

Gesundheit braucht Politik

verein
demokratischer
ärztinnen und
ärzte



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 3/2017 | Solibeitrag: 5 Euro

HEALTH IN THE SDG ERA



WWW.WHO.INT/SDGS



GLOBAL HEALTH

Andreas Wulf: Im Netz der Interessen – die WHO und die globale Gesundheitspolitik	4
Thomas Gebauer: Paradigmenwechsel – 11 Thesen zu den neuen Herausforderungen an die humanitäre Hilfe	6
Thomas Kunkel: Philanthrokapitalismus – Entwicklungshilfe mit menschlichem Anlitz?	8
Thomas Gebauer: Interessen und Strategien globaler Gesundheitspolitik. G20 und die globale Gesundheit	11
Jens Holst / Christian Wagner-Ahlf: Antibiotika-Resistenzen – Eine globale, vielschichtige Herausforderung	15
Felix Ahls: Bewegungen zwischen Mut, Ohnmacht und Solidarität – zum Treffen des People's Health Movement Europe in Istanbul	19
Alexis Benos, Chiara Bodini u.a.: Verteidigung der akademischen und medizinischen Unabhängigkeit in der Türkei	22
Jason Cone: Kostenlos ist nicht besser als billig – Ärzte ohne Grenzen lehnt Spende von Pfizer ab	24
Amand Führer / Andreas Niedermaier: Ärzte als Grenzschrützer – ein sozialmedizinischer Fall und seine Konsequenzen	25
Andreas Pernice: »Mensch achte den Menschen«. Über den Besuch der Gedenkstätte Hadamar im Rahmen von vdää on tour	28
Paul Brettel: Linke Kritik nicht einfach. Diskussion über Pränataldiagnostik mit Kirsten Achtelik	30

Der vdää

ist bundesweit organisiert; er setzt sich für die Demokratisierung der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein und versucht, Einfluss zu nehmen auf die Gesundheitspolitik.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den neuen vdää-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Eva Pelz, Thomas Kunkel, Nadja Rakowitz,
Bernhard Winter, Kerstin Dannenberg

Impressum

Gesundheit braucht Politik 3/2017 ISSN 2194-0258
Hrsg. vom Verein demokratischer Ärztinnen und Ärzte
V.i.S.d.P. Wulf Dietrich

Bilder dieser Ausgabe

Alle Bilder sind Infografiken der WHO

Titelbild:

Gesundheit ist eines von insgesamt 17 nachhaltigen Entwicklungszielen (>Sustainable Development Goals< (SDGs)), die die Vereinten Nationen im Jahr 2015 beschlossen haben. Das Titelbild illustriert die Maßnahmen der Weltgesundheitsorganisation für das Ziel »Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern«. Mehr Informationen: <http://www.who.int/sdg/en/> <http://www.unric.org/de/component/content/article/27740> (deutsch)

Geschäftsstelle:

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Fax 0 61 81 – 49 19 35
Email info@vdaee.de
Internet www.vdaee.de

Bankverbindung: Postbank Frankfurt,
IBAN: DE97500100600013747603
BIC: PBNKDEFFXXX

Satz/Layout: Birgit Letsch
Druck: Druckerei Grube

Editorial

Die Teilnahme an sozialen Systemen ist essentiell für die Entwicklung von gesellschaftlichem Zusammenhalt. Es ist daher gefährlich, die Gestaltung von Gesundheitsversorgungssystemen der marktwirtschaftlichen Logik zu überlassen, die den Solidaritätsgedanken nicht kennt und eine Spaltung der Gesellschaft somit vorantreibt. Genau dies passiert jedoch sowohl auf nationalstaatlicher Ebene wie auch international. Allerdings ist die Lage auf der internationalen Bühne prekärer, da auf dieser Ebene verschiedenste, zunehmend nicht-staatliche, private Akteure ohne supranationale Aufsicht agieren und sich den globalen Gesundheitsmarkt aufteilen.

Andreas Wulf beleuchtet diese Problematik in seinem Beitrag zur aktuellen Entwicklung der WHO. Er kritisiert den Rückzug der Mitgliedstaaten aus der Finanzierung der Organisation, die dadurch droht, zum Dienstleister für die partikularen Interessen der zahlenden, privaten Organisationen zu werden. Er warnt vor der Verflechtung der globalen Gesundheitspolitik mit der Wirtschaftspolitik, da diese zur Selektion gesundheitspolitischer Themen nach der kapitalistischen Logik führe und fordert die Rückkehr der WHO zum »menschenrechtlichen Kerngeschäft«.

Thomas Kunkel widmet sich der größten Geber-Organisation der WHO, der Bill-and-Melinda-Gates-Foundation. Er kritisiert unter anderem die Herkunft der finanziellen Mittel, die »wenn überhaupt bekannt« die Glaubwürdigkeit der Stiftung zutiefst infrage stellt. Darüber hinaus verweist er auf die Verflechtungen mit der Pharma- und Lebensmittelindustrie. Unter dem Deckmantel der humanitären Hilfe, bediene die Organisation sich derselben Werkzeuge, reproduziere dieselben Missstände und verfolge dieselben Ziele, wie der Kapitalismus, der diese Form der Hilfe erst notwendig gemacht hat.

Unbestreitbar besteht ein dringender Bedarf an einer internationalen Lösung globaler Gesundheitsprobleme. Die globale Verbreitung multiresistenter Keime oder anderer Krankheitserreger wie dem Ebola-Virus, machen eine koordinierte Zusammenarbeit der internationalen Akteure im Gesundheitswesen unverzichtbar. Thomas Gebauer stellt in seinem Beitrag fest, dass dieser Bedarf zwar erkannt wurde – zuletzt auf dem G20-Gipfel, der sich die Themen der Antibiotika-Resistenzen und »One Health« auf die Tagesordnung gesetzt hat. Allerdings manifestiere diese Form der Zusammenarbeit globale Ungleichheiten, da hier im kolonialistisch anmutenden Habitus wenige wirtschaftsstarke Länder über viele »ärmere« Länder entscheiden. Die Ursachen von global auftretenden Problemen in der Gesundheitsversorgung würden darüber hinaus gar nicht thematisiert, weil sie teilweise aus der imperialistischen Wirtschaftspolitik derjenigen Länder resultieren, die nun darüber beraten, wie man die Folgen dieser Politik besser verwalten könne. Gebauer fordert daher eine nachhaltige, solidarisch finanzierte nationale und internationale

Gesundheitspolitik, die auch die sozialen Determinanten von Gesundheit vor Ort in den Blick nimmt.

Der Marktlogik bewusst entzogen haben sich die *Ärzte ohne Grenzen*. Ihre Ablehnung der Großspende an Impfdosen durch die Herstellerfirma *Pfizer* begründen sie mit den »Bedingungen und Fallstricken«, die mit einer solchen Spende einhergingen. Diese werden sowohl für die Empfängerregionen (Entstehung von Abhängigkeiten von willkürlichen Entscheidungen der Herstellerfirmen; Begründungsvorwand, um den Zugang in anderen Bedarfsregionen noch zu erschweren) sowie den gesamten Pharma-Markt (fehlende Innovationsanreize bei scheinbarer Bedarfsdeckung, sinkende Bereitschaft der Entwicklung langfristiger Lösungen, bspw. durch die dauerhafte Senkung der Marktpreise) problematisiert.

Jens Holst und Christian Wagner widmen sich in ihrem Beitrag der Problematik der weltweit zunehmenden Antibiotika-Resistenzen. Dabei bemängeln sie die Fokussierung auf medizinisch-technologische Lösungsansätze, weil hierdurch agrarwirtschaftliche Produktionsbedingungen als Verursacher solcher Resistenzen aus dem Blick gerieten. Auch hier mangelt es also an der aufrichtigen und umfassenden Auseinandersetzung mit den Ursachen dieser Entwicklung.

Als Beispiel für ein global agierendes Netzwerk, das sich für eine solidarische Gesundheitsversorgung und die Verbesserung der sozialen Determinanten von Gesundheit einsetzt, stellt Felix Ahls in seinem Artikel das *People's Health Movement* vor und berichtet vom letzten Treffen des PHM in Istanbul. Das PHM kritisiert ebenfalls die Neoliberalisierung der Gesundheitssysteme – sie beleuchten in diesem Zusammenhang aber gezielt die Bedeutung von der nationalstaatlichen Gestaltung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung als migrationspolitisches Steuerungsinstrument. Ebenfalls vorgestellt werden die *Academics for Peace*, die die immer dramatischer werdenden Repressionen von Wissenschaftler*innen und Angehörigen von Gesundheitsprofessionen in der Türkei öffentlich kritisieren.

Die Rolle von Ärzt*innen in der Umsetzung migrationspolitischer Abwehrmechanismen im Gesundheitssystem thematisiert der Beitrag »Ärzte als Grenzschrützer«. Der Abdruck dieses Beitrages war in der Redaktion umstritten.

Den Abschluss der Zeitschrift bilden die Artikel von Andreas Pernice und Paul Brettel, die mit dem »vdää on tour« in diesem Jahr die *Gedenkstätte Hadamar* besucht haben. Andreas Pernice berichtet sehr eindrucksvoll von der Entstehungsgeschichte der Vernichtungsanstalt und der dortigen Erinnerungskultur. Der Fokus bei Brettel liegt dagegen auf dem Vortrag zum Thema Pränataldiagnostik und deren gesellschaftlichen Implikationen.

Anmerkung: Aufgrund des Anspruchs, möglichst keine Menschen sprachlich zu diskriminieren, verwendet der vdää in Zukunft die gendersensible Schreibweise mit »«.*

Kerstin Dannenberg

Im Netz der Interessen

Andreas Wulf* über die WHO und die globale Gesundheitspolitik

Mit einer annähernden Zweidrittel Mehrheit wurde im Mai von den 194 Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation der neue Generaldirektor (DG) gewählt. Der ehemalige äthiopische Gesundheits- und Außenminister Dr. Tedros Ghebreyesus setzte sich dabei im letzten Wahlgang überraschend eindeutig gegen den Briten und langjährigen WHO Funktionär David Nabarro durch, ein Ergebnis, das auch als Erfolg des »globalen Südens« gegen die finanz- und einflussstarken Länder des globalen Nordens gewertet wurde.¹

Überhaupt war dies die erste direkte Wahl der Mitgliederversammlung eines DGs, zuvor war diese oberste Position im Exekutivrat verhandelt und dann nur noch abgesegnet worden.

Ist dies nun der Ausdruck einer größeren Transparenz und Rechenschaftspflicht dieser Weltgesundheitsbehörde und erreicht sie damit eine größere Unabhängigkeit, Legitimität und Wirksamkeit in der Landschaft der Globalen Gesundheitspolitik, die in den letzten 15-20 Jahren immer unübersichtlicher und überfüllt von allerlei Globalen Gesundheitspartnerschaften, thematischen Initiativen und Programmen und Stiftungen geworden ist?

Das bleibt erstmal zu bezweifeln. Tatsächlich steht diese imposante Organisation mit mehr als 7.000 Mitarbeiter*innen in 150 Länderbüros, sechs Regionalbüros in vier Kontinenten, einem Hauptquartier in Genf und sechs offiziellen Sprachen (<http://who.int/about/en/>) auf mehr als tönernen Füßen. Ihr Jahresbudget ist mit etwas mehr als 2,2 Mrd USD kaum größer als das des Genfer Universitätshospitals. Die Mitgliedsbeiträge der 194 Staaten, die die finanzielle Selbständigkeit der WHO sichern sollen, machen nur noch 20 Prozent dieses Budgets aus, mehr als Dreiviertel sind thematisch und projektgebundene Mittel², über die die Geber wesentlich mehr Einfluss auf die tatsächlichen Arbeitsschwerpunkte der Organisation nehmen, als es die Mitgliedstaaten mit ihren Resolutionen und Apellen in der jährlichen Vollversammlung und dem rotierend besetzten 34-köpfigen Exekutivrat tun.

Vor allem die großen Mitgliedstaaten des globalen Norden bestimmen hier wesentlich mit, traditionell stark engagiert sind die USA, Großbritannien, die EU, Kanada, Japan (in letzter Zeit hat auch Deutschland nachgelegt) und weitere externe Finanzgeber, unter denen sich in den letzten Jahren vor allem die Gates Stiftung als größter und stärkster Akteur hervorgetan hat und zweitweise hinter den USA auf Platz zwei bei den projektgebundenen Spenden steht³.

Dieses Missverhältnis ist nicht neu und immer wieder Anlass zur Debatte. Der Vorwurf an die WHO, de facto zu einem »Dienstleister« in Sachen Globaler Gesundheitspolitik für gut zahlende Geber zu werden, wird gerade von kritischer zivilgesellschaftlicher Seite erhoben, wie sie sich seit 2016 im *Global Geneva Health Hub* (www.g2h2.org) zusammengeschlossen hat.

Auffällig ist dabei vor allem, wofür die WHO Geld bekommt und wofür nicht: Einem umfangreich finanzierten Programm zur Ausrottung des Poliovirus stehen völlig unterfinanzierte Programme wie das zur Förderung unentbehrlicher Arzneimittel gegenüber. Das ist kein Zufall: einem eher technisch umsetzbaren Impfprogramm, mit dem man Erfolge in Form von geretteten Kinderleben medial gut darstellen kann, sind Geldgeber aus den reichen Ländern wie die Gates- und die Rotary Club-Stiftungen eher zugetan als einem Arbeitsfeld, dass die lokale Produktion und Qualifizierung von Generikaalternativen zu patentierten Markenmedikamenten fördern will. Und mit den vielen Arbeitsstellen, die in den Länderbüros der WHO für das globale Polio-Impfprogramm finanziert werden, sind auch die Länder des globalen Südens durchaus zufrieden.

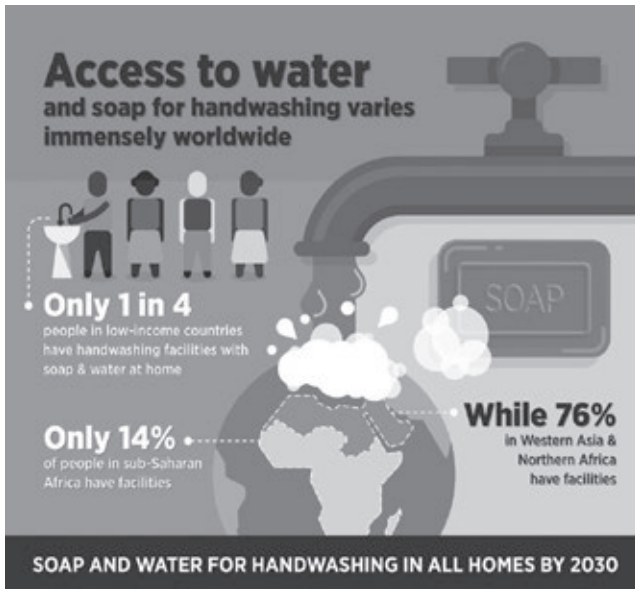
Die Bereitschaft, hier mit höheren Mitgliedsbeiträgen die WHO substantiell in ihrer Selbständigkeit zu stärken, ist allerdings nicht nur bei den reichen Mitgliedern minimal, gerade die BRICS (Brasilien, Indien, China, Russland) müssten neben den USA bei einer Neujustierung der Mitgliedbeiträge wie von der WHO vorgeschlagen kräftig nachlegen, ein Minimumkompromiss die bei der diesjährigen Weltgesundheitsversammlung im Mai erreicht wurde, war eine seit vielen Jahren erste Erhöhung der Pflichtbeiträge um drei Prozent. Das ist nicht mehr als eine symbolische Geste, sie kann kaum reale Abhilfe der Finanzierungsengpässe schaffen.

