamenten ausgestattet sind. Basierend auf den Problemen, die sie vorfinden, starten sie Kampagnen. Die TAC informiert auch HIV-positive Menschen gründlich über die ARV-Therapie, was wiederum zu einer erfolgreichen Therapie beiträgt, die, wie inzwi-

sehen bekannt ist, auch die weitere Übertragung stark minimiert.

Neue Herausforderungen für Südafrika sind Abkommen mit der EU und akzeptable Preise für ARVs. Die südafrikanische Zivilgesellschaft setzt sich durch Briefe, Appelle und Gespräche mit EU-Parlamentariern dafür ein, dass weder in das EU-Indien-Freihandelsabkommen noch in das wirtschaftliche Partnerschaftsabkommen (EPA) zwischen der EU und der südafrikanischen Zollunion eine Verschärfung des Patentrechts mit einfließt, die den Zugang zu ARVs behindern würde.

| Indien – Schlüsselland in der Versorgung der Entwicklungsländer mit Aids-Medikamenten

Knapp 90 Prozent der über Geberprogramme in Entwicklungsländern eingesetzten ARVs stammen aus Indien. Ohne die dort produzierten billigen ARVs wäre der enorm gestiegene Zugang zur ARV-Therapie, besonders in Afrika, nicht möglich gewesen.

Als Land mittleren Einkommens musste Indien 2005 sein Patentgesetz konform mit den Vorgaben der Welthandelsorganisation WTO gestalten und auch auf Pharmazeutika Pro-



Foto: Eric Miller / Brot für die Welt

Eine junge Frau in Nairobi, Kenia, die von Beratern der Koptischen Kirche betreut wird, mit ihren antiretroviralen Medikamenten. Sie erhält sie kostenlos. Ihr Mann hat sie verlassen und sie ist jetzt allein mit ihrem neugeborenen Baby.



Foto: Kirsten Schwanke-Adiang / Brot für die Welt

duktpatente vergeben. Dass Indien es geschafft hat, dies so zu gestalten, dass alle Flexibilität genutzt und Patente nur auf wirkliche medikamentöse Neuerungen beschränkt wurden, ist der Zivilgesellschaft zu verdanken, die sich mit der lokalen Generikaindustrie zusammengetan und Parlamentarier darüber informiert hat, welche verheerende Konsequenzen es hätte, neue Patente auf nur leicht veränderte Medikamente ohne bewiesene zusätzliche Wirkung zu erteilen.

Multinationale Konzerne versuchten immer wieder das indische Patentrecht als nicht WTO-konform darzustellen – bisher jedoch ohne Erfolg. Der Versuch von Bayer, die Marktzulassung von Generika an den Patentstatus des Medikaments zu koppeln, scheiterte 2010 sowohl vor dem Höchsten Gericht in Delhi wie auch vor dem Obersten Gericht Indiens.

Novartis prozessiert seit 2006, als ihr Patentantrag auf das Krebsmedikament Glivec abgelehnt wurde, gegen die indische Regierung. Ihre Versuche, das indische Patentrecht und insbesondere die Ausnahmeregelungen zur Patentierbarkeit als nicht WTO-konform darzustellen, sind bisher allesamt in Indien gerichtlich gescheitert. Novartis hat die Schweiz auch nicht dazu bewegen können, den Fall vor die WTO-Schlichtung zu bringen. Eine weitere Novartis-Klage vor dem Obersten Gericht in Indien, in dem es um die Interpretation von „erhöhter Wirksamkeit“ geht, wird voraussichtlich im August 2011 beschieden.

Die Zivilgesellschaft schrieb zahlreiche Briefe an den indischen Premierminister und an die entsprechenden Pharmakonzerne. Patienten-Gruppen legten Widerspruch zu der Patentierung der Medikamente ein. Es wurden international Unterschriften gesammelt und Deklarationen verfasst, es fanden in vielen Städten Protest-, ja sogar Boykottaktionen statt.

Demonstration vor dem Parlament in Kapstadt, Südafrika, am 8. März 2011. Die Treatment Action Campaign, die an der Demonstration beteiligt ist, kämpft seit langem für die Rechte von Menschen mit dem HI-Virus.

Die Medien wurden über die Fälle unterrichtet, so dass in Indien und weltweit ein Bewusstsein entstand, welche verheerende Konsequenzen es für die Medikamentenversorgung und insbesondere auch für ARVs hätte, wenn Bayer und Novartis vor Gericht Recht bekämen und das indische Patentrecht geändert werden müsste. Die internationale Zusammenarbeit der Zivilgesellschaft war in diesen Fällen wie auch beim EU-Indien-Freihandelsabkommen beispielhaft.

Proteste, Lobbygespräche, Demonstrationen, Pressemitteilungen und Briefe von nichtstaatlichen Organisationen haben die verschiedenen Etappen der Verhandlungen des EU-Indien-Freihandelsabkommens begleitet. Im März 2011 fand eine Großdemonstration in Neu-Delhi statt. Tausenden von Demonstranten aus ganz Asien forderten die indische Regierung auf, keine Verschärfung des Patentrechts, vor allem keine Datenexklusivität (das alleinige Nutzungsrecht für Daten aus klinischen Studien) in den Vertrag aufzunehmen, da dies eine Wiederholung von Medikamentenstudien nötig machen und so die Registrierung von Generika Jahre hinauszögern würde; zudem wäre sie zutiefst unethisch. Die zuständigen indischen Minister haben inzwischen verlauten lassen, dass sie sich gegen diese Patentverschärfungen einsetzen werden. Auch der indische Premierminister hat dies Ende April bekräftigt und Indien hat sich beim Gipfeltreffen zu HIV und Aids in New York im Juni 2011 gegen Patentverschärfungen im EU-Indien-Freihandelsabkommen ausgesprochen. Diese neue offizielle Haltung ist vor allem der unermüdlichen Arbeit von indischen und internationalen NGOs zu verdanken.