So bleibt die WHO abhängig von externen Akteuren und versucht, die damit verbundenen Interessenkonflikte zu managen. Mehr schlecht als recht sagen die Kritiker*innen vom Global Geneva Health Hub, und verweisen auf das neue Rahmenabkommen FENSA⁴, das sich die WHO gegeben hat in ihrem Umgang mit »Non State Actors«. Eine kritische Überprüfung der eigenen Interessen dieser Akteure bleibt unzureichend – oder welche kritische Haltung zu »big food« und »big pharma« kann man von der Gates-Foundation erwarten, deren Gelder auch aus den Profiten von Großunternehmen der Nahrungsmittel- und Pharmaindustrie stammen? Dass die WHO bereits zweimal das Ehepaar Gates als »special speaker« zu ihrer Jahresversammlung einlud und die Stiftung jetzt gar den Status der »official relations« bekommen hat, verstärkt dieses Misstrauen noch.⁵

Nicht weniger bedenklich sind die vielen Möglichkeiten der Einflussnahme durch die Hintertüren der internationalen Politik und vermeintlich unpolitischer Fachleute.

Ein besonders krasser Fall ist das faktische Knebelabkommen der WHO mit der *Internationalen Atomenergie Organisation (IAEO)* aus dem Jahr 1959, die unabhängige Stellungnahmen der WHO zu den Gesundheitsgefahren radioaktiver Strahlung auch bei großen Unfällen wie Tschernobyl oder Fukushima systematisch verhindert.⁶

Aber auch im »ureigenen« Terrain der Bekämpfung weltweiter Krankheitsausbrüche sind Kontroversen um ihre Unparteilichkeit keine Seltenheit. Eine große Debatte entspann



sich etwa bei der weltweiten Schweinegrippe (H1N1-Virus) Epidemie 2009, die die WHO zu einer globalen Pandemie erklärte und für die enorme Ressourcen in die Bereitstellung von Medikamenten und einen neuen Impfstoff investiert wurden, obwohl die Gefährlichkeit des Erregers weniger bedrohlich war, als zunächst vermutet. Die die WHO beratenden Impfstoffexperten hatten offenbar finanzielle Verbindungen zu den großen Impfstoffherstellern, die sich davon ein einträgliches Geschäft versprachen⁷.

Ebenso gab es erbitterte Auseinandersetzungen um die Verfügbarkeit des neu entwickelten Impfstoffes, der von den finanzkräftigen Staaten vorbestellt wurde, während die Länder des Südens befürchteten, leer auszugehen oder die hohen Preise nicht bezahlen zu können⁸.

Wurde hier der WHO problematische Panikmache vorgeworfen, erschien ihr Handeln in der Ebola-Krise 2014/15 viel zu zögerlich. Hier machten sich besonders auch die lokalen und regionalen politischen Einflussnahmen bemerkbar. Sowohl die betroffenen Staaten in Westafrika als auch das afrikanische Regionalbüro hatten die Einschätzungen der drohenden Ausbreitung der Epidemie lange zurückgehalten, um eine Isolation der Länder zu verhindern – und trotz gegenteiliger Empfehlungen kam es genau zu diesem »cordon sanitaire«, der die lokalen Ökonomien weit über die Monate der Epidemie hinaus massiv schädigte.⁹

Solche Fehlentwicklungen sollen nun mit konkreten Strukturreformen innerhalb der WHO beantwortet, die verschiedenen Ebenen der WHO besser miteinander vernetzt werden und schneller auf solche Situationen reagieren können¹⁰. Auch hier zeigt sich aber, dass die Mitgliedsländer zwar schnell mit der Kritik an der WHO bei der Hand sind, aber zögerlich, wenn sie selbst gefordert sind: der »Emergency Contingency Fund«, mit dem die schnelle Handlungsfähigkeit der WHO in solchen Epidemie Fällen in Zukunft gestärkt werden soll. Auch zwei Jahre nach seiner Etablierung sind von den 100 Mio USD gerade 41 Mio. beisammen – außer von Deutschland, Japan und Großbritannien sind keine nennenswerten Mittel der Mitgliedsstaaten eingegangen.¹¹

Nicht weniger wichtig ist es aber, dass die WHO sich selbst nicht nur als technische und administrative Behörde wahrnimmt, sondern auch zu ihrem menschenrechtlichen »Kerngeschäft« zurückfindet, wie es im Mandat ihrer Gründungsdokumente verankert ist¹²:

Gesundheit wird dort als ein umfassendes (nicht nur physisches, sondern auch psychisches und soziales) Wohlergehen benannt, das ein Recht auf die bestmögliche erreichbare Gesundheit für Alle im Blick hat – und dabei nicht nur das Recht auf gute Gesundheitsversorgung, sondern auch die sozialen Grundbedingungen für Gesundheit im Blick hat: Ernährungs-sicherung, gute Wasserversorgung, sanitäre Einrichtungen, Wohn- und Arbeitsverhältnisse, Diskriminierungsfreiheit für Minderheiten, zivile Konfliktlösungen.

Auch dies hat Tradition in der WHO – von der bekannten Primary Health Care Strategie der 70er Jahre, die bis heute von Gesundheitsaktivist*innen verteidigt wird¹³, bis hin zum Bericht der Kommission für Soziale Determinanten der Gesundheit, in der unzweideutig festgestellt wurde, dass soziale Ungleichheit im großen Maßstab tötet¹⁴.

Hier ist die Stimme der WHO wichtig, sie darf die Konflikte mit einer Wirtschaftspolitik der Welthandelsorganisation WTO nicht scheuen, wenn dort Patentregeln verhandelt werden, die den Zugang zu lebensnotwendigen Medikamenten für Alle verhindern, ebenso wenig, wie sie nicht allein eine Dienerin oder Dienstleisterin ihrer Mitgliedstaaten sein darf.

Gerade für den neuen Generaldirektor, der aus einem Land kommt, in dem es in staatsoffizieller Lesart keine Cholera-Ausbrüche gibt, sondern nur solche von »wässrigem Durchfall«, weil sich die Cholera-Erreger angeblich aufgrund mangelnder Laborkapazitäten nicht nachweisen lassen¹⁵, muss hier zeigen, dass der Anspruch der WHO als die »führende und koordinierende Institution der Weltgesundheit« auch tatsächlich die Unabhängigkeit erreicht, die für dies Rolle notwendig ist.

* *Andreas Wulf, Gesundheitsreferent, medico international*
(Den kompletten Text mit Fußnoten und Literaturhinweisen finden Sie auf der Homepage des vdää)



Paradigmenwechsel

11 Thesen zu den neuen Herausforderungen an die humanitäre Hilfe – von Thomas Gebauer

Das Elend der Welt hat längst ein Ausmaß angenommen, das durch Hilfe nicht mehr gemildert werden kann. Die ungebremste Krisendynamik der letzten Jahre hat das internationale humanitäre System gesprengt. Wir dokumentieren elf Thesen zu dem Paradigmenwechsel, die Thomas Gebauer für medico international im August 2017 formuliert hat.

1 In den zurückliegenden Jahrzehnten haben sich die Rahmenbedingungen für Hilfe zum Teil dramatisch verändert. Sowohl in ihrer Zahl als auch in ihrer Intensität haben Katastrophen und Krisen zugenommen. Inzwischen ist von sog. protrahierten Krisen die Rede, deren Wirkungen mitunter erst verzögert, dann aber in der Regel über einen längeren Zeitraum hinweg auftreten. Herkömmliches entwicklungspolitisches Handeln wird unter diesen Umständen zunehmend in Frage gestellt.

2 Zu den Naturkatastrophen, wie Erdbeben oder Überschwemmungen, ist eine Vielzahl von »man-made« Desastern hinzugekommen, die ihre Ursachen im Klimawandel, in zunehmender sozialer Ungleichheit, in Staatsauflösung und/oder Kriegen finden. Nicht selten sind es multiple Krisen, die sich vor diesem Hintergrund herausbilden.

Exemplarisch verdeutlicht der Ausbruch von Ebola, wie sich eine einzelne Krise zu einem multiplen Krisengeschehen aufschaukeln kann, das schließlich alle gesellschaftlichen Sphären tangiert: den Bildungssektor, die Ernährungssicherheit, die Wirtschaftskraft, das Sozialgefüge. Solche multiplen Krisendynamiken treten heute vermehrt auf.

Nicht zuletzt die millionenfache Flucht und Migration von Menschen ist Ausdruck und Folge eines sich immer mehr verfestigenden multiplen Krisengeschehens.

3 Mit der Globalisierung ist die Welt fraglos näher zusammengerückt, doch zeigt sie sich heu-

te gespaltener denn je. Dem globale Norden mit seiner wirtschaftlichen, technologischen und kulturellen Vorherrschaft stehen heute wachsende Zonen des Elends, der Demütigung und Gewalt gegenüber: der globale Süden. Und der hat sich längst auch in den Vorstädten Nordamerikas und Europas ausgebreitet.

Es sind zwei gegenläufigen Bewegungen, die die bisherige Globalisierung bestimmt haben: Einerseits ist die Welt zu einem globalen System integriert worden, wodurch erstmals die Möglichkeit weltgesellschaftlicher Verhältnisse aufscheint, andererseits wurden große Teile der Weltbevölkerung, für die es in eben diesem System keinen Platz zu geben scheint, sozial ausgegrenzt. Sie wurden zu »Redundant People«, wie es im Englischen heißt: zu Menschen, die in den weltwirtschaftlichen Zusammenhängen nicht mehr gebraucht werden, die »überflüssig« sind. Viele von ihnen überleben in einer auf Dauer gestellten Lagerexistenz.

4 Dieser dramatische Zuwachs von Ungleichheit ist kein Betriebsunfall, sondern unmittelbare Folge der marktradikalen Umgestaltung der Welt sowie der Schrumpfung der Arbeitsmärkte durch Einführung neuer Technologien. Das Versprechen, dass dabei auch etwas für die Armen abfallen würde, hat sich als Trugschluss erwiesen. Statt zu einem Trickle-down-Effekt kam es zu dessen Gegenteil, zur Umverteilung von unten nach oben. Die Reichen wurden reicher, die Armen ärmer. Acht Einzelpersonen, so Oxfam, sollen heute so viel besitzen wie die unteren 3,5 Mrd. der Weltbevölkerung zusammen.

»Weltgesellschaftlich gesehen ist das Megathema der nächsten 30 Jahre nicht mehr Ökologie und nicht mehr nachhaltige Entwicklung, sondern Ungleichheit«, schrieb kürzlich der deutsche Sozialwissenschaftler Heinz Bude in einer Studie der Bertelmann-Stiftung. Selbst das Davoser Weltwirtschaftsforum musste Anfang des Jahres eingestehen, dass sich im Zuge der Globalisierung das Risiko für soziale Verunsicherung drastisch vergrößert habe.

5 Der im Herbst 2015 veröffentlichte Bericht der Bundesregierung über die deutsche humanitäre Hilfe im Ausland lässt keinen Zweifel: Das Elend der Welt hat längst ein Ausmaß angenommen, das durch Hilfe nicht mehr gemildert werden kann. Auf dramatische Weise übersteigt heute der Bedarf an Hilfe die weltweit zur Verfügung stehenden Mittel. Selbst die großen UN-Hilfswerke sind inzwischen überfordert. Die ungebremste Krisendynamik der letzten Jahre hat das internationale humanitäre System gesprengt. »Wir stehen an einem Wendepunkt in der Geschichte«, so kürzlich Stephan O'Brien, der UN-Nothilfe Koordinator mit Blick die Hungerkatastrophe in Ost-Afrika und Jemen, die bis zu 20 Mio. Menschen bedroht.

6 Und so nimmt es nicht Wunder, dass die internationale humanitäre Hilfe derzeit einen Paradigmenwechsel vollzieht: Über eine Reaktion auf plötzlich eintretende Katastrophen und Krisen hinausgehend werden Instrumente der humanitären Hilfe zunehmend vorausschauend ge-

plant und eingesetzt. Verantwortungsbewusste humanitäre Hilfe entfaltet nicht nur reaktive, sondern auch gestaltende Wirkung.

Risikoanalyse und Risikomanagement sind ebenso gefordert wie die Bereitstellung von Hilfen im Falle akuten Bedarfs. Unmittelbare Nothilfe kann nur als ein Baustein von humanitärer Hilfe benannt werden. Vorausschauende strategische Hilfe muss über unmittelbare Nothilfe hinaus weitere Dimensionen betrachten, zu denen die strukturelle Prävention von Krisen, die systematische Förderung von lokalen Vorbeugungs- und Bewältigungskompetenzen und die Stärkung öffentlicher und sozialpolitischer Institutionen gehören.

7 Als zweiseitig erweisen sich dabei die Resilienz-Konzepte. So vernünftig es ist, Menschen bereits im Vorfeld von Katastrophen beim Aufbau eigener Bewältigungskapazitäten zur Seite zu stehen, so problematisch wird es, wenn das Bemühen um Resilienz zur Rechtfertigung dafür herhalten muss, nichts mehr gegen die Ursachen von Krisen, namentlich die strukturelle Gewalt und den anhaltenden sozialökologischen Zerstörungsprozess tun zu müssen.

Dazu der Trendforscher Matthias Horx, einer der Stichwortgeber der neoliberalen Umgestaltung der Verhältnisse: »Resilienz wird in den nächsten Jahren den schönen Begriff der Nachhaltigkeit ablösen. Hinter der Nachhaltigkeit steckt eine alte Harmonie-Illusion, doch lebendige, evolutionäre Systeme bewegen sich immer an den Grenzlinien des Chaos.« Was Horx als »Harmonie-Illusion« verunglimpft, ist die normative Dimension, die in der Idee der Nachhaltigkeit steckt. Sie impliziert Wertvorstellungen, an denen sich politische, ökonomische und technologische Entscheidungen auszurichten haben.

Ein solches normatives Konzept fehlt der Idee der Resilienz: Ihr geht es nicht mehr um gesellschaftliche Ideale, sondern nur um die Frage, wie sich Menschen und Systeme gegen Störungen, sprich: gegen eine aus den Fugen geratene Welt schützen: sprich: wie sie sich fit für die Katastrophe machen können.

8 Wo Menschen dauerhaft krisenhaften Lebensumständen ausgesetzt sind, verändert sich auch der Bedarf an Hilfe. Deutlich wird das z.B. in der medizinische Hilfe. Weil vermehrt auch Menschen mit mittlerem Lebensstandard von Krisen betroffen sind, muss sich Hilfe nicht nur auf die Behandlung akuter Infektionskrankheiten, sondern auch auf chronische, nicht übertragbare Krankheiten, wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc. einstellen.

9 Vor allem im Kontext bewaffneter Konflikte gestaltet sich heutige Hilfe sehr viel komplizierter. Zum einen wächst der Prozentsatz intern Vertriebener (im Verhältnis zu denen, die außer Landes fliehen), die in aller Regel schwerer zu erreichen sind (s. Syrien). Zum anderen nehmen die Sicherheitsrisiken für die Helfer zu. Vermehrt werden heute humanitäre Einrichtungen zu Ziel von militärischen Angriffen. Dort, wo Konfliktparteien auch vor terroristischen Aktivitäten nicht zurückschrecken, wird eine angemessene humanitäre Hilfe mehr und mehr unmöglich. In solchen Kontexten kann die Versorgung notleidender Menschen nur unter hohem Risiko für die Helfer und oft nur punktuell und sehr flexibel organisiert werden.

10 Wo sich krisenhafte Lebensumstände verfestigen, verlieren lokale Machthaber den Rückhalt in der Bevölkerung. Um den daraus resultierenden Legitimationsdefiziten zu entgehen, versuchen viele Regierungen, die Handlungsspielräume von unabhängigen und kritischen zivilgesellschaftlichen Akteuren, die auf accountability drängen, einzuschränken (Shrinking Spaces). Die Maßnahmen reichen von restriktiven NGO- und Mediengesetzen und bürokratischen Auflagen über Hetzkampagnen und Zensur bis hin zu offener Repression durch Sicherheitskräfte. Betroffen sind sowohl die Partner vor Ort, als auch deren internationale Unterstützer.




11 Es reicht nicht mehr, Hilfe nur verschieden zu interpretieren, es kommt darauf an, sie zu überwinden.

** Thomas Gebauer ist seit 1996 Geschäftsführer von medico international, zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen Fragen der internationaler Friedens- und Sicherheitspolitik und die sozialen Bedingungen globaler Gesundheit.*

(Quelle: www.medico.de/blog/11-thesen-zu-den-neuen-herausforderungen-an-die-humanitaere-hilfe-16821/)

THE INVISIBLE KILLER

Air pollution may not always be visible, but it can be deadly.

		
36% OF DEATHS FROM LUNG CANCER	34% OF DEATHS FROM STROKE	27% OF DEATHS FROM HEART DISEASE

BREATHE LIFE.
Clean Air. Healthy Future.

World Health Organization | CLIMATE & CLEAN AIR COALITION

Philanthrokapitalismus – Entwicklungshilfe mit menschlichem Antlitz?

... fragt Thomas Kunkel*

Angesichts der Größenordnungen und des hohen Einflusses durch private, philanthropische Stiftungen in spezifischen historischen Perioden stellen sich einige Fragen: Wie und weshalb konnte es US-amerikanischen privaten Mega-Stiftungen gelingen, eine so zentrale Rolle in der WHO einzunehmen und die Agenda der internationalen Gesundheitspolitik über Jahrzehnte hinweg zu beeinflussen? Was bedeutet das für die Globale Gesundheit und ihre politischen Strukturen bzw. Akteure? Diese Fragen sind brisant, da der sogenannte »Philanthrokapitalismus« in seinem Selbstverständnis ein Mittel zur Weltverbesserung ist, auch wenn er prinzipiell auf der regulären kapitalistischen Akkumulation mit all ihren unabtrennbar negativen Effekten basiert – von der Ausbeutung von Arbeitskräften und der Zerstörung natürlicher Ressourcen bis hin zu Steuervergünstigungen und monopolistischer Preisgestaltung.

■ Blick zurück ins 19. Jahrhundert

Als Geburtsstunde der modernen »international health« mit internationalen Berichten über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten wird häufig die erste internationale Gesundheitskonferenz in Paris 1851 betrachtet. Offenbar lag es am großen Misstrauen der vorwiegend europäischen Staaten bzw. sich bildenden Staaten untereinander, dass erst im Jahr 1907 – elf Konferenzen und über fünfzig Jahre später – mit dem *Office International d'Hygiène Publique (OIHP)* eine kontinuierlich arbeitende Institution etabliert wurde.

Kurz darauf gründete der Ölmagnat John D. Rockefeller Jr. die *Rockefeller Foundation (RF)*. Zu dieser Zeit neben der *Carnegie Stiftung* die größte philanthropische Stiftung der USA. Ihr gesundheitspolitisches Engagement diente auch dem Zweck, negativen Schlagzeilen über das Rockefeller Ölmonopol entgegen zu wirken. Die schlechte Presse erreichte 1914 ihren Höhepunkt, als zwei Dutzend streikende Minenarbeiter und ihre Familien in Colorado getötet wurden – in einer Mine, deren Besitzer dem Rockefeller-Monopol unterstand. Arbeiter*innen, investigative Journalist*innen und die Öffentlichkeit durchschauten die Ro-

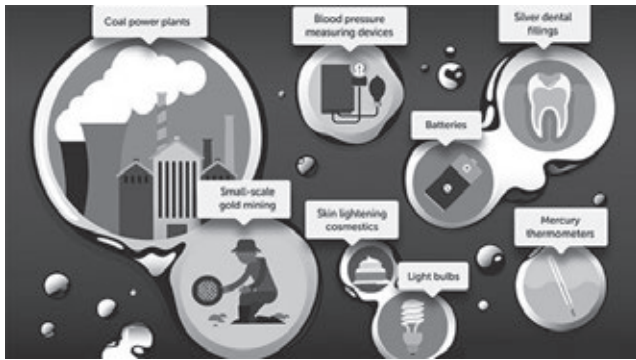
ckefellersche Strategie relativ schnell, dass hier Arbeiteraufstände, politischer Radikalismus und andere Bedrohungen des Geschäftsbetriebs durch philanthropische Spenden beruhigt werden sollten. Dementsprechend wurde Familie Rockefeller geraten, sich in philanthropischen Bereichen wie Gesundheit, Medizin und Bildung zu engagieren, da diese Bereiche als neutral und unbedenklich galten. So kam es, dass die *Rockefeller Stiftung* in den kommenden vierzig Jahren die internationale Gesundheit maßgeblich mit aufbaute und dominierte.

Bis zur Auflösung der *International Health Division* (bis 1927 *International Health Board*) im Jahr 1951 flossen durch die RF mehrere Milliarden US-Dollar zur Bekämpfung tropischer Krankheiten wie Hakenwurminfekte, Gelbfieber, Malaria sowie kleinere Programme gegen Pocken, Tollwut, Influenza, Schistosomiasis und Unterernährung in über einhundert Ländern und Kolonien. Viele der Programme basierten auf Ko-Finanzierung durch Regierungen, die im Laufe der Zeit die Kosten übernahmen bzw. übernehmen

mussten. Trotz dieser Umtriebigkeit zielten die Aktivitäten der Rockefeller Stiftung kaum auf die wichtigsten Todesursachen, insbesondere nicht die Kindersterblichkeit durch Durchfallerkrankungen und Tuberkulose, für die keinerlei schnelle, technische Lösung

Der Ausdruck *Philanthrokapitalismus* wurde durch das US-amerikanische Magazin *The Economist* geprägt. Er soll die Einführung philanthropischer Prinzipien in profitorientierte Geschäftsprozesse verdeutlichen und gleichzeitig das wohlthätige Potential des Kapitalismus hervorheben, indem Innovationen und Praktiken, die zum vermeintlichen Wohle Aller dienen in den Vordergrund gestellt werden.

parat stand, sondern für die es langfristige, horizontale, d.h. auf die sozialen Determinanten zielende Interventionen gebraucht hätte, wie z.B. bessere Wohnverhältnisse, sauberes Wasser und Sanitärsysteme. Stattdessen vermied die RF Kampagnen, die kostspielig, komplex oder zeitaufwändig hätten sein können. Viele Kampagnen waren bewusst eng konzipiert, um quantifizierbare Ziele wie z.B. Medikamentenverteilung oder Insekti-



zideinsatz, definieren, erreichen und letztendlich in quartalsweisen Businessreports als Erfolg präsentieren zu können.

In diesem Prozess stimulierten die Aktivitäten der RF die Produktivität, erweiterten Absatzmärkte und bereiteten riesige Gebiete für ausländische Investitionen vor, um sie letztendlich im expandierenden globalen Kapitalismus verwertungsfähig zu machen.

Der Kampf gegen die sozialen und politischen Ursachen der gesundheitsschädlichen Verhältnisse war eine wichtige Triebfeder für das gesundheitspolitische Engagement von Antifaschist*innen, Arbeiter*innen, kommunistischen wie sozialdemokratischen Aktivist*innen in den 1930er Jahren. Das war kein Widerspruch für die RF»im Gegenteil. In dieser Phase griff sie progressive Perspektiven auf und finanzierte sogar teilweise Initiativen, die von linken Wissenschaftler*innen und Public Health-Expert*innen konzipiert waren, solange damit technische Lösungen und nationales Geschäftsinteresse vereinbar waren. Der philanthropische Status verschaffte eine gewisse Unabhängigkeit von öffentlicher Kontrolle. Die RF war allein ihrem Vorstand rechenschaftspflichtig. Ihr Einfluss auf die Entwicklungen der Public Health Agenda und dem Aufbau von Institutionen wurde durch die starke Präsenz auf internationaler Ebene gesichert und gedeckt durch weitreichende Vernetzung in viele andere Public Health Aktivitäten hinein. Bemerkenswert vor dem Hintergrund der damaligen Zeit war, dass die RF nicht nur als Geldgeber fungierte, sondern zugleich als nationale, bilaterale, multilaterale, internationale und transnationale Einrichtung.

■ Der kalte Krieg und die globale Ausbreitung des Kapitalismus

Nach der Gründung der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* im Jahr 1948 zog sich die RF von ihrer internationalen Führungsrolle zurück und hinterließ ein zwar mächtiges, jedoch auch problematisches Erbe. Einerseits hatte die RF es geschafft, weltweit politische und öffentliche Unterstützung für Public Health zu schaffen und die Institutionalisierung der internationalen Gesundheit maßgeblich voran zu bringen. Andererseits wurden gleichzeitig vertikale, d.h. biotechnische Ansätze und die externe Einflussnahme auf internationale Institutionen gefestigt.

Diese vertikalen Ansätze der WHO wurden in den 1970er Jahren zunehmend auf die Probe gestellt. Unter Generaldirektor Halfdan Mahler wurde von 1973 bis 1988 eine viel stärkere soziopolitische Strategie eingeschlagen. Die »primary health care« Bewegung, die aus der WHO-UNICEF Konfe-

renz von Alma Ata 1978 hervor ging, begriff Gesundheit als fundamentales Menschenrecht, das durch integrierte soziale und gesundheitspolitische Ansätze umgesetzt wird, die breitere Determinanten von Gesundheit einbeziehen und den Focus von Heilung zu Prävention verschieben.

Als die WHO gerade begonnen hatte, sich vom Erbe der Rockefeller Stiftung und ihren engen, vertikalen Ansätzen zu verabschieden, geriet die Institution in die politischen Umbrüche der späten 80er Jahre. Die finanziellen Krisen in vielen Mitgliedsstaaten ließ zudem die Finanzierungsbasis bröckeln. Der Aufstieg marktradikaler, liberaler Ideologien führte vor allem in den USA dazu, dass der Rückhalt für öffentlich finanzierte Einrichtungen im Gesundheitsbereich schwand. Letztendlich wurden die Beitragszahlungen bzw. das Zurückhalten der Beitragszahlungen von der Regierung unter Ronald Reagan als Druckmittel genutzt, um bestimmte Kurskorrekturen in Bereichen der WHO zu erzwingen, wo Regulierungen den Geschäftsinteressen von US-amerikanischen Unternehmen zuwider liefen.

Anfang der 1990er Jahre kam nicht einmal mehr die Hälfte des Budgets der WHO von den Mitgliedsbeiträgen; der Rest von vielen verschiedenen Geldgebern, inklusive einiger privaten Einrichtungen bzw. Stiftungen, die spezifische Programme in ihrem Interesse förderten. Heute sind fast achtzig Prozent des Budgets der WHO »earmarked«, d.h. die Geldgeber und nicht die WHO selbst bestimmen, wie ihre Beiträge verwendet werden.

■ Die Gates Stiftung tritt auf den Plan...

Um das Jahr 2000 herum stagnierten die finanziellen Aufwendungen im Bereich globaler Gesundheit. Viele Länder mittleren und niedrigen Einkommens trugen schwer an multiplen Problemen wie HIV/AIDS, dem Wiederaufflammen von Infektionskrankheiten und der Zunahme chronischer Erkrankungen. Die jahrzehntelangen Einschnitte in den sozialen Sicherungssystemen, u.a. durch die Politik von World Bank und IMF verschärften die Probleme zusätzlich.

In dieses Vakuum stieß die *Bill and Melinda Gates Stiftung (BMGF)* im Jahr 2000 vor, gegründet von Microsoft Chef Bill Gates und seiner Ehefrau Melinda. Ebenso wie bei Rockefeller fiel das philanthropische Engagement zusammen mit schlechter Presse. Bill Gates startete ein Kinderimpfprogramm, einen Vorläufer der Stiftung, im Jahr 1998 als Microsoft bzw. Bill Gates viel Kritik bekam, da er Lobbyarbeit für eine Kürzung des Budgets des US Justizministeriums einsetzte, während diese Einrichtung ein Verfahren wegen Kartellbildung gegen seine Firma vorantrieb.

Im Jahr 1999 spendete Gates 750.000 US-Dollar an die *Global Alliance for Vaccines and Immunization (GAVI)*, die auf dem Weltwirtschaftsforum in Davos gegründet wurde. Ende des Jahres sah sich Microsoft mit einer Sammelklage wegen Monopolmissbrauch von Millionen Kunden aus Kalifornien konfrontiert. In den darauffolgenden Jahren entwickelte sich die BMGF zu einem mächtigen Geldgeber in der *Global Alliance for Improved Nutrition (GAIN)* dem *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (heute: *Global Fund*). Die Stiftung stellt mehr Finanzmittel für Globale Gesundheit bereit, als jede andere Regierung, mit Ausnahme der USA. Im Jahr 2015

verfügte die Stiftung über 39,6 Milliarden US-Dollar, davon kamen 17 Milliarden von Treuhänder Warren Buffet.