Die Finanzierung der Bekämpfung von HIV weltweit muss ausgebaut werden, wenn es der internationalen Staatengemeinschaft ernst ist mit der Erreichung des universellen Zugangs. Dafür setzt sich auch das Aktionsbündnis gegen AIDS mit Lobbygesprächen bei der Bundesregierung, mit Briefen, Verlautbarungen und Aktionen ein. Die momentane „Mitmachaktion“ zeigt den Bedarf am Beispiel der Mutter-zu-Kind-Übertragung auf. Ein erster Schritt für Deutschland wäre hier das Einstellen angemessener Beiträge für die internationale HIV-Bekämpfung für die Jahre 2012 und 2013. Die von der Bundesregierung geförderte lokale Produktion von lebenswichtigen Medikamenten in Ländern niedrigeren Einkommens, die erst ab 2016 Arzneimittelpatente anerkennen müssen, sollte vor allem auch auf die Herstellung neuerer ARVs ausgerichtet werden. Eine Verschärfung der geistigen Eigentumsrechte durch EU-Abkommen wäre für die Versorgung mit neueren ARVs in Entwicklungsländern fatal. Deshalb ruft das Aktionsbündnis die Bundesregierung auf, sich auf EU-Ebene gegen diese Verschärfung sowohl im EU-Indien-Freihandelsabkommen als auch im Economic Partnership Agreement (EPA) mit der südafrikanischen Zollunion stark zu machen. | |

Link

www.aids-kampagne.de/kampagne/in9monaten/



Astrid Berner-Rodoreda ist Beraterin für HIV und Aids bei „Brot für die Welt“.



Dr. Christiane Fischer ist Geschäftsführerin der BUKO-Pharmakampagne.

Ungleichheit macht krank

Soziale Determinanten für Gesundheit

| Andreas Wulf und Joachim Ruppel

Dass viele Krankheiten und frühe Todesfälle von ungünstigen Lebens- und Arbeitsbedingungen verursacht werden, liegt auf der Hand, wird aber nur zu oft bei der Planung von Gesundheitsprogrammen außer Acht gelassen. Doch nur eine gerechte Welt kann eine gesunde Welt sein. Armutsbekämpfung und Gesundheitsförderung sind daher beide gleichermaßen wichtig.

Schon die römischen Geschichtsschreiber erwähnen die gravierenden Gesundheitsschäden, die letztlich auf soziale Ausbeutung und Umweltzerstörungen zurückzuführen waren. So stand die Ausbreitung der Malaria in engem Zusammenhang mit der Abholzung der Wälder, zu deren Folgewirkungen eine starke Bodenerosion, die Verlandung der Mündungen von Po und Tiber und schließlich die Versumpfung weiter Landstriche gehörten. Dem Baumeister Vitruvius diente das kränkliche Aussehen der in den Bleimineralen schuftenden Sklaven als Warnhinweis, um Wasserleitungen aus Ton statt der üblichen Bleirohre zu empfehlen. Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieb Rudolf Virchow den Zusammenhang zwischen extremer Verarmung, Hunger und Seuchen, den er in den benachteiligten Regionen des Frühkapitalismus wie Oberschlesien studiert hatte, mit den drastischen Worten: „Leben um Leben wollen wir abwägen und zu sehen, wo die Leichen dichter liegen, bei den Arbeitern oder den Privilegierten.“

Auch in der heutigen Weltgesellschaft gehört die Ausbreitung von lebensbedrohenden, aber meist vermeidbaren Krankheiten zu den dramatischen Folgen der sozioökonomischen Gegensätze. Das herrschende Globalisierungsmodell treibt nicht nur die Einkommenspolarisierung voran, sondern lässt die Lebenswelten und Lebenschancen zunehmend auseinanderdriften. Die fatalen Auswirkungen für die Gesundheit der benachteiligten Menschen drückte Professor Michael Marmot,

Foto: Andreas Wulf



Leiter der WHO-Kommission „Soziale Determinanten von Gesundheit“, so aus: „Soziale Ungleichheit tötet in großem Ausmaß.“

Das zeigt sich in den extremen Unterschieden bei der Lebenserwartung: In den am stärksten von der HIV-Epidemie betroffenen Ländern sterben die Menschen trotz der partiellen Fortschritte bei der Behandlung der Immunschwäche im Mittel, bevor sie 50 Jahre alt werden. Dagegen erreichen die Bewohner der wirtschaftlich privilegierten Länder ein durchschnittliches Lebensalter von über 80 Jahren. Dabei führen soziale Unterschiede auch hier dazu, dass zum Beispiel Jungen aus benachteiligten Vororten Glasgows im Durchschnitt 28 Jahre früher sterben werden als ihre Altersgenossen aus den bevorzugten Wohnvierteln derselben Stadt. Und in so unterschiedlichen Entwicklungsländern wie Indien, Indonesien, Brasilien und Kenia verzeichnet das ärmste Fünftel der Bevölkerung eine zwei bis drei Mal höhere Kindersterblichkeit als das reichste Fünftel.