Die Stiftung gibt jährlich etwa sechs Milliarden US-Dollar aus, wovon 1,2 Milliarden in globale Gesundheit fließen, also z.B. in die Bekämpfung von HIV, Malaria und Tuberkulose. 2,1 Milliarden US-Dollar fließen in Entwicklungshilfe, also Impfprogramme, Mutter- und Kindergesundheit, Familienplanung und landwirtschaftliche Entwicklung. Längst ist das Budget der BMGF größer als das der WHO, während die Stiftung gleichzeitig der größte private Geldgeber für die WHO ist. Ein Großteil der Beiträge ist zweckgebunden für Programme zur Polio-Eradikation.

Genau wie die Rockefeller Stiftung benötigt die BMGF Ko-Finanzierung aus öffentlichen Geldern und entwickelt Programme mit technologischer Ausrichtung und leicht zu quantifizierbaren, eng definierten, kurzfristigen Zielen. Obwohl die Stiftung viel Anerkennung für ihr Engagement und die Tatsache bekommt, dass sie den Global Health Bereich mit Geld und Leben füllt, äußern selbst Unterstützer Kritik am Mangel an Transparenz und Verbindlichkeit, insbesondere weil die Kofinanzierung aus öffentlichen (Steuer-)Mitteln stammt.

■ Kritik an der BMGF

Es bleibt nicht aus, dass so ein großer, teilweise sehr widersprüchlicher und mächtiger Akteur wie die BMGF viel Kritik auf sich zieht. So leitet die Stiftung weite Teile ihrer Finanzmittel in Organisationen und Strukturen in Ländern mit ohnehin hohem Einkommen, was aufgrund der Größenordnung der Beträge das globale Ungleichgewicht zwischen armen und reicheren Regionen verstärkt. Im Jahr 2016 flossen drei Viertel der Mittel an Organisationen, von denen 90 Prozent in den USA, England oder der Schweiz sitzen. Die Stiftung legt großes Gewicht auf die Finanzierung von Projekten gegen Malaria und HIV/AIDS, während sie gleichzeitig kaum Mittel für chronische, nicht übertragbare Erkrankungen ausgibt.

Einer der Schwerpunkte der BMGF ist die Finanzierung von Programmen zur Impfstoffverteilung und -entwicklung. Zwar sind Impfungen ein wichtiges Instrument der öffentlichen Gesundheit, die Geschichte hat jedoch gezeigt, dass der Rückgang der Sterblichkeit seit dem 19. Jahrhundert vor allem an der Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen durch politische Auseinandersetzung lag. Diesen Umstand ignoriert Gates in seinen Stellungnahmen; sein Ansatz gilt Kritiker*innen als verkürzt, da er simple Lösungen für komplexe, sozial verwobene Gesundheitsprobleme verfolgt. Ansätze, die sich an sozialer Gerechtigkeit orientieren, können aus der Sicht der Stiftung vernachlässigt werden.

Weitere Kritikpunkte betreffen die Rechenschaftspflicht gegenüber der Öffentlichkeit einerseits und andererseits den Menschen bzw. Gruppen gegenüber, für die sich die Stiftung einsetzen möchte. Hier fehlt es offenbar häufig am Willen, die

»[...] grants made by the Foundation do not reflect the burdens of disease endured by those in deepest poverty«.

(Lancet 2009: 1577; McCoy, Chand and Sridhar 2009; McCoy et al. 2009; Sridhar and Batniji 2008)

Bedürfnisse und Perspektiven der Zielgruppe(n) mit einzubeziehen.

■ Interessenskonflikte?

David Stuckler et al haben in einem Artikel das Portfolio für Investitionen der BMGF untersucht, mit der Fragestellung, inwiefern strukturelle Faktoren, wie z.B. die Verbindungen zwischen Microsoft und der BMGF Einfluss auf die Investitionsprioritäten haben. Die Autor*innen zeigen auf, dass beträchtliche Teile der Finanzmittel in private Firmen abfließen und dass es Verbindungen von Gremienmitgliedern der Stiftung zu kommerziellen Unternehmen gibt, die unmittelbar von den Stiftungsaktivitäten profitieren.

Beispielsweise wirft das Investment der Stiftung in den Coca Cola-Konzern Fragen auf, da ein erhöhter Konsum von zuckerhaltigen Getränken unmittelbar mit dem globalen Problem der Adipositas zusammen hängt. Die Marketing- und Vertriebsstrategien des Konzerns werden von Vertretern der BMGF, inklusive Melinda Gates, offensiv gelobt und von ihnen als Blaupause für Entscheidungsträger im Global Health Bereich empfohlen. Der distanzlose Umgang mit dem Coca Cola-Konzern und die Tatsache, dass Bill Gates persönlich und durch seine Stiftung beträchtliche Mittel in die Firma investiert, werfen die Frage auf, ob jenseits des philanthropischen Anspruches nicht Vorstandsmitglieder der Stiftung persönlich finanziell von dieser Zusammenarbeit profitieren.

■ Politische Ökonomie des Philanthrokapitalismus

Solche Verbindungen, wie sie zwischen der BMGF und Konzernen wie Monsanto, McDonald's und Coca Cola bestehen, deuten auf ein tiefer liegendes Problem hin: die Tendenz privater Stiftungen, politische Lobbyarbeit entlang von Konzerninteressen zu leisten, während man sich gleichzeitig den Anschein einer vermeintlich unpolitischen oder gemeinwohlorientierten Institution gibt. Dies betrifft nicht nur private Stiftungen, sondern lässt sich auch auf andere philanthropische Akteure*innen verallgemeinern. Formal operieren sie außerhalb politischer Strukturen und Einrichtungen, um aber durch die eigenen Aktivitäten und nicht zuletzt Finanzkraft erheblichen Einfluss auf die öffentlichen Einrichtungen zu nehmen.

■ Fazit

Während die RF den Versuch unternahm, den Gesundheitsbereich als eine anerkannte Domäne von Regierungshandeln als Teil öffentlicher Verantwortung zu etablieren und damit die Prinzipien, Praktiken und Schlüsselinstitutionen der internationalen Gesundheit in der Hand einer Organisation – der WHO letztendlich zu prägen, trat die BMGF auf den Plan, als die Globale Gesundheit gerade in einer politischen Krise steckte. Ihr Handeln stellte die Führungsrolle der WHO und anderer internationaler Organisationen im Gesundheitsbereich in Frage und führte zu einer Fragmentierung.

* Thomas Kunkel ist Allgemeinmediziner in München und stellvertretender Vorsitzender des vdaee.

Interessen und Strategien globaler Gesundheitspolitik

Thomas Gebauer über G20 und die globale Gesundheit

Bei der Konferenz der *Deutschen Plattform Globale Gesundheit (DPGG)* zum Thema »Abwehr oder Vorsorge? – Die G 20 und die globale Gesundheit« hielt der Geschäftsführer von *medico international*, Thomas Gebauer, den Einführungsvortrag. Wir dokumentieren ihn in leicht gekürzter Fassung.

Berlin, 15. Mai 2017

Selbstverständlich ist es nicht falsch, wenn sich Gesundheitsminister*innen aus verschiedenen Teilen der Welt zusammensetzen, um gemeinsam über Verbesserungen zum Schutz der Gesundheit von Menschen nachzudenken. Angesichts von Epidemien, die vor keiner Grenze haltmachen, angesichts des weltweiten Klimawandels, der auch und gerade die Gesundheit der Menschen beeinträchtigt, angesichts weltwirtschaftlicher Verhältnisse, die z.B. über bi- und multilaterale Handelsverträge vielfältigen Einfluss auch auf die nationalen Gesundheitswesen nehmen, steht wohl außer Frage, dass Gesundheitspolitik mehr denn je keine nationale Angelegenheit ist.

Die Erkenntnis aber, dass es in einer näher zusammengerückten Welt auch internationaler Bemühungen bedarf, um die Gesundheit der Menschen zu schützen, ist nicht eigentlich neu. Das war schon klar, als 1948 die Weltgesundheitsorganisation gegründet wurde. Mit großer Weitsicht heißt es in der Verfassung der WHO, dass eine »internationale Gesundheitsarbeit« notwendig sei, die von einer zentralen Autorität gesteuert und koordiniert werden müsse: der WHO.

Ich betone das, weil mit Blick auf die zentrale Bedeutung der WHO ein Treffen, wie das der G20 Gesundheitsminister*innen, durchaus nicht unproblematisch

ist. Wir sollten nicht übersehen, dass es sich bei der G20 nicht um ein demokratisch legitimes und repräsentativ zusammengesetztes Gremium handelt, sondern eher um einen Clubin dem nur Mitglied werden kann, wer zu den führenden Wirtschaftsmächten zählt. Problematisch ist das nicht zuletzt deshalb, weil die Wirtschaftskraft eines Landes noch nichts über seine gesundheitspolitische Kompetenz aussagt.

Trotz ihrer mangelnden Legitimation haben informelle Foren, wie die G7 oder die G20 in den zurückliegenden Jahrzehnten erheblichen Einfluss auch auf die Ausgestaltung der sozialpolitischen Verhältnisse und damit die Gesundheit der Menschen genommen; wir alle sind Zeuge geworden, wie im Zuge von Deregulierung und Austerität auch die öffentliche Daseinsvorsorge unter

Druck geraten ist. Deutlich wird im Zusammenhang der G7/G20 Treffen auch das, was in den politischen Wissenschaften mitunter als Ausdruck postdemokratischer Verhältnisse beschrieben wird: die zunehmende Verlagerung von politischer Gestaltungsmacht in die Hände weniger mächtiger Staaten. Und dort meist in die Hände technokratischer Expertenstäbe, die für das sorgen, was Jürgen Habermas als Kolonisierung menschlicher Lebenswelten bezeichnet hat: die zunehmende Unterwerfung von Mensch und Umwelt unter das Diktat von Ökonomie und politischer Kontrolle.

Es sind große Fragen, die sich die Gesundheitsminister für ihr Treffen vorgenommen haben. Über den Aufbau globaler Notfallsysteme gegen Epidemien will man reden, über die Stärkung der Gesundheitssysteme ärmerer Länder und den Kampf gegen die zunehmende antimikrobielle Resistenz. Nur gemeinsam, so Hermann Gröhe, könne man die Welt besser auf künftige Gesundheitsrisiken vorbereiten.

Das ist ohne Frage ebenso richtig, wie es auf einen zweiten Blick auch irritiert. Denn gibt nicht, wer sich auf künftige Risiken vorbereitet, bereits zu erkennen, dass sich Risiken nicht eigentlich mehr vermeiden lassen? Dass die große Idee der Moderne, man könne eine bessere Zukunft aufbauen, in der die Risiken, denen Men-



schen ausgesetzt sind, aufgelöst bzw. reduziert werden, gescheitert ist?

Schauen wir zunächst auf die gesundheitlichen Risiken, die schon heute zu beklagen sind und allerdings Anlass zur Sorge geben. Trotz des enormen Fortschritts, der in der Medizin erzielt wurde, sterben noch immer alljährlich Millionen von Menschen an Erkrankungen, die eigentlich gut behandelbar wären. Armutsbedingte Krankheiten wie die Tuberkulose, die im globalen Norden bereits überwunden schienen, kehren in dramatischer Form, als multiresistente Keime zurück; gleichzeitig breiten sich chronische nicht übertragbaren Krankheiten wie Diabetes, Fettleibigkeit und Herz-Kreislauf-Störungen aus; nicht zuletzt in den Ländern des Südens ist deren Zahl stark angestiegen.

Verantwortlich für die heute in der Welt herrschende Gesundheitskrise ist sicherlich auch weiterhin die mangelnde Versorgung der Menschen mit Gesundheitsfürsorgemitteln. So hat noch immer fast ein Drittel der Weltbevölkerung keinen ausreichenden und sicheren Zugang zu essentiellen Arzneimitteln. In vielen Teilen der Welt fehlen angemessen ausgestattete Hospitäler und qualifizierte Gesundheitsfachkräfte.

Die Krise aber geht tiefer. So wichtig das Ziel einer universellen Absicherung im Krankheitsfall ist, so sehr gilt es zu berücksichtigen, dass die gesundheitlichen Verbesserungen, die in den zurückliegenden Jahrzehnten, erzielt werden konnten, nur zu etwa einem Drittel dem medizinischen Fortschritt bzw. der verbesserten Krankenversorgung zu verdanken sind. Bedeutender als kurative Versorgungsangebote waren und sind gesellschaftliche Faktoren, wie der Zugang zu Einkommen, angemessene Wohnverhältnisse, würdige Arbeits- und intakte Umweltbedingungen, und nicht zuletzt Bildung und gute und ausreichende Ernährung.

Betrachten wir die Lebensumstände von Menschen im globalen Süden, dann entpuppen sich die dortigen Verhältnisse allerdings voller gesundheitlicher Risiken. Dort zeigt sich die Krise der Gesundheit eben nicht nur als Krise fehlender Versorgung, sondern zugleich als Krise der Ernährung, der Wohn- und Arbeitsverhältnisse, der Umwelt, der Bildung, der sozialen Gerechtigkeit.

»Social injustice is killing people on large scale«, heißt es zusammenfassend im 2008 vorgelegten Abschlussbericht der »WHO-Kommission über die sozialen Determinanten von Gesundheit«. Der Bericht lässt keinen Zweifel daran, dass sich die großen gesundheitlichen Herausforderungen unserer Zeit nur über Eingriffe in die makroökonomischen und politischen Verhältnisse und nicht allein über medizinisch-technische Verbesserungen beantworten lassen. Nicht einzelne Krankheiten geißelt der WHO-Bericht, sondern die Pathologien der gesellschaftlichen Verhältnisse, genauso wie es Rudolf Virchow bereits Mitte des 19. Jahrhunderts getan hat.

Soziale Ungleichheit fällt nicht plötzlich vom Himmel. In den zurückliegenden Jahrzehnten konnte sie nur deshalb so dramatisch zunehmen, weil im Zuge der globalen Entfesselung des Kapitalismus (und um nichts anderes handelt es sich bei dem, was wir Globalisierung nennen) die Interessen einer wachstums- und profitorientierten Ökonomie über die Bedürfnisse und Rechtsansprüche der Menschen gestellt wurden. Daran haben nicht zuletzt Clubs, wie die G7 oder die G20 Anteil. Das Wirtschaftswachstum, das mit der neoliberalen

Globalisierung in Gang gesetzt wurde, hat die Ungleichheit nicht beseitigt, sondern verfestigt. Selbst das Davoser Weltwirtschaftsforum hat inzwischen einräumen müssen, dass mit der Globalisierung die Risiken für soziale Unsicherheit zugenommen haben.

Und diese Risiken bleiben heute nicht mehr nur auf die Armutsregionen der Welt beschränkt. Auch in den wohlhabenderen Ländern des Nordens nehmen die sozialen Gegensätze zu, auch hier geht die Schere zwischen arm und reich auseinander. Längst sind die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels, z.B. in der Zunahme von Atemwegserkrankungen, auch hierzulande spürbar, und längst macht die globale Schulden- und Finanzkrise mit all ihren Konsequenzen für die öffentliche Daseinsvorsorge auch vor Europa nicht mehr halt. Um die fatalen Folgen des Sozialabbaus zu studieren, muss man heute nicht mehr nach Afrika fahren: Es reicht ein Trip nach Griechenland.