| Gesundheitsschädliche Lebensbedingungen

Das Risiko, von einer der wichtigsten Infektionskrankheiten getroffen zu werden, hängt eng mit den Lebensverhältnissen zusammen. Bei den Kindern, die in Familien des ärmsten Fünftels lebten, fand eine in Sambia durchgeführte Studie bei einem Drittel Malariaparasiten. Dagegen waren nur fünf Prozent der Kinder infiziert, die zum obersten Wohlstandsfünftel zählen. In Indien wurde eine deutlich höhere TB-Prävalenz bei Menschen festgestellt, die unter der Armutsgrenze lebten, verglichen mit Menschen mit höheren Einkommen (242 gegenüber 149 pro 100.000 der Bevölkerung). In diesen Fällen sind physische Lebensbedingungen wie ungünstige Wohnungssituation, Unterernährung, mangelnde Hygiene und der fehlende Zugang zu Präventionsmitteln wie imprägnierten Moskitonetzen für die höhere Krankheitshäufigkeit verantwortlich.



Der Slum Kibera in Nairobi, Kenia. Die Wohnsituation bestimmt mit darüber, wie häufig und wie schwer Menschen erkranken. Lebenslage und Gesundheitsprobleme hängen eng zusammen.

Dieser Zusammenhang von Lebenslage und Krankheit gilt aber auch für Gesundheitsprobleme, die oft nur als Folge individueller Verhaltensweisen gesehen werden. Denn eine selbstbestimmte und selbstbewusste Gestaltung des eigenen Lebens wird vielfach eingeschränkt durch sozioökonomische Benachteiligung und Abhängigkeit sowie kulturell bedingte Rollenzwänge und Einstellungsmuster. Auch die verschiedenen Ausdrucksweisen des menschlichen Grundbedürfnisses nach körperlicher und emotionaler Intimität, die für die Ausbreitung sexuell übertragener Infektionen entscheidend sind, werden durch die spezifische Lebenssituation und die jeweils gültigen Normen geformt.

Ein dramatisches Beispiel hierfür stellt das südliche Afrika dar, wo rund ein Drittel aller mit HIV infizierten Menschen leben. Dort haben die Ausbeutung und der Landraub durch die Kolonialmächte die weltweit größten Einkommensunterschiede und ein System massenhafter Wanderarbeit hervorgebracht. Die gleichzeitige Durchsetzung eines Rechtssystems, das die traditionellen Verpflichtungen gegenüber der Gemeinschaft durch das Privateigentum verdrängte, hat die Frauen noch zusätzlich benachteiligt. Von Bildungs- und Einkommenschancen ausgeschlossen, bildet der Austausch von Sex für viele Frauen das einzige Mittel zur Sicherung der sozialen Position oder der nackten Existenz. Die Arbeitsmigration hat in einigen Ziel- und Herkunftsregionen die Geschlechterparität extrem verzerrt. So hat die Suche nach Arbeit in den Minen und auf den Plantagen Südafrikas in der Gaza-Provinz Mosambiks dazu geführt, dass in der Altersgruppe der 25- bis 34-jährigen weniger als 50 Männer auf 100 Frauen kommen. Diese Zwangsverhältnisse haben das sogenannte Risikoverhalten in Form von kommerziellem Sex und häufigem Partnerwechsel erst entstehen lassen. Zusätzlich befördert durch die Abwesenheit von Präventionsprogrammen, wurde dadurch eine explosive Ausbreitung von HIV heraufbeschworen.

| „Wohlstandskrankheiten“ bei den Armen

Auch gesundheitsrelevante Ernährungsweisen sind weit weniger das Ergebnis eigener Entscheidungen, als uns Ernährungsberater und Kochshows suggerieren mögen: Für städtische Arme kann es teurer und schwieriger sein, sich von lokal angebauten Lebensmitteln zu ernähren als von den global vermarkteten Fertigprodukten der oft hoch subventionierten Agrarindustrie. Was in der Folge nicht nur die lokalen Bauern um ihre Einkünfte bringt, sondern zu einer Häufung vermeintlicher „Wohlstandskrankheiten“ wie Übergewicht, Diabetes und Störungen des Fettstoffwechsels gerade unter den einkommensschwachen Bevölkerungsgruppen führt.

Für städtische Arme kann es teurer und schwieriger sein, sich von lokal angebauten Lebensmitteln zu ernähren als von den global vermarkteten Fertigprodukten der oft hoch subventionierten Agrarindustrie.

Die Ursachen für die Entstehung und Ausbreitung von Krankheiten sind somit nicht in den angeblich riskanten Lebensstilen oder dem anscheinenden Unwissen der betroffenen

und gefährdeten Menschen zu suchen. Vielmehr sind die unmenschlichen und unwürdigen Bedingungen in den Blick zu nehmen, unter denen sie zu (über)leben gezwungen sind. Da die Lebensverhältnisse und -perspektiven aber immer stärker durch globale Strukturen und Entwicklungstendenzen bestimmt werden, müssen diese bei der Erörterung von Erklärungs- und Handlungsansätzen im Auge behalten werden.

Wichtige Einsichten für eine solche Analyse hat die oben erwähnte WHO-Kommission geliefert. In ihrem 2008 veröffentlichten Bericht sind nicht nur Faktenwissen und Empfehlungen von Fachleuten eingeflossen, sondern er wurde auch durch die Erkenntnisse und Erfahrungen von zivilgesellschaftlichen Organisationen und Basisbewegungen bereichert, die sich in den verschiedenen Regionen und Gesellschaften dafür einsetzen, soziale Ungleichheit und deren krankmachende Wirkungen zu überwinden.

Eine der zentralen Handlungsempfehlungen lautet, die täglichen Lebensbedingungen insbesondere der benachteiligten Menschen zu verbessern. Das muss bei der frühen Kindheitsentwicklung ansetzen, wenn man bedenkt, dass zurzeit mindestens 200 Millionen Kinder nicht ihr volles Entwicklungspotential realisieren können. Dann müssen menschenwürdige Arbeits- und Umweltbedingungen, soziale Sicherungsmechanismen sowie umfassende Gesundheitssysteme ohne Zugangsbarrieren geschaffen werden, wenn faire Gesundheitschancen verwirklicht werden sollen.

| Gesundheitswidrige Lebensverhältnisse ändern

Die Kommission macht hier aber nicht halt, sondern ruft dazu auf, die herrschenden Gesellschaftsstrukturen und Praktiken mit ihrer ungerechten Verteilung von Macht, Reichtum und Ressourcen anzugehen, die den gesundheitswidrigen Lebensverhältnissen zu Grunde



Mobile Apotheke in einem Dorf im Südsudan. Der Zugang zu Medikamenten ist für die Armen und Benachteiligten nicht selbstverständlich.

liegen. Das erfordert von den Regierungsverantwortlichen, die Erreichung fairer Gesundheitsbedingungen zum Ziel und Maßstab auf allen Politikfeldern zu machen. Dabei müssen nicht nur die nationalen Regierungen der unterprivilegierten Länder ihre „Hausaufgaben“ machen. Angesichts der strukturellen Begrenzung von Handlungsspielräumen und verfügbaren Ressourcen sind sie nicht in der Lage, das Recht auf höchstmögliche Gesundheit für jeden Bürger allein zu verwirklichen. Das kann nur gelingen, wenn durchgreifende Veränderungen des globalen Wirtschafts- und Politiksystems stattfinden. Dazu gehört die Umverteilung von Ressourcen mittels gerechter Steuersysteme und die Erhöhung der öffentlichen Entwicklungshilfe insbesondere für gesundheitsförderliche Maßnahmen ebenso wie die Teilhabe aller gesellschaftlichen Gruppen an den politischen Entscheidungsprozessen auf den verschiedenen Ebenen.

Die globale Strukturpolitik, auch als Global Governance bezeichnet, war bisher durch Demokratiedefizite und Machtgefälle gekennzeichnet, so dass die Sonderinteressen mächtiger Akteure die Oberhand über Anliegen wie soziale Gerechtigkeit und gesundheitliche Besserstellung der Mehrheit der Weltbevölkerung gewannen. Wie es im Bericht heißt, war es „jenseits des Auftrags und der Kompetenz der Kommission, eine neue internationale ökonomische Ordnung zu entwerfen, die eine Balance findet zwischen den Bedürfnissen der gesamten Weltbevölkerung nach sozialer und ökonomischer Entwicklung, gesundheitlicher Gerechtigkeit und der Dringlichkeit, auf den Klimawandel zu reagieren“. Ungeachtet der erforderlichen Zurückhaltung werden die problematischen Gesundheitsfolgen des aktuellen Globalisierungsmodells mit seinen Mar-

kenzeichen wie Marktöffnung, Handelsliberalisierung, Privatisierung, Strukturanpassung, Flexibilisierung der Beschäftigungsverhältnisse und Durchsetzung der sogenannten Rechte an geistigem Eigentum benannt.

Die Kommission wendet sich entschieden gegen die Kommerzialisierung von Gesundheitsdiensten und anderen lebenswichtigen öffentlichen Gütern, die nur die Gegensätze bei den Lebensbedingungen und Gesundheitschancen verschärfen. Und der Bericht lässt keinen Zweifel daran, dass tiefgehende Reformen der globalen Ordnung erforderlich sind, um eine „echte Gleichheit des Einflusses“ von Reichen und Armen zu erreichen. Dies mag als sehr anspruchsvolle Agenda erscheinen. Aber die wissenschaftlichen Analysen weisen unmissverständlich den Weg.

Die wesentlichen Schlussfolgerungen wurden 2009 in einer Resolution von der Weltgesundheitsversammlung anerkannt (WHA62.14: Reducing health inequities through action on the social determinants of health). Darin wird eine Weltkonferenz zum Thema vorgesehen, die im Oktober 2011 in Brasilien stattfinden wird. Dort sollen bereits erneuerte und konkrete Pläne der Staaten diskutiert werden, um die „alarmierenden Tendenzen der gesundheitlichen Ungleichheiten anzugehen“. Aber nur wenn der öffentliche Druck sozialer Bewegungen und zivilgesellschaftlicher Initiativen auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene verstärkt wird, besteht die Chance, dass die formulierten Prinzipien und Strategien umgesetzt werden. Dann können wir tatsächlich hoffen, die Vision der Kommission zu verwirklichen und „die Kluft in einer Generation zu schließen“.