Das sind nicht eigentlich neue Risiken; sie werden heute nur sehr viel deutlicher auch im eigenen Lande spürbar. Selbst der Umstand, dass der Zugang zu wirksamen Arzneimitteln versperrt sein könnte, ist ja nicht eigentlich neu. Für Millionen von Menschen, die sich eine angemessene Behandlung mit Antibiotika aus Kostengründen nicht leisten konnten, ist das eine schon lange währende Realität. Nun kommt die Resistenzentwicklung hinzu, und die trifft auch die Reichen.

Und so sollten wir bei aller Sorge über die wachsenden Risiken nicht übersehen, dass diese noch immer extrem ungleich verteilt sind. Sie treffen die Armen und Mittellosen dieser Welt sehr viel stärker als die Wohlhabenden und Privilegierten. Mit dem Auftreten von Ebola ist nur klar geworden, dass die prekären Zustände, die in den armgehaltenen Ländern der Welt herrschen, auf den Rest der Welt auszustrahlen beginnen – und es so für die Länder des Nordens schwieriger werden könnte, die eigenen Bevölkerungen zu schützen.

Es ist gut, dass Ebola als politischer Weckruf verfangen hat und nun verstärkt nach Lösungen gesucht wird; und es ist auch gut, dass Politiker*innen in aller Welt erkannt haben, dass sie den Schutz der Gesundheit nicht länger den Marktkräften überlassen können, sondern sie selbst gefragt sind und es höchste Zeit ist für regulierende Eingriffe und Maßnahmen systematischer Umverteilung. Ob die Wege, die nun eingeschlagen werden, auch die richtigen sind, das ist noch höchst fraglich.

Denn die staatliche Sorge um Gesundheit kann dem universellen Menschenrecht auf Gesundheit verpflichtet sein, aber auch nur den Schutz der eigenen Bevölkerungen im Auge haben. Sie kann auf nachhaltige Vorsorge und Prävention drängen oder auch nur auf punktuelle Kontrolle und kurzfristiges Krisenmanagement aus sein. Sie kann das Ziel eines möglichst langen und möglichst gesunden Lebens für alle Menschen verfolgen oder auch nur den Interessen von Unternehmen dienen, die Gesundheit als ein höchst lukratives Business mit großem Wachstumspotential betrachten. Schon jetzt spekulieren Versicherungswirtschaft, Pharmaindustrie und medizintechnische Unternehmen auf die vielen Milliarden, die weltweit aus Steuermitteln zur Umsetzung von Universal Health Coverage bereitgestellt werden müssen.

Öffentliche Gesundheitsvorsorge jedenfalls ist nicht davor gefeit, für ökonomische und machtpolitische Interessen ins-



strumentalisiert zu werden. Es ist noch gar nicht so lange her, da gehörte die Sorge um die Gesundheit der Menschen zu den Aufgaben örtlicher Polizeiverwaltungen. Das wirtschaftspolitische Motiv hinter all dem ist noch immer wirksam, zumindest latent. Wer genau hinsieht, kann es z.B. in vielen entwicklungspolitischen Studien entdecken, die zur Legitimierung von Gesundheitsförderprogrammen deren volkswirtschaftlichen Nutzen hervorheben. Oder in der Ausrichtung von Daseinsvorsorge an betriebswirtschaftliche Effizienzkriterien, um Kosten zu dämpfen, wie es dann heißt. Und selbst in der Bekämpfung von Pandemien taucht es wieder auf.

Vor diesem Hintergrund ist es nicht unproblematisch, wenn in den gesundheitspolitischen Debatten heute verstärkt ein Begriff auftaucht, der zwar in den internationalen Beziehungen schon seit längerem herumgeistert, im Kontext von »global health« aber bislang weniger geläufig war: der Begriff der Sicherheit. Die Ebola Krise, so heißt es, habe deutlich gemacht, wie dringend das Bemühen um Gesundheitssystemstärkung von Maßnahmen zur Förderung der »Health Security«,

der Gesundheitssicherheit begleitet werden muss. Mitunter ist gar von der Notwendigkeit eines Paradigmenwechsels die Rede, von »global health security« als einer neuen Norm, die allein dazu geeignet sei, all den bestehenden und künftigen Risiken Paroli zu bieten.

Angesichts einer zunehmend aus den Fugen geratenen Welt ist das Bedürfnis nach Sicherheit nur zu verständlich. Schauen wir aber genauer hin, wird die Sache komplizierter. Offen ist z.B. die Frage, was unter Sicherheit verstanden wird, wer Sicherheit definiert und wie sie geschaffen werden soll. All das ist unbestimmt und öffnet Tür und Tor für ganz unterschiedliche Strategien, in denen ganz verschiedene Interessen zum Ausdruck kommen können.

Vielleicht erinnern Sie sich noch an die skurril anmutenden Bilder von der Insel Rügen, als dort 2006 die Bundeswehr versuchte, zu Wasser, zu Lande und aus der Luft die Verbreitung des Vogelgrippevirus zu stoppen. Viele von uns haben damals geschmunzelt. Manche haben sich an längst überwunden geglaubte Formen einer kolonialen Seuchenmedizin erinnert, die mit einem »cordon sanitaire« die Wohnge-

bierte der Kolonialherren vor den compounds der »Eingeborenen« zu schützen versuchte.

Doch dann kam 2014 die Ebola-Krise, und kam der Appell von MSF, Militär zu entsenden, um bei der Eindämmung der Seuche zu helfen. Ausgerechnet eine NGO, die ansonsten jede Nähe zum Militär weit von sich weist, verlangte nach Soldaten. Mit einem Mal ging es nicht mehr nur um zivile Hilfe, sondern um eine fast schon martialisch anmutende Form einer sicherheitspolitisch motivierten Intervention. Ebola schaffte es auf die Tagesordnung des UN-Sicherheitsrates, und zum ersten Mal in der Geschichte der UN wurde mit der *UN Mission for Ebola Emergency Response (UNMEER)* eine UN-Mission zur Bekämpfung einer Krankheit gebildet. Seitdem diskutieren Expert*innen in aller Welt über die Einrichtung von Notfonds, die Bildung von schnellen Eingreiftruppen, von Weißhelmen, die Schaffung robuster Versorgungsstrukturen und resilienten Gesundheitssystemen sowie die Notwendigkeit verbesserter Kommunikationswege.

All das ist ohne Frage vernünftig; aber es ist eine nur instrumentelle Vernunft, die hier zum Ausdruck kommt. Eine Vernunft, welche mehr die Mittel, nicht aber die Ziele des Handelns reflektiert. Eine Vernunft, die nicht die Frage verfolgt, wie die Risiken an ihrem Ursprung zu bekämpfen wären, sondern wie mit künftigen Risiken so umzugehen ist, dass sie den Status quo nicht mehr bedrohen. Nicht ein radikales Bemühen um Krisenvermeidung steht auf der Tagesordnung, nicht eine Kritik an dem eigentlichen Treiber der globalen Gesundheitskrise, sondern die Frage, wie effiziente Krisenverwaltung möglich ist, ohne eben die Treiber der Krise angehen zu müssen.

So wie es aussieht, wird nicht die Marktradikalität mit all ihren negativen Auswirkungen auf die Lebensumstände und damit die Gesundheit der Menschen auf der Tagesordnung stehen, sondern nur, wie den offenbar alternativlos gesehenen Folgen der Marktradikalität: dem wachsenden Bevölkerungsdruck, der Migration, der Verslumung der Städte und dem Ausbruch von Epidemien an der Oberfläche begegnet werden kann. Nicht die Geschäfte der weltweit boomenden Ex-

traktionswirtschaft, die immer mehr Menschen zur Abwanderung in unwirtliche und krankmachende Lebensumstände zwingt, stehen zur Debatte, sondern wie die daraus resultierenden gesundheitlichen Probleme möglichst früh identifiziert und eingedämmt werden können; nicht das längst notorisch gewordene Landgrabbing, der Trawler-Fischfang und die Praktiken der Nahrungsmittel- und Getränke-Multis, mit all ihren tiefgreifenden Auswirkungen auf die Ernährungssouveränität und die Ernährungsgewohnheiten von Menschen werden diskutiert werden, sondern wie es gelingt, für all die daraus resultierenden Krankheiten neue und wirksame Arzneimittel zu entwickeln.

Und eben das macht den herrschenden Sicherheitsdiskurs so problematisch. Es fragt weniger nach den Ursachen von Missständen, als danach, wie die krisenhaften Folgen von Fehlentwicklungen unter Kontrolle gebracht werden können. Statt über die Ländergrenzen hinweg auf sozialen Ausgleich und Integration zu drängen, setzt sicherheitspolitisch ausgerichtete Politik auf nachgelagertes Krisenmanagement. Der utopische Überschwang, der noch zur Gründung der WHO geführt hat, weicht so einem pragmatischen Realismus, der eigentlich nichts mehr verändern will, sondern nur noch darum bemüht ist, den Status quo, also bestehende Privilegien und die sie begründenden Machtverhältnisse abzusichern.

Mit großen Ernst warnen kritische Wissenschaftler*innen und NGOs vor einer zunehmenden »Ver-Sicherlichung von Politik«; in der alles: der Handel, die Entwicklungshilfe, die Gesundheits- und Sozialpolitik ebenso wie die Polizei und das Militärs zu Instrumenten von Sicherheitspolitik werden. Problematisch ist die fast schon mythische Überhöhung von Sicherheit vor allem deshalb, weil dabei das unter die Räder zu kommen droht, woran sich Politik eigentlich ausrichten sollte: das Recht und die Rechtsansprüche von Menschen, wie sie in den Menschenrechten niedergelegt sind.

Denn im Unterschied zu den Menschenrechten wird das Bemühen um Sicherheit nicht von der Idee der Universalität getragen. Wer von Sicherheit spricht, hat zuallererst die eigene Sicherheit im Blick, – eine Sicherheit, die an bestimmte Territorien oder Privilegien gebunden ist. Die gegenwärtigen sicherheitspolitischen Strategien zielen nicht unbedingt auf den Schutz (protection) derjenigen, die am meisten der sozialen Sicherung (Protection) bedürfen: die Armen und Mittellosen, sondern in aller Regel auf die Absicherung (security) von Besitzständen, genauer: auf die Absicherung jener imperialen Lebensweise, die einige auf Kosten anderer führen.

Aber da ist noch ein weiteres, das uns im Kontext des Sicherheitsdiskurses zu denken geben sollte. Denn das, was als Bedrohung empfunden wird, ist immer subjektiv gefärbt, emotional hoch aufladen und vage. Und eben diese Unbestimmtheit hilft heutiger Politik bei der Überwindung ihrer Legitimationsdefizite. Politiker*innen, die ihre gesellschaftliche Gestaltungskompetenz in hohem Maße den Vorgaben einer auf Deregulierung drängenden Ökonomie untergeordnet haben, können sich im »Zupacken« bei der Abwehr der negativen Folgen dieser Ökonomie dennoch profilieren. Sie brauchen sozusagen die Krise, um sich gegenüber der Öffentlichkeit zu rechtfertigen.

Dieses absurde Zusammenspiel zu durchbrechen, wäre dringend nötig. Es setzt die Erkenntnis voraus, dass die Risi-



ken, die künftigen wie die gegenwärtigen, nicht eigentlich von außen kommen, sondern von innen. Dass es die zunehmende Kolonisierung der menschlichen Lebenswelten ist, die die Welt zu einem so unsicheren Ort gemacht hat.

Statt in die Falle des Sicherheitsdiskurses zu laufen, sollten wir auf dem stärkeren Konzept der Menschenrechte bestehen. Denn Rechte sind im Gegensatz zum vieldeutigen Begriff der Sicherheit normativ kodifiziert. In ihnen lebt der Anspruch auf Gleichheit selbst dann noch, wenn Rechte durch Macht und Interessen gebeugt werden. Und so drängt die Anrufung der Menschenrechte auf eine Politik des Ausgleichs, die Logik von Sicherheit hingegen auf Abschottung. Kurz: Im Sicherheitsdispositiv geht das Prinzip der Universalität verloren.

Schauen wir zum Abschluss auf mögliche Alternativen. Tatsächlich gibt es zu den Konzepten der Old Public Health, die, wie das Rolf Rosenbrock so treffend formuliert hat, »in der Logik der Gesundheitspolizei fragt: Wie ermitteln wir möglichst rasch viele individuellen Infektionsquellen und wie legen wir diese still?« Dazu gibt es Alternativen. Konzepte und Strategien, die einen ganz anderen Weg beschreiten. Die den Menschen nichts überstülpen wollen, die nicht mit Vorschriften auf Disziplinierungen sinnen, sondern auf Teilhabe und emanzipative Veränderungen im Sinne der Schaffung gesunder Lebenswelten zielen.

Ein solcher Ansatz, der der New Public Health verpflichtet ist, gründet sich auf öffentliche Mobilisierung und zivilgesellschaftliche Partizipation. Denn das ist die Lehre, die aus allen zurückliegenden Erfahrungen auch und gerade in der Bekämpfungen von Epidemien zu ziehen ist: ohne eine maßgebliche Beteiligung von Selbsthilfegruppen, grassroot-Initiativen, kommunalen Selbstorganisationen, Kirchen und Wohlfahrtsorganisationen ist bestehenden gesundheitlichen Herausforderungen nicht zu begegnen. Welche Kraft im zivilgesellschaftlichen Engagement steckt, das wurde zuletzt noch einmal in der Bekämpfung von Ebola deutlich. Ohne die Aufklärungs- und Überzeugungsarbeit, die von Selbsthilfegruppen vor Ort geleistet wurde, ohne die Einbeziehung der Betroffenen, die alleine in der Lage sind, in ihren jeweiligen Lebenswelten glaubwürdig aufzutreten, ohne das Engagement

der Leute selbst wäre auch der Einsatz all der aus dem Ausland entsandten Helfer*innen vergeblich gewesen.

Die Fragen, die sich New Public Health stellt, sind, um noch einmal den geschätzten Rolf Rosenbrock zu zitieren: Wie lassen sich möglichst schnell, möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse organisieren? Wie können Selbstverwaltungen und Entscheidungsteilhabe als Voraussetzung für nachhaltige Veränderungen gefördert werden? Wie die sozialbedingte Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitschancen reduziert werden?

Klar ist, dass sich diese Fragen nur beantworten lassen, wenn auch die dafür notwendigen Ressourcen zur Verfügung stehen. Mittel werden gebraucht, um eine funktionierende allen zugängliche Krankenversorgung aufzubauen, keine Frage; sie werden aber auch ge-

braucht für die Förderung und Unterstützung von Initiativen, die auf Selbstverwaltung und Teilhabe drängen, und zwar dort, wo über Programme der Primärprävention, der Bildung, der Sozialhilfe, mithin über Maßnahmen, die allesamt im außermedizinischen Bereich liegen, konkret in die Lebenswelten von Menschen eingegriffen wird: in den Schulen, am Arbeitsplatz, in den Wohnviertel.