Das ist nicht nur ein Gebot der menschlichen Solidarität, sondern es steht auch die Zukunft der Menschheit insgesamt auf dem Spiel. Die

sozialen Gegensätze und andere gesundheitsfeindliche Bedingungen wirken sich zwar unter den Armen und Benachteiligten am verheerendsten aus, machen aber letztlich die gesamte Gesellschaft krank. Mit den Worten von Professor Marmot: „Wir müssen uns diesen mit sozialer Ungleichheit verbundenen Problemen stellen, auch wenn wir weder einfache noch rasche Lösungen haben. Aber nur eine gerechte Welt kann eine gesunde Welt werden.“

Angesichts der oben aufgezeigten Bedingungsbeziehungen geht auch die immer wieder aufflammende Diskussion, ob die generelle Armutsbekämpfung oder die spezifische Gesundheitsförderung Vorrang habe, am Kern der Sache vorbei. Beides ist dringend erforderlich, um die Verelendungsspirale zu durchbrechen und ein besseres Leben für die Benachteiligten und damit für alle Menschen der Weltgesellschaft zu ermöglichen. | |

Literatur

Marmot, M: **Social Determinants of Health Inequalities**. www.thelancet.com, Vol 365 March 19, 2005

Bericht der Commission on Social Determinants of Health: www.who.int/social_determinants/thecommission/en/



Andreas Wulf
ist medizinischer Projektkoordinator bei medico international.



Joachim Rüppel
ist Mitarbeiter des Missionsärztlichen Instituts, Würzburg, und zuständig für die Beratung von Projekten sowie für politische Anwaltschaft.

Die Gesundheitsrendite

Emissionsminderung nutzt der Gesundheit

Foto: Marko Lakomy / Kindernothilfe e.V.



Nicht nur wie hier bei Überschwemmungen in Pakistan 2010 bedroht der Klimawandel Leben und Gesundheit der Menschen.

| Winfried Zacher

Der Weltentwicklungsbericht von 2010 bestätigt, was schon der Report des Weltklimarats von 2007 formuliert hat: Die erhebliche Zunahme von Tod und Krankheit ist eine der fünf wichtigsten Folgen des Klimawandels. Die Direktorin der Weltgesundheitsorganisation WHO, Margaret Chan, hält den Klimawandel sogar für die größte Gesundheitsbedrohung des 21. Jahrhunderts. Emissionsminderung jedoch ist ein Mittel, um diese Bedrohung zu reduzieren.

Der Klimawandel wirkt sich über unterschiedliche Mechanismen auf die Gesundheit aus: Die Hitzewellen 2003 haben in Westeuropa 70.000 zusätzliche Todesfälle verursacht – allein in Deutschland 9000. Stürme, Orkane, Erdbeben und Überschwemmungen verur-

sachen direkt Verletzungen und Todesopfer. Diese Folgen sind gravierend – aber gering im Vergleich zu den indirekten Folgen: Die Erhöhung der Durchschnittstemperatur führt zu „besseren“ Übertragungsbedingungen vieler Infektionen; extreme „Starkwetterereignisse“ teils zu Wassermangel, teils zu Überflutungen, die von tödlichen Durchfallerpidemien bis zu einer gravierenden Verschlechterung der Ernten führen. Das mündet in Mangelernährung und Hunger: Umstände, die über Infektionen schnell zu Krankheit und Tod führen können.

Wenn die Trockenheit so ausgeprägt ist, dass weder Mensch noch Tier genügend Nahrung finden, oder wenn die Fluten zu Hochwassern werden, hat beides dramatische Folgen für die Lebenssituation und die Gesundheit der Menschen. Beim Hochwasser in Pakistan 2010 wurden 20 Millionen Menschen zu obdachlosen internen Migranten. Die ärmsten Menschen sind besonders betroffen. Ihre Häuser

halten den Fluten kaum stand, auch weil sie aus Armutsgründen in stark gefährdeten Flussdeltas oder Küstenregionen gebaut werden.

| Emissionsminderung als Chance für die Verbesserung der Gesundheit

Bekanntlich ist die Erderwärmung bisher vor allem auf die Emissionen infolge der Industrialisierung auf der Nordhalbkugel zurückzuführen. Aber die Folgen tragen vor allem die Gesellschaften, die auf Grund ihrer schwierigen sozialen, ökonomischen und gesundheitlichen Voraussetzungen den zusätzlichen Belastungen am wenigsten entgegenzusetzen haben: die Entwicklungsländer. Schon bisher haben sie 99 Prozent aller Krankheits- und Todesfolgen der Erderwärmung aufgebürdet bekommen; auch in den nächsten zwanzig Jahren wird sich wohl nichts daran ändern, dass die Industrieländer nur ein Prozent der langfristigen Gesundheitsfolgen zu tragen haben werden. Das liegt natürlich auch daran, dass reiche Industrieländer ausführliche „Anpas-

Mit Emissionsminderung Leben retten

Wenn in der EU bis 2020 die Emissionen nicht – wie bislang vorgesehen – gegenüber 1990 um 20 Prozent, sondern um 30 Prozent reduziert würden, hätte das jährlich folgende Wirkung:	EU	Deutschland
gerettete Lebensjahre	140.000	40.000
stationäre Behandlungen wegen Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen vermindert um:	4000	1000
krankheitsbedingte Arbeitsausfallstage vermieden	3.000.000	800.000
Ersparnisse an Gesundheitsausgaben durch die Senkung der Sterblichkeit	7,3 – 27 Mrd. €	0,9 – 2 Mrd. €
Ersparnisse an Gesundheitsausgaben durch die Senkung von Erkrankungen	3 Mrd. €	0,9 Mrd. €

Quelle: Health and Environment Alliance(Heal), Health Care without Harm (HCWH), Acting now for better health, Brussels, 2010, www.env-health.org/IMG/pdf/HEAL_30_co-benefits_report_-_FULL.pdf

sungsprogramme“ zur Reduktion zusätzlicher Gefahren ausarbeiten können.

Die Forderungen der „Klimaschützer“, in den Industrieländern die Emissionen zu reduzieren, stehen bislang unter dem Generalverdacht, Verzicht und ein schlechteres Leben zu propagieren. Neue Studien aus dem Gesundheitsbereich legen nahe, die „große Transformation“ auch als Chance für eine Verbesserung der Gesundheit zu sehen. Und das geht so: Im Kyoto-Protokoll werden Emissionsgrenzen für die „Klimagase“ festgelegt. Das sind vor allem Kohlendioxid, Methan, Lachgas. Diese „Klimagase“ sind ungiftig – sie haben keine unmittelbar negative Auswirkung auf die Gesundheit. Sie verursachen aber die Erderwärmung und haben so katastrophale Folgen für die Gesundheit – vor allem langfristig und vor allem in Entwicklungsländern.

Gleichzeitig mit Klimagasen entstehen bei der Nutzung von fossilem Brennstoff eine Reihe weiterer Emissionen, die sich weniger oder kaum auf die Erderwärmung auswirken, aber erhebliche unmittelbare und mittelfristige Folgen für die Gesundheit der Menschen haben: Dabei handelt es sich um Ruß, Schwefelverbindungen, Ozon und Stickstoffderivate, die vor allem Atemwegs- und Herz-Kreislaufkrankungen verursachen oder verschlimmern. Allein um der verbesserten Gesundheit willen sollten diese Emissionen so stark wie möglich verringert werden. Vor allem wenn dadurch gleichzeitig der Ausstoß an Klimagasen vermindert wird und dadurch weltweit auch die langfristigen (Klima- und) Gesundheitsfolgen reduziert werden (siehe die Tabelle oben).

Dies gilt übrigens nicht nur für Industrieländer. In Schwellenländern wie China, Indonesien und Brasilien, aber auch in Kenia und in der EU ist die Luftverschmutzung durch die Nutzung fossiler Brennstoffe nicht nur ein großes Klima-, sondern auch ein großes Gesundheitsproblem. So sterben jährlich etwa anderthalb Millionen Menschen – ein Großteil davon Kinder unter fünf Jahren – an tödlich verlaufenden Atemwegserkrankungen durch offenes Feuer und die Rauchentwicklung in Innenräumen. Eine Verringerung der Emissionen hat dort, wo diese Emissionen eingespart werden, ganz direkt und kurzfristig positive Gesundheitsfolgen: Eine Emissionsminderung im Verkehr oder im Kraftwerk, ebenso wie bei der Nahrungsproduktion oder bei Gebäuden, wirkt in der Umgebung sowohl eine sofortige als auch eine mittelfristige „Gesundheitsdividende“ ab. Neben den langfristigen Vorteilen des Klimaschutzes sollte dieser unmittelbar wirksame Aspekt stärker in die Klimadiskussion einfließen. Weniger Emissionen vermeiden nicht nur die langfristigen Schäden, sondern fördern unmittelbar die Gesundheit. | |



Winfried Zacher,
Facharzt für Allgemeinmedizin, Tropenkrankheiten, MPH, ist Berater für Entwicklung und Gesundheit bei Germanwatch e.V.

Klimawandel und Kinderrechtsverle



Der Klimawandel gefährdet Kinder und Jugendliche besonders, denn sie sind besonders verletzlich. Nach der Flut in Pakistan 2010 etwa starben viele Kinder an verunreinigtem Trinkwasser. Ihr Immunsystem ist noch nicht ausgereift, deshalb leiden sie bei Infektionen stärker.

Die fehlenden kindbezogenen Klimaschutzmassnahmen sind ein Beispiel dafür, wie der Klimawandel die Rechte von Kindern verletzt. Es mangelt an schulischer und außerschulischer Umweltbildung, ebenso so wie an sicheren Schutzräumen in Schulen oder Familien bei Umweltkatastrophen.

Auch beim Thema Klima und HIV/Aids werden die Kinderrechtsverletzungen deutlich. Nach der UNAIDS-Studie zu Klimawandel und Aids von 2010 haben in Sambia besonders viele Kinder Mangelerscheinungen, weil durch die ungewöhnlich lang anhaltende Dürre die Familien keine Ernteüberschüsse erwirtschaften konnten. Während bislang die Aidsweisen Lebensmittel von der erweiterten Familie oder der Dorfgemeinschaft erhalten haben, leiden sie jetzt als

Die VENRO-AG Gesundheit

Engagement für die Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit für alle Menschen



Kinder in Pakistan:
Glücklich über Hilfe nach
der Flutkatastrophe 2010.