Dem Markt können diese Aufgaben nicht überlassen werden. Weil diejenigen, die am meisten auf Schutz und Unterstützung angewiesen sind, zu meist auch die Ärmsten sind, bedarf es gesellschaftlicher Institutionen, die allen, unabhängig von ihrer Kaufkraft, den Zugang zu Gesundheitschancen eröffnen. Es ist nicht sinnvoll, den Zugang zur Krankenversorgung an Versicherungspolice zu knüpfen, die sich nur wenige leisten können. Allein eine

solidarisch finanzierte öffentliche Daseinsvorsorge, die mit Blick auf den erreichten Globalisierungsgrad längst grenzüberschreitend zu schaffen wäre, kann dem Anspruch gleicher Gesundheitschancen gerecht werden. Es sind große Herausforderungen, vor denen wir stehen. Es ist höchste Zeit für die Stärkung von Gesundheitssystemen zu streiten, in denen die Schaffung von Institutionen einer öffentlichen Gesundheitspflege, die Finanzierung von Primärprävention und die Förderung von Selbstorganisation nicht nur ein Anhängsel von kurativer Versorgung sind, sondern wesentlicher Bestandteil.

Mit Blick auf die realen Mängel, die in vielen Teilen der Welt bestehen, mag ein solcher Ansatz utopisch klingen. Genau darum aber geht es: um die Formulierung einer Vision, die aus dem Elend herausführt und es nicht nur weiter verwaltet.

Antibiotika-Resistenzen

Jens Holst und Christian Wagner-Ahlf* über eine globale, vielschichtige Herausforderung

Der hier dokumentierte Text erschien im September 2017 als Teil eines größeren Berichts zur Umsetzung der 2030-Agenda für nachhaltige Entwicklung in und durch Deutschland im Kontext der Bundestagswahl; er wurde herausgegeben von einer breiten Koalition zivilgesellschaftlicher Organisationen, Netzwerke, Gewerkschaften und Verbände. (Vgl. www.2030report.de)

Die zunehmende Entstehung von Antibiotikaresistenzen ist zu einer globalen Bedrohung geworden. Weltweit treten immer häufiger Infektionen auf, gegen die gängige Medikamente unwirksam sind. Auf verschiedenen Ebenen haben die politisch Verantwortlichen Pläne und Strategien zur Eindämmung der Resistenzentwicklung verabschiedet. Schwerpunkte sind dabei verbesserte Hygiene, Datenerfassung, Fortbildung, Stärkung der Pharma-Forschung und das koordinierte Vorgehen in Human- und Tiermedizin. Der Fokus liegt dabei vornehmlich auf medizin-technologischen Ansätzen, was der Komplexität

der Herausforderungen nicht gerecht wird.

Antibiotika sind ein wesentlicher therapeutischer Grundpfeiler der heutigen Medizin und seit vielen Jahrzehnten nicht mehr wegzudenken. Sie erlauben die Behandlung bakterieller Infektionen und damit das Überleben lebensbedrohlicher Erkrankungen. Mittlerweile schränken allerdings Resistenzen von Krankheitserregern die antibiotischen Behandlungsmöglichkeiten erheblich ein. Immer häufiger treten die erwarteten Therapieerfolge nicht ein oder es bleibt nur der Rückgriff auf wenige verbliebene Reserveantibiotika.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht bereits von der »postantibiotischen Ära«, in der einfache Infektionen wieder zur tödlichen Gefahr werden können.¹

Dies hat in den letzten Jahren auf verschiedenen politischen Ebenen Niederschlag gefunden. 2011 verabschiedete die Europäische Kommission einen Aktionsplan gegen die »zunehmende Bedrohung« durch Antibiotikaresistenzen.² Die WHO legte 2014 eine detaillierte Analyse der Resistenzentwicklung in verschiedenen Weltregionen vor, woraufhin die Weltgesundheitsversammlung 2015 einen globalen Aktionsplan

verabschiedete.³ In der Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung findet sich das Thema zwar nicht als eigenständiges Ziel, dafür aber in der Präambel: »Wir werden ebenso das Fortschrittstempo bei der Bekämpfung von Malaria, HIV/Aids, [...] und anderen übertragbaren Krankheiten und Epidemien beschleunigen, unter anderem indem wir der wachsenden antimikrobiellen Resistenz [...] begegnen [...]«. ⁴

Nachdem bereits zum Anfang des Jahrtausends klare Hinweise auf zunehmende Antibiotikaresistenzen vorlagen⁵, haben es multiresistente Keime und Resistenzen mittlerweile auch in Deutschland auf die Tagesordnung geschafft. Ein besonderer Fokus liegt hierzulande auf Krankenhausinfektionen, wie auch die *Deutsche Antibiotika-Resistenzstrategie (DART)* der Bundesregierung betont.⁶ Im Rahmen dieser Strategie legte das Bundesgesundheitsministerium 2015 einen Aktionsplan zur Bekämpfung resistenter Keime vor.⁷

Gesundheit gehört erklärtermaßen zu den Kernanliegen der deutschen Bundesregierung. Als Gastgeberin des G7-Treffens 2015 und des G20-Gipfels 2017 setzte sie das Thema Antibiotikaresistenzen auf die Agenda. Die Schwerpunkte liegen dabei auf Verbesserung der Hygiene, Datenerfassung, Fortbildung, Stärkung der Pharma-Forschung und dem »One-Health«-Konzept, also dem koordinierten Vorgehen in Human- und Tiermedizin sowie im Umweltbereich. Da weder Bakterien noch Resistenzen Grenzen kennen, bietet tatsächlich nur ein globaler Ansatz Chancen auf Erfolg. Doch die vielen guten Ansätze gehen nicht weit genug, sondern lassen wichtige Aspekte außer Acht.

■ Medizinisch-technologische Ansätze unzureichend

Vor möglichen Resistenzen warnte schon Alexander Fleming, der Entwickler des ersten Antibiotikums Penicillin. Denn die Natur erweist sich als höchst flexibel und überlebensfähig, auch auf der Ebene kleinster Lebewesen. Zwar entstehen Unempfindlichkeiten von Bakterien auch spontan, doch zweifelsohne hat der Mensch erheblich zur Resistenzentwicklung bei Antibiotika beigetragen. Als wesentliche Ursache gilt der übertriebene, nicht gerechtfertigte Einsatz dieser Arzneimittel in der Medizin, sei es durch Unter- oder Fehldosierung, unspezifischen Gebrauch oder falsche Indikationsstellung.⁸ Obwohl 85 Prozent aller Infekte der oberen Atemwege durch Viren verursacht sind, verordnen Ärzt*innen bei Erwachsenen und vor allem bei Kindern häufig antibakterielle Substanzen. Bei niedergelassenen Ärzt*innen hängt die Vergütung nicht von der Zeit ab, die sich Ärzt*innen für jeden Einzelnen nehmen, sondern von der Zahl der Patientenkontakte. Ohne Änderung dieses Systems ist es unrealistisch, eine ausführliche Patientenaufklärung an Stelle einer schnellen Antibiotika-Verordnung zu erwarten. In Krankenhäusern und vor allem auf Intensivstationen ist die Verwendung von Antibiotika gestiegen, obwohl sich die Häufigkeit der dort erworbenen Infektionen seit 1994 nicht verändert hat.⁹ Der Einsatz unspezifischer Breitbandantibiotika bei schwerkranken Patient*innen hilft zwar günstigenfalls bei der Bekämpfung der Erreger, trägt aber auch zur Resistenzentwicklung bei anderen Bakterien bei.

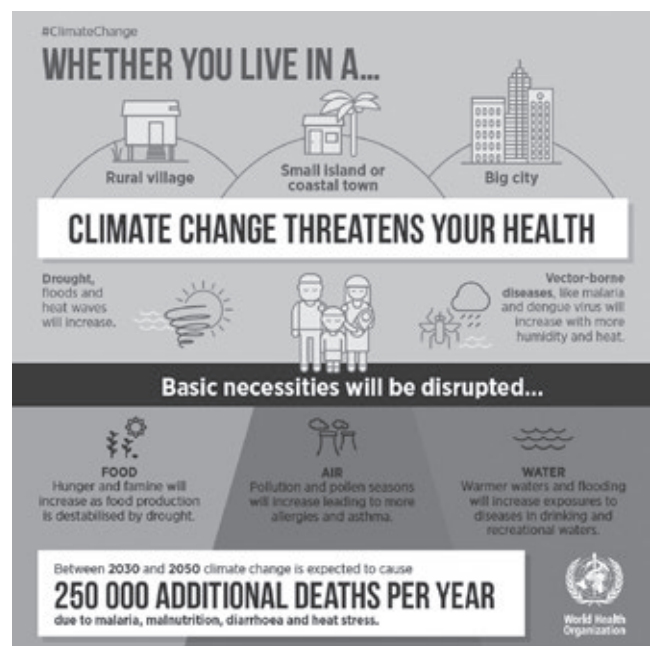
In den Ländern des globalen Südens sind die Herausforderungen noch komplizierter. Das Nebeneinander ausgefeilter

medizinischer Versorgungssysteme für die Oberschicht und einer rudimentären, vielfach auf Selbstzahlungen beruhenden Versorgung für die Bevölkerungsmehrheit begünstigt die Resistenzentwicklung gleich doppelt. Im Privatsektor fördert ein großzügiges, vielfach eher pekuniären Interessen als strengen Indikationsvorgaben folgendes Verschreibungsverhalten die Entwicklung von Multiresistenzen. Am unteren Ende der gesellschaftlichen Pyramide führen fehlende soziale Absicherung im Krankheitsfall, Arzneimittelknappheit in öffentlichen Gesundheitsposten und Armut zu unzureichenden Antibiotikabehandlungen: Die Betroffenen haben kein Geld für eine vollständige Behandlung und brechen die Antibiotikagabe vorzeitig ab. Teils aggressive und irreführende Arzneimittelwerbung, halb- oder illegale Geschäfte mit Arzneimitteln und fehlende Kontrollen fördern zusätzlich die unsachgemäße Verwendung von Antibiotika. Die wachsende Verbreitung gefälschter Arzneimittel mit unzureichender Wirkstoffmenge wird die Entstehung von Multiresistenzen weiter begünstigen.

■ Keine bloße Frage der Veterinärmedizin

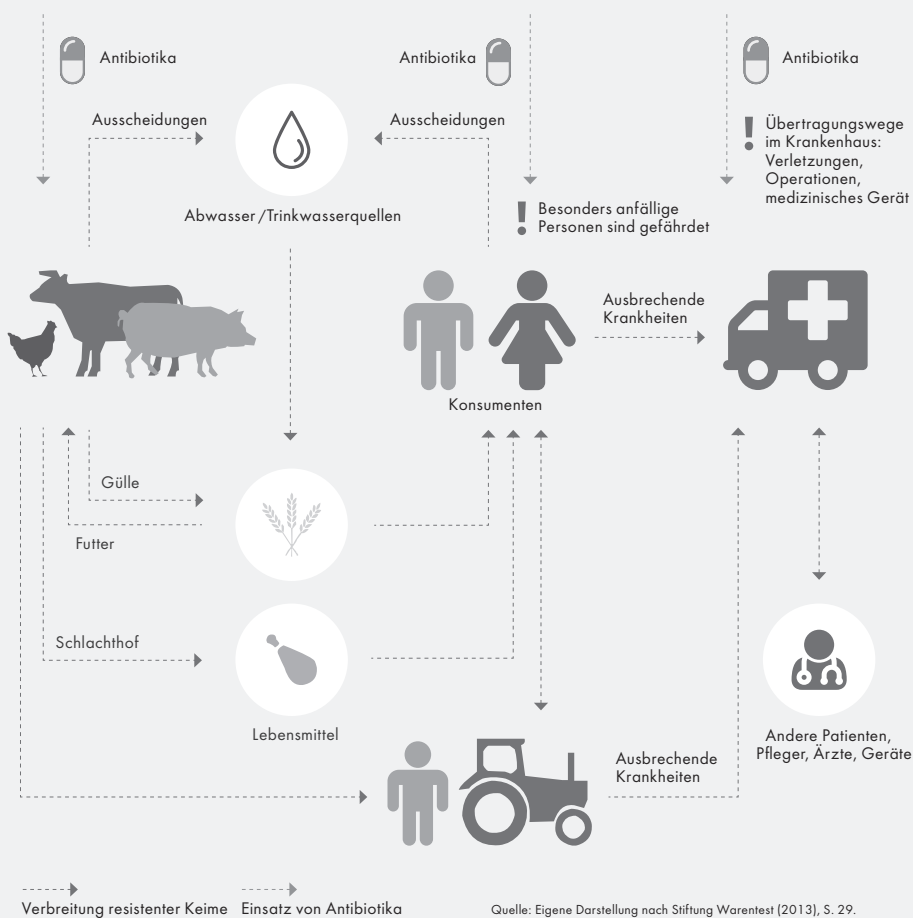
Auch von der Landwirtschaft geht ein großes Gefahrenpotenzial aus. In der industrialisierten Tierhaltung kommen erhebliche Antibiotikamengen zum Einsatz, um überzüchtete Masttiere mit stark geschwächter Immunabwehr unter extrem gesundheitsschädigenden Haltungsbedingungen am Leben zu halten. So sind Beschäftigte in der Landwirtschaft häufig Träger multiresistenter Erreger, aber auch die Konsument*innen von Fleischprodukten aus der Intensivtierhaltung sind durch die Belastung mit Antibiotika gefährdet. Zudem gelangen die von Tieren ausgeschiedenen Antibiotika über die Gülle in die Umwelt.

Der Wissenschaftliche Beirat für Agrarpolitik beim Bundesministerium für Ernährung und Landwirtschaft widmet sich ausführlich dem Thema der Antibiotikaresistenzen und konstatiert »erhebliches Potenzial zur Reduktion des Antibiotikaeinsatzes beim Masthuhn ohne Einbußen bei der Tiergesundheit«. ¹⁰ Gutachten verweisen vor allem auf das Dis-



Entstehung und Verbreitung resistenter Keime

Wegen des massenhaften Einsatzes von Antibiotika in der Tierhaltung sowie wegen der unsachgemäßen Anwendung in der Humanmedizin können Resistenzen entstehen. Resistente Keime können auch auf bzw. zwischen Menschen übertragen werden. Die dadurch entstehenden Krankheiten sind kaum zu behandeln.



pensierrecht, das Tier- im Unterscheid zu Humanmediziner*innen zu Arzt bzw. Ärzt*innen und Apotheker*innen in einer Person macht, da sie die von ihnen verordneten Arzneimittel selber verkaufen. Der teils über 80-prozentige Mengenrabatt, den Veterinärmediziner*innen für ihre verordneten Medikamente erhalten, fördert unnötige Verschreibungen. Zwar ist der »One-health-Ansatz« der Bundesregierung und der Europäischen Kommission¹¹ als Schritt in die richtige Richtung zu begrüßen, aber nach konkreten Vorschlägen für systemische Veränderungen der deutschen Landwirtschaft wie die Abschaffung des Dispensierrechts sucht man in der Antibiotika-Strategie der Bundesregierung vergeblich. Im Mittelpunkt müsste die Verbesserung der Tiergesundheit stehen, was ein grundlegendes Umdenken in der Viehzucht erfordert – gesunde Tiere anstatt Leistungsmaximierung, gesetzliche Mindestanforderungen für die Haltungsbe-

dingungen und ein Wechsel von exportorientierter Überschussproduktion zu regionaler Landwirtschaft mit kurzen Transportwegen.