Schwächste der Gesellschaft stark unter Hunger und fehlenden Ressourcen. So ist zum Beispiel das Geld nicht vorhanden, um zur Schule gehen zu können. Das führt auch zum Anstieg von ausbeuterischer Kinderarbeit. Nach Prognosen der WHO wird die Anzahl unterernährter Kinder durch den Klimawandel in den nächsten 40 Jahren von 42 auf 52 Millionen ansteigen.

Um Kinder besser zu schützen, müssen sie so weit als möglich in sie betreffende politische Entscheidungen mit einbezogen werden. Kinder haben nach Artikel 24 der Kinderrechtskonvention auch ein Recht auf eine intakte Umwelt. Deshalb muss die deutsche Entwicklungspolitik ökologische Kinderrechte ernst nehmen und die Kinderrechtsperspektive in bestehende Umwelt- und Klimavertragsprozesse, wie die Entwicklung des Green Climate Funds, mit aufnehmen.

Frank Mischo, HIV/Aids-Themenverantwortlicher der Kindernothilfe e.V.

Die Arbeitsgruppe Gesundheit des Verbandes Entwicklungspolitik Deutscher Nichtregierungsorganisationen (VENRO) bietet ein Forum zur Diskussion zivilgesellschaftlicher Positionen zu Fragen von Gesundheit im entwicklungspolitischen Kontext. Die AG hat grundsätzlich das gesamte thematische Spektrum von Gesundheit im Blick. Sie will mit ihrer Arbeit zur Verwirklichung des Rechts auf Gesundheit für alle Menschen beitragen – ein Recht, das einem großen Teil der Menschheit vorenthalten wird. Dies betrifft unter anderem Stärkung und Finanzierung von Gesundheitssystemen, Mutter- und Kindergesundheit, übertragbare und nicht-übertragbare Krankheiten, Gesundheit in den Schnittmengen mit dem Themenfeld Behinderung, die Auswirkungen des Klimawandels auf Gesundheit, Gesundheit und Millenniumsentwicklungsziele, Primary Health Care.

| Themenfeld Gesundheit

Die Arbeitsgruppe setzt sich Schwerpunkte, die sie gemeinsam beschließt und die unter anderem von den Prioritäten der Mitglieder und der politischen und gesellschaftlichen Agendasetzung abhängen.

Die in der AG vertretenen Mitgliedsorganisationen von VENRO befassen sich mit dem Themenfeld Gesundheit durch Unterstützung von Partnerorganisationen, Lobby- und Advocacyarbeit, Vernetzung mit anderen nichtstaatlichen Organisationen und Bündnissen. Die AG Gesundheit erarbeitet gemeinsame Positionen zu entwicklungspolitischen Gesundheitsthemen. Damit stärkt sie den Dachverband VENRO, der das Themenfeld Gesundheit in den entwicklungspolitischen Dialog einbringt. Gleichzeitig wird die Arbeit der Mitgliedsorganisationen gestärkt, da die AG Expertise zu verschiedenen Gesundheitsthemen bündelt.

Ein wichtiger Teil der Arbeit ist der Dialog mit entsprechenden Bundesministerien, dem Bundestag und seinen Ausschüssen und anderen politischen Entscheidungsträgern und Entscheidungsträgerinnen. Wichtige Ansprechpartner sind das Bundesministerium für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, das Bundes-

ministerium für Gesundheit, der Ausschuss für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung des Bundestags, vor allem der Unterausschuss Gesundheit. Die Arbeitsgruppe wirkt auch in andere Bereiche der Gesellschaft hinein, wie Öffentlichkeit, Kirchen, Wirtschaft, Verbände und die Akteure des Gesundheitswesens.

Die von der AG entwickelten Positionen werden in Absprache mit den AG-Mitgliedern und dem VENRO-Vorstand durch Positionspapiere, Veranstaltungen sowie Mobilisierungsinstrumente wie „Deine Stimme gegen Armut“ der Öffentlichkeit zugänglich gemacht. Indem sie das Themenfeld Gesundheit sichtbar macht, trägt die AG dazu bei, den Stellenwert der Entwicklungspolitik zu erhöhen und auf eine alle Politikbereiche einbeziehende, in sich stimmige Entwicklungspolitik hinzuwirken. Entwicklungspolitik im Allgemeinen und das Themenfeld Gesundheit im Besonderen werden gesamtgesellschaftlich besser verankert und der Dialog zwischen den privaten und staatlichen Trägern der Entwicklungszusammenarbeit gefördert. ||

AG-Sprecherin und -Sprecher:

Dr. Sonja Weinreich, Evangelischer Entwicklungsdienst, und Tobias Luppe, Oxfam



Kontakt:

VENRO e. V.
Kaiserstraße 201
53113 Bonn

E-Mail: sekretariat@venro.org
www.venro.org

Dieses Dossier ist eine Beilage zur Ausgabe 8/2010 von WELT-SICHTEN.