Dringender Handlungsbedarf besteht auch bei der Verwendung von Antibiotika als Mastbeschleuniger. In geringer Dosierung führen bestimmte Antibiotika dazu, dass Tiere schneller ihr Schlachtgewicht erreichen. In der EU ist diese Mastbeschleunigung zwar seit 2006 verboten, lässt sich aber nicht vollkommen ausschließen. In weiten Teilen der Welt ist sie weiterhin gängige Praxis. Solange sich nichts an den grundlegenden Produktionsbedingungen der Agrarindustrie ändert, wird der »One-Health«-Ansatz im human- und veterinärmedizinischen Bereich wenig ausrichten.

■ Andere Forschungsmodelle

Neben der ursächlichen Bekämpfung der gesellschaftlichen, wirtschaftlichen

und politischen Determinanten der weltweit zunehmenden Unwirksamkeit von Antibiotika ist auch die Entwicklung neuer Medikamente erforderlich. Da sich die meisten Pharmaunternehmen in den letzten Jahrzehnten aus der Antibiotikaforschung zurückgezogen haben, ist eine Forschungslücke entstanden. Forschung und Entwicklung alleine werden allerdings nicht ausreichen, diese Lücke zu füllen. Neue Antibiotika müssen auch kostengünstig verfügbar sein, damit sie auch in ärmeren Ländern Anwendung finden. Eine besondere Herausforderung besteht darin sicherzustellen, dass Reserveantibiotika so selten wie möglich zum Einsatz kommen, um eine unnötig schnelle Resistenzbildung hinauszuzögern.

Beide Bedingungen machen die Entwicklung neuer Antibiotika für gewinnorientierte Pharmaunternehmen völlig unattraktiv. Einen Ausweg bieten öffentlich finanzierte Produktentwicklungspartnerschaften. So hat die WHO 2016 die *Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARD-P)* ins Leben gerufen,¹² die bedarfsorientiert neue Wirkstoffe für gemeinsam festgelegte Gesundheitsprobleme entwickeln soll. Im Gespräch ist auch ein öffentlich finanzierter, globaler Antibiotikaforschungsfonds zur besseren Koordination der weltweiten Forschungsaktivitäten. Auch das Bundesministerium für Gesundheit hat 2017 ein solches Konzept vorgelegt,¹³ das allerdings dem allgegenwärtigen Prinzip folgt, Gewinne zu privatisieren und Verluste zu sozialisieren: Überschüsse sollen an die Pharmaindustrie gehen, während die Staatengemeinschaft die Verluste auffangen soll. Gesundheitspolitisch wäre es aber erheblich sinnvoller, mit öffentlichen Mitteln entwickelte Medikamente vom Patentrecht auszuschließen und die bedarfsgerechte Verfügbarkeit in den Mittelpunkt zu stellen.¹⁴

■ Korruption und private Gesundheitsfinanzierung

Insgesamt erfordert ein konsequentes Vorgehen gegen zunehmende Antibiotikaresistenzen einen erheblich komplexeren Ansatz, die angemessene Berücksichtigung wichtiger politischer Rahmenbedingungen und gesamtge-

sellschaftliches Engagement. So zeigt eine Untersuchung der Resistenzlage in 28 europäischen Ländern eine klare Beziehung zwischen dem Ausmaß der Korruption und der Entstehung von Multiresistenzen. Demnach hängt die Resistenzentwicklung auch eng mit schwacher Staatspolitik, schlechter Regierungsführung und privater Gesundheitsfinanzierung zusammen. Entscheidend für einen konsequenten, rationalen und somit resistenzvermeidenden Gebrauch von Antibiotika sind demnach verantwortungsvolle Führung der Staatsgeschäfte (*good governance*) und hinreichende öffentliche Gesundheitsfinanzierung.¹⁵ Die Folgen zusammenbrechender Regierungs- und Sozialsysteme waren in besonders dramatischer Form nach dem Ende der Sowjetunion zu beobachten, in deren Nachfolgestaaten es unter anderem zu einem drastischen Anstieg der Tuberkulose- und HIV-Infektionen und in deren Folge zu einer starken Zunahme der Resistenzen kam.

Effektive Strategien zur Eindämmung der Resistenzentwicklung müssen daher auch die allgemeinen gesellschaftlichen und politischen Bedingungen sowie die sozialen Sicherungssysteme einbeziehen und die globale Tendenz zur Privatisierung der Gesundheitsausgaben umkehren. Ein erfolgversprechendes Vorgehen gegen zunehmende Antibiotikaresistenzen erfordert also erheblich mehr als die bisher verabschiedeten Aktionspläne. Die Stärkung von Gesundheitssystemen findet zwar teilweise Erwähnung, hat aber nicht den gebührenden Stellenwert. Zugleich müssen alle nationalen Ansätze engstens mit globalen gesundheitspolitischen Strategien verknüpft sein, um die weltweite Resistenzentwicklung aufzuhalten. Und solange Handels- und Investitionsabkommen wie CETA, TTIP und TTP die Renditen von Unternehmen über den Schutz der Bevölkerung vor gesellschaftlich und



sächlich Verantwortung für die Überwindung des Resistenzproblems übernehmen will.

* Jens Holst (Internist und Gesundheitswissenschaftler) arbeitet seit vielen Jahren als selbständiger Gutachter und Autor und hat zurzeit eine Vertretungsprofessur an der Hochschule Fulda; Christian Wagner-Ahlf's (Chemiker) ist Geschäftsführer bei der BUKO Pharma-Kampagne in Bielefeld und leitender Redakteur der Zeitschrift *Gute Pillen – Schlechte Pillen*. Die BUKO Pharma-Kampagne und Jens Holst sind Mitglied der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit.

(Quelle: www.plattformglobale.gesundheit.de/antibiotika-resistenzen-eine-globale-viel-schichtige-herausforderung/ – hier finden Sie auch die Literaturliste)

gesundheitlich schädlichen Folgen der Gewinnmaximierung stellen, bleiben die Aussichten im Kampf gegen Antibiotikaresistenzen trübe.

Wer die Versorgung der Bürger*innen dem Gesundheitsmarkt überlässt, wer globalisierte Landwirtschaftsmonopole fördert anstatt mit regionalen Erzeugerstrukturen die Ernährung der Weltbevölkerung nachhaltig zu sichern, wer sich von der Pharma-Industrie leiten lässt, erzeugt schwerlich Vertrauen, das wachsende Multiresistenzproblem lösen zu können. Das sollte die Bundesregierung bedenken, wenn sie auf der globalen politischen Bühne tat-

- 1 Vgl. Reardon, Sara (2015)
- 2 Vgl. European Commission (2011)
- 3 Vgl. WHO (2015)
- 4 UN (2015), S. 8
- 5 Vgl. Schröder/Nink et al.
- 6 Vgl. BMG (2015b), S. 12ff.
- 7 Vgl. BMG (2015a)
- 8 Vgl. DAK (2014)
- 9 Vgl. Behnke/Hansen et al. (2013)
- 10 Vgl. Spiller/Gauly et al. (2015)
- 11 Vgl. European Commission (2011)
- 12 Vgl. Drugs for Neglected Diseases Initiative (2016)
- 13 Vgl. Stern/Chorzelski et al. (2017), S. 25ff.
- 14 Vgl. Wagner-Ahlf's (2015), S. 36
- 15 Vgl. Collignon/Athukorala et al. (2015)



Medibüro Berlin

Netzwerk für das Recht auf Gesundheitsversorgung aller Migrant*innen bittet dringend um Spenden!

... damit wir weiterhin Migrant*innen, die keinen rechtlichen Aufenthaltsstatus haben und/oder ohne Krankenversicherung in Berlin leben, anonyme und kostenlose Behandlung durch medizinisches Fachpersonal vermitteln können. Das Medibüro Berlin ist ein praktisches und ein politisches Projekt. Wir fordern gute Gesundheitsversorgung für alle hier lebenden Migrant*innen unabhängig vom Aufenthaltsstatus.
www.medibuero.de
 Flüchtlingsrat e.V.
 Stichwort: Medizinische Hilfe, IBAN: DE93 1002 0500 0003 2603 02

Bewegungen zwischen Mut, Ohnmacht und Solidarität

Felix Ahls* zum Treffen des People's Health Movement Europe in Istanbul

»Die Charta ist Ausdruck unserer gemeinsamen Sorge, unserer Vision einer besseren, gesünderen Welt und unserer Aufrufe zu radikalem Handeln.«

Das letzte Treffen des *People's Health Movement (PHM) Europe* im Juni 2017 fand aus Solidarität mit den von der staatlichen Repression betroffenen Kolleg*innen in Istanbul statt. Auch der vdää beteiligte sich mit drei Mitgliedern an dem Austausch in den Räumlichkeiten der Ärztekammer Istanbul. Es waren etwa dreißig Gesundheitsarbeiter*innen, Forscher*innen und Aktivist*innen aus sieben europäischen Ländern anwesend und sprachen über die Themen Kommerzialisierung, die Gesundheitsversorgung von flüchtenden und emigrierten Menschen und die Situation der *Akademiker*innen für den Frieden*.

■ Das People's Health Movement

Im Jahr 2000 trafen sich nach langen und aufwändigen Vorbereitungen etwa 1.600 Menschen aus 93 Ländern zur ersten *People's Health Assembly (PHA)* in Bangladesch. Anwesend waren Mitglieder von Gruppen und Organisationen, die eine Gesundheitsbewegung von unten repräsentieren sollten. Sie entwickelten die *People's Charter for Health (PCH)* und gründeten das *People's Health Movement (PHM)*.

Die Visionen, die zur Formulierung der Charta und Gründung des PHM führten, waren die einer globalen, sich aufeinander beziehenden Bewegung, die mit dem Ziel einer universellen Gesundheitsversorgung für eine gerechtere, demokratischere Welt kämpft. Das PHM stellt heute ein regional unterschiedlich ausgeprägtes Netzwerk dar, das Menschen aus verschiedenen Organisationsstrukturen und unterschiedlichen Bereichen sozialer Kämpfe vor allem aus Ländern des globalen Südens zusammenbringt. Sie teilen die in der Charta verfasste Ansicht, dass Gesundheit »eine soziale, ökonomische und politische Aufgabe ist und vor allem ein Menschenrecht.« In einer vor einigen Monaten erschienenen Publikation heißt es: »Das zur Zeit vorherrschende, auf Marktliberalisierung und kapitalistischer Globalisierung basierende Entwicklungsmodell hat offenkundig darin versagt, Gesundheit für alle bereit zu stellen. Tatsächlich wurde unsere Gesundheit und die Gesundheit unseres Planeten durch neoliberale Politiken zerstört, die typisch sind für den heutigen Kapitalismus.«

Die Analysen des PHM nehmen Bezug auf die jahrzehntelange Forschung zu sozialen Determinanten von Gesundheit und speisen sich aus den millionenfachen Erfahrungen der Menschen, deren Gesundheit von den herrschenden Verhältnissen beschränkt und zerstört wird.

Deshalb betont das PHM, dass gesellschaftliche Bedingungen geschaffen werden müssen, die es überhaupt ermöglichen, eine gute Gesundheitsversorgung für alle Menschen zu verwirklichen und kämpft für radikale, demokratische Fortschritte in Wirtschaft und Politik.

Das Ziel soll eine frei zugängliche, flächendeckende Gesundheitsversorgung sein, die von den Bürger*innen gestaltet wird und ihren Bedürfnissen ohne Diskriminierung nach Geschlecht, Herkunft und Klasse und nachkommt. Die im PHM vernetzten Gruppen rufen dazu auf, sich »gegen die Ausbeutung menschlicher Bedürfnisse zum Zwecke der Gewinnerzielung« zu wehren und sich für ein ökologisch und sozial nachhaltiges Zusammenleben einzusetzen.

Als großes kollektiv erarbeitetes Gemeinschaftsprojekt entsteht unter Mitwirken zahlreicher Autor*innen des PHM und anderer Zusammenschlüsse alle zwei Jahre der *Global Health Watch*. Darin werden Fakten über die großen Akteure der globalen Gesundheitsversorgung und -forschung und Informationen über die sozialen und politischen Determinanten von Gesundheit zusammengetragen. Darüber hinaus wurde ein Bildungsprogramm mit dem Titel »Struggle for Health« erarbeitet, an dem während sogenannter *International People's Health Universities* bisher über 1.500 Gesundheitsaktivist*innen aus 60 Ländern teilgenommen haben.

■ PHM Europe

In Europa ist die Vernetzung als PHM relativ jung und zur Zeit gibt es regional sehr unterschiedliche Organisationsgrade. In Belgien, Frankreich, Italien und Großbritannien arbeiten mehrere Gruppen als PHM zusammen, in anderen Ländern sind es Einzelpersonen oder Organisationen, die unabhängig voneinander das PHM unterstützen, wie es zum Beispiel der vdää tut. In Zukunft soll das Netzwerk gestärkt werden und die Beteiligten sich in gemeinsamer Arbeit und Aktion besser kennen lernen. Dieser transnationalen Zusammenarbeit liegt die Überzeugung zu Grunde, dass die weiter fortschreitende Vernetzung der Welt es notwendig macht, darauf als grenzüberschreitende Gesundheitsbewegung zu reagieren.

In Istanbul haben wir uns darüber ausgetauscht, wie die neoliberale Umgestaltung in Europa konkret aussieht und konnten feststellen, wie konsequent und aggressiv sie weiter vorangetrieben wird. In der Türkei z.B. begann die Kommerzialisierung und Privatisierung der staatlichen Gesundheitsversorgung mit dem Militärputsch von 1980. In den darauf

folgenden Jahrzehnten wurden die Finanzierungsmechanismen vermarktwirtschaftlicht, der Beamtenstatus von Gesundheitsarbeiter*innen zunehmend aufgehoben, Krankenhäuser privatisiert, Arbeitskräfte outgesourct und der neu geschaffene Gesundheitsmarkt für eine wachsende Zahl, auch transnationaler, Konzerne geöffnet. Ein Versicherungssystem mit Grundversorgung und zusätzlichen Privatversicherungen wurde eingeführt und ersetzte ein auf Steuern basierendes System.