Konzept und Redaktion:
Sonja Weinreich (EED), Alexander Lohner (Misereor), Frank Mischo (KNH), Anja Ruf (im Auftrag von WELT-SICHTEN)

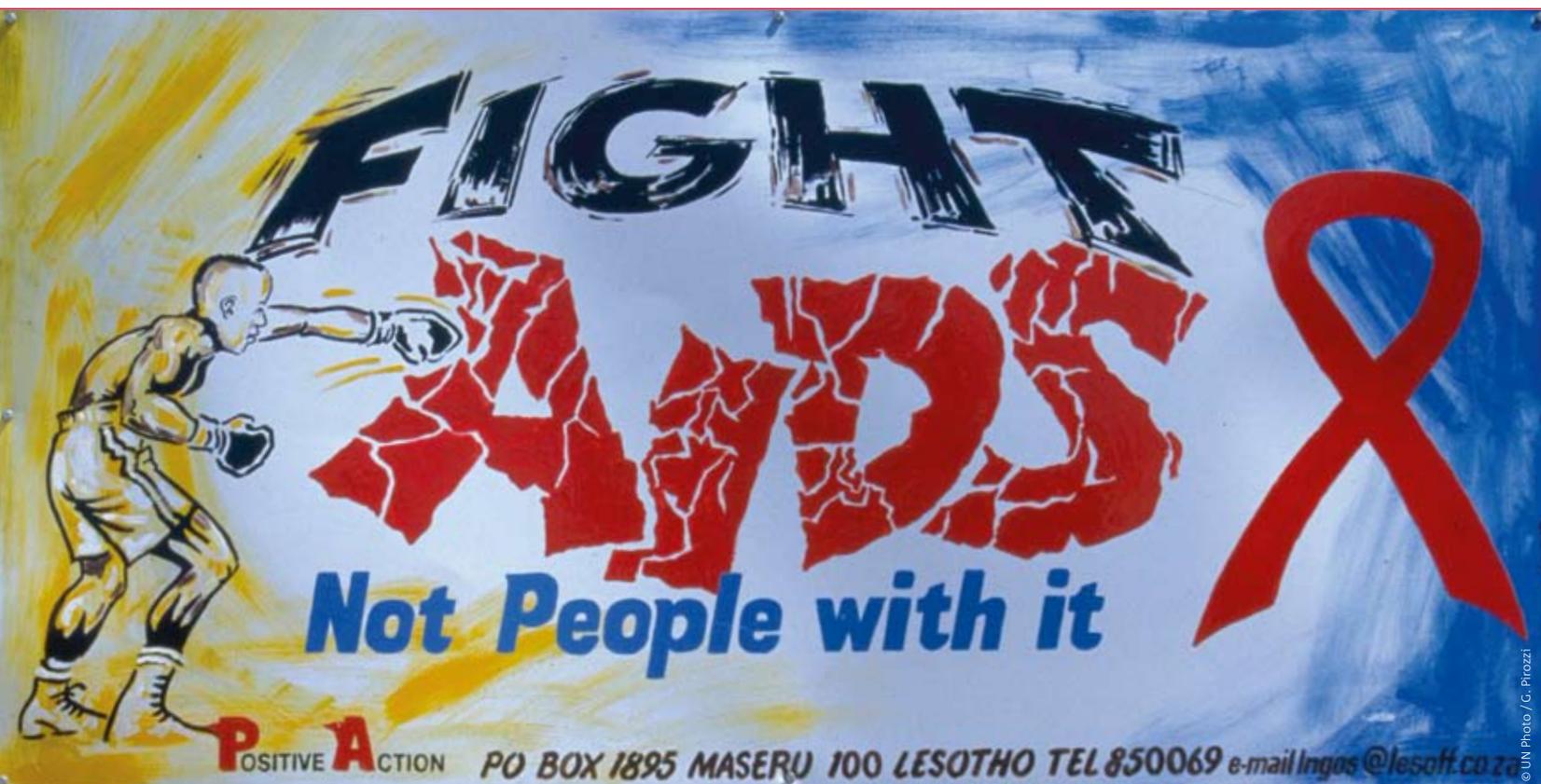
Gestaltung: Silke Jarick, Angelika Fritsch

Verantwortlich i.S.d.P.: Sonja Weinreich, Sprecherin der VENRO-AG Gesundheit.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht unbedingt die Meinung des Herausgebers wieder.

Redaktion „welt-sichten“
Postfach 50 05 50
D-60394 Frankfurt/Main
www.welt-sichten.org

Bestellungen bei:
sekretariat@venro.org



VENRO ist der Verband Entwicklungspolitik deutscher Nichtregierungsorganisationen. Ihm gehören rund 120 deutsche Nichtregierungsorganisationen an, die in der privaten oder kirchlichen Entwicklungszusammenarbeit, der Humanitären Hilfe sowie der entwicklungspolitischen Bildungs-, Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit tätig sind.

VENRO-Arbeitsgruppen

Zentraler Bestandteil von VENRO sind die Arbeitsgruppen, die sich aus Mitgliedern des Verbandes zusammensetzen. Hier werden entwicklungspolitische Prozesse kritisch begleitet und Fachtagungen organisiert. Gemeinsam erarbeitete Positionen werden veröffentlicht und bilden die Grundlage für die politische Lobbyarbeit des Verbandes. Zurzeit hat VENRO 16 AGs. Informationen zu den AGs finden Sie auf unserer Website unter www.venro.org/venro-arbeitsgruppen.html.

www.venro.org

VENRO
VERBAND ENTWICKLUNGSPOLITIK
DEUTSCHER NICHTREGIERUNGS-
ORGANISATIONEN e.V.