An die regionalen systemischen Unterschiede angepasste Mechanismen der Kommerzialisierung und Privatisierung sind, verstärkt noch durch die marktradikalen Reaktionen auf die Depression von 2008, überall in Europa zu beobachten. Und, wie auch in der Türkei, werden sie unterstützt von internationalen Institutionen wie der Weltbank, dem Internationalen Währungsfonds sowie der Europäischen Union.

Um unsere Gesundheitsversorgung gegen diese Angriffe effektiver zu verteidigen und den Protest transnational zu vernetzen, wurde der 7. April als Aktionstag gegen Kommerzialisierung ins Leben gerufen und im letzten Jahr in mehreren Ländern begangen.

■ Mauern und Meer

Ein weiteres Thema bei der Tagung in Istanbul war die Gesundheitsversorgung von flüchtenden Menschen. Es wurde ausführlich über die Lage in der Türkei berichtet sowie über die Entwicklungen in den anderen Ländern diskutiert.

Es leben zur Zeit etwa 3,5 Millionen Menschen, die aus Syrien geflohen sind, in der Türkei. Hinzu kommen etwa 300.000 Menschen aus dem Irak, Afghanistan, Iran, Somalia und weiteren Ländern. Außerdem hunderttausende Menschen, die seit dem wieder begonnenen Krieg im Südosten der Türkei innerhalb des Landes vertrieben wurden. Nachdem die Grenzen in Richtung der Europäischen Union wieder geschlossen und weiter militarisiert wurden, sitzen diese Menschen in der Türkei fest oder müssen noch gefährlichere Wege bestreiten, um sich in Sicherheit zu bringen. Das Abkommen der Europäischen Union mit der Türkei

vom März 2016 hat die Lage weiter verschlechtert.

Für syrische Staatsangehörige, die sich in der Türkei registrieren ließen, soll es eine den türkischen Staatsangehörigen entsprechende Gesundheitsversorgung geben. Das ist jedoch mit hohen bürokratischen Hürden verbunden, die das oft verunmöglichen, weil z.B. die Versorgung nur in den Städten, in denen die Registrierung stattfand, wahrgenommen werden kann. Zudem ist es gerade die vulnerable Gruppe der Neugeborenen und Säuglinge, bei der sich dringend notwendige Behandlungen, Impfungen und Untersuchungen durch »Sicherheitsüberprüfungen« und andere bürokratische Probleme um Monate verzögern oder unmöglich gemacht werden. Für undokumentierte Migrant*innen gibt es – wie in Deutschland – bis auf akute Notfallversorgung, die oft auf private Rechnung abgerechnet wird, keinerlei staatliche Versorgung.

Zudem befinden sich die betroffenen Menschen in einer Lebenssituation und -umgebung mit erheblichen Gesundheitsrisiken, die geprägt ist von Armut, Diskriminierung und Unsicherheit. Die allermeisten Migrant*innen bekommen keine Arbeitserlaubnis und arbeiten im informellen Sektor. Insbesondere Kinder sind da zu nennen, die vor allem in der Textilindustrie arbeiten. Zugang zu Bildung hat nur eine Minderheit. Die Wohnsituation betreffend gibt es keinerlei staatliche Unterstützung außerhalb der Lager, in denen sich nur etwa zehn Prozent der registrierten syrischen Geflohenen aufhalten, sodass die allermeisten auf viel zu kleinem, schlecht ausgestatteten Raum oder auf der Straße leben. Viele der Hilfsorganisationen, die diese Missstände zu einem kleinen Teil abfedern, sind seit den letzten zwei Jahren Repressionen ausgesetzt. Forschung und Aufklärung über die Zustände werden behindert.

Durch den allgemein höheren Lebensstandard abgefedert, ähneln die Probleme bei der Gesundheitsversorgung für Vertriebene denen im übrigen Europa. Bürokratische Hürden und prekäre Lebensumstände erschweren eine angemessene Versorgung und die migrationsfeindliche Politik der europäischen Regierungen verschärft diese Situation weiter. Wie die deutsche

Regierung missbrauchen auch andere die Gesundheitsversorgung als ein migrationspolitisches Steuerungsinstrument. Darüber hinaus werden zehntausende Menschen auf den griechischen Inseln und in Gefängnissen überall in Europa unter katastrophalen Bedingungen festgehalten. Familienzusammenführungen werden über Jahre hinweg verhindert, Arbeitsverbote und Bewegungseinschränkungen werden verhängt. Eine nicht neue aber besorgniserregende Feststellung ist, dass die Menschenrechte in Europa zunehmend missachtet werden.

In der Abschlusserklärung des Treffens wird die Migrationspolitik der türkischen und europäischen Regierungen zurückgewiesen, die sich aus militarisierter Sicherheitspolitik, Xenophobie und kapitalistischer Verwertungslogik zusammensetzt, die Menschen als brauchbar und unbrauchbar kategorisiert und private Unternehmen als Nutznießer einbezieht. Stattdessen fordert das PHM Europe, dass die Ursachen der erzwungenen Migration angegangen werden. Dazu zählen die soziale und ökonomische Ungleichheit, der Klimawandel, Lebensmittelunsicherheit und kriegerische Konflikte.

■ Sie forderten Frieden und bekamen Verfolgung

Während draußen LGBT-Aktivist*innen und Unterstützer*innen ankündigten, trotz Verbotes die jährlichen Gay- und Trans-Paraden feiern zu wollen, und sich tausende Polizist*innen darauf vorbereiteten und die ohnehin angewachsene Polizei- und Militärpräsenz in der Stadt erhöhten, berichteten uns einige der Anwesenden von ihrem Leben seit sie einen Aufruf für den Frieden unterschrieben haben und deswegen verfolgt werden.

Im Januar 2016 wurde eine Erklärung unter dem Titel »Wir werden nicht Teil dieses Verbrechens sein« veröffentlicht, unterschrieben von 1.128 Akademiker*innen aus der Türkei. Darin forderten die *Akademiker*innen für den Frieden* (engl. *Academics for Peace, AFP*) den türkischen Staat auf, die seit Monaten andauernde »Vernichtungs- und Vertreibungspolitik« in den vorwiegend kurdischen Städten im Südosten der Türkei zu be-

enden. Sie fordern Aufklärung, Wiedergutmachung und internationale Beobachtung aufgrund von zahlreichen Berichten über Panzer- und Luftwaffenbeschuss von Wohnvierteln, Folter und Aushungern im Rahmen weitreichender Ausnahmezustände.

Hintergrund ist der wieder entflammte und weiter andauernde Krieg zwischen dem türkischen Staat und der *Arbeiterpartei Kurdistans* (kurdisch: *Partiya Karkerên Kurdistanê, PKK*). Kurz zuvor gab es noch verhaltene Hoffnung der progressiven Kräfte in der Türkei auf eine demokratischere Zukunft. Nach den Parlamentswahlen 2015, in denen die *Demokratische Partei der Völker* (türkisch: *Halkların Demokratik Partisi, HDP*) als erste kurdisch geprägte Partei ins türkische Parlament einzog, begann eine gewaltdominierte Politik der türkischen Regierung unter Staatspräsident Recep Tayyip Erdoğan. Diese stieß auf Proteste, in einigen, kurdisch dominierten Städten riefen vorwiegend junge, bewaffnete Gruppen selbstverwaltete Viertel und Städte aus und errichteten Barrikaden. Auf Demonstrationen, im Kampf gegen die von der PKK unterstützten Gruppen und in großen Angriffen auch auf die Zivilbevölkerung wurden Hunderte Menschen getötet, Hunderttausende vertrieben und ganze Städte und Stadtteile zerstört. Medizinische und humanitäre Hilfe wurde behindert oder unterbunden.

Aus einem Gefühl der Ohnmacht gegenüber der autoritären, kriegerischen Politik der Regierung wollten die hauptsächlich in Universitäten angestellten Unterzeichner*innen der Erklärung zumindest eine Stimme des Widerspruchs sein. Regierungskonforme Medien und Erdoğan persönlich diffamierten sie umgehend als Unterstützer*innen terroristischer Organisationen. Trotzdem verdoppelte sich die Zahl der Unterzeichner*innen in den folgenden Wochen. Seitdem rollen Wellen der Repression über die progressive und kritische Wissenschaft in der Türkei. Seit dem Putschversuch im Sommer 2016 gilt der Ausnahmezustand und Erdoğan regiert am Parlament vorbei. Bis zum Juni 2017, als wir uns in Istanbul trafen, wurden 452 der Unterzeichner*innen von ihren Posten entfernt, die meisten von ihnen durch Dekrete des Präsidenten. Vorher schon haben sie das damals bereits erreichte Level der staatlichen Gleichschaltung offen zur Schau gestellt. »Wenn Professor*innen nicht sprechen können, kann es niemand«, fasste Prof. Cem Terzi es während unseres Treffens zusammen. Prof. Feride Aksu Tanik beschrieb auch die Verzweiflung angesichts ihrer jahrzehntelangen wissenschaftlichen Arbeit, die mit einem Schlag beendet wurde, und erzählte von einer entlassenen Kollegin, die die nächtliche Fahrt mit dem Schlauchboot über die Ägäis wagte. Denn mit Ausreiseverboten, Arbeitsverboten, Einschüchterungen und juristischer Verfolgung ist die Türkei für die Betroffenen ein großes Gefängnis geworden.

Doch sie wollen weitermachen. »Angst ist ansteckend. Mut aber auch«, unterstrich Prof. Aksu die Kampf- und Opferbereitschaft der AFP. Auch Prof. Terzi ist von Beginn an mit seinem Namen und Gesicht eingetreten für seine kritische Haltung, er will sich nicht einschüchtern lassen. Die zuvor nicht organisierten und sich untereinander nicht bekannten Akademiker*innen lernten sich kennen, gründeten nun sogenannte *Akademien der Solidarität* und halten Vorlesungen außerhalb der Universitäten ab. Es gibt Unterstützungsnetz-

werke, die den Verlust der materiellen Lebensgrundlagen der Verfolgten auffangen wollen, und ebenfalls verfolgte juristische Kolleg*innen bringen ihr Wissen zum Nutzen des neu entstandenen Netzwerks ein. Universitäten außerhalb der Türkei versuchen, mit Stipendien und Stellen den Kolleg*innen eine Zukunft zu ermöglichen. Was den anwesenden AFP wichtig war zu erwähnen, war auch, dass die Konstituierung ihrer Gruppe ein Gegenentwurf zu einer privilegierten Klasse von Akademiker*innen ist. Sie betonten die soziale Relevanz der Wissenschaften und bezeichneten sie als öffentliches Gut, das nicht dem Staat, sondern der Bevölkerung dienen soll.

Zwei Tage nachdem wir wieder in Deutschland waren, wurden zwölf weitere AFP entlassen, darunter auch Prof. Terzi.

■ Analyse und Aktion statt Angst und Depression

Die Beschreibungen der aktuellen Situation ergeben ein eher düsteres Bild, machen wütend oder frustriert und passen damit scheinbar zu der allgemeinen Weltuntergangsstimmung. Global betrachtet ist das für viele Menschen nichts Neues. Um jedoch weiter handlungsfähig zu bleiben oder es erst zu werden, braucht es Netzwerke, Menschen, die sich kennen, voneinander lernen, sich unterstützen und gemeinsam handeln. Der transnationale Austausch zwischen Forscher*innen, Arbeiter*innen und Aktivist*innen des Gesundheitssektors kann helfen, Hintergründe und Zusammenhänge zu verstehen und motivierende und Hoffnung stiftende Perspektiven zu entwickeln und weiter zu tragen. Dabei kann der Ansatz des PHM helfen, sich eingehend mit interdisziplinärer Analyse zu beschäftigen, klare Schritte und Forderungen zu entwickeln und keine Scheu vor radikalen Schlüssen zu haben, die den Kampf für eine gerechte, demokratische Gesundheitsversorgung mit anderen politischen und sozialen Bewegungen verbinden.

Es geht um fortschrittliche Veränderungen, die mehr sind als Schadensbegrenzung und Symptomkontrolle.

* *Felix Ahls ist Medizinstudent, absolviert sein Praktisches Jahr in Duisburg und ist Mitglied im vdää.*

Quellen:

- People's Health Movement: »Building a Movement«, 2017
- Lenz Jacobsen: »Was im Türkei-Deal steht – und was nicht«, Zeit Online, 18. März 2016
- »Wir werden nicht Teil dieses Verbrechens sein«, <https://barisicinakademiisyenler.net/node/63>, 2016
- »The Health Crises of Neoliberal Globalization«, in: »Global Health Watch 4«, 2015
- People's Health Assembly: »People's Charter for Health«, 2000 <http://www.phmovement.org/>

ROAD TRAFFIC INJURIES: THE FACTS

1.25 million
road traffic deaths occur every year

#1

cause of death among those aged 15-29 years

3 out of 4
road deaths are among men



Quelle: www.who.int/violence_injury_prevention/roads_safety_status/2015/en/

Wir protestieren

Verteidigung der akademischen und medizinischen Unabhängigkeit in der Türkei

Im *Lancet* vom 27. Juli 2017 veröffentlichten Alexis Benos, Chiara Bodini, Hannah Cowan, David McCoy, Penelope Milsom, David Sanders im Namen von 207 Individuen und 25 Organisationen ein Protestschreiben gegen die türkische Regierung, das auch der vdää unterzeichnet hat. Wir dokumentieren das Schreiben in deutscher Übersetzung.

Wir schreiben im Namen von 207 Gesundheitsarbeiter*innen, Akademiker*innen und Forscher*innen, und 25 Gesundheits- und Menschenrechtsorganisationen aus vielen Ländern. Wir wollen die Leserschaft des *Lancet* aufmerksam machen auf alarmierende Ereignisse in der Türkei, wo der Staat eine Kampagne von Terror und Strafverfolgung gegen Tausende von Gesundheitsarbeiter*innen und Akademiker*innen führt.

Nach dem Putschversuch am 15. Juli 2016 führte die türkische Regierung im Rahmen eines zeitweiligen Ausnahmezustands verschiedene Maßnahmen ein. Diese Maßnahmen sind allerdings so ausgeweitet worden, dass sie die bürgerlichen Freiheiten und die Demokratie aushöhlen. Neben anderen Aktionen wurden zehntausende Angestellte des öffentlichen Dienstes ohne Begründung oder Gerichtsverfahren entlassen.¹ Für 63 Städte wurden Ausgangssperren verhängt – darunter Städte wie Cizre, Silvan und Sur – davon betroffen sind 1,8 Millionen Menschen.²

Zu diesem harten Vorgehen gehörte die Entlassung von 463 Akademiker*innen (elf von ihnen wurden erst vor kurzem von ihrer Arbeit suspendiert, was oft das Vorspiel einer Entlassung ist³), drei haben eine Erklärung für den Frieden unter dem Titel »Academics for Peace« unterzeichnet. Bemerkenswert ist, dass diese Erklärung im Januar 2016, also einige Monate vor dem Putschversuch geschrieben wurde. Viele der 463 entlassenen Akademiker*innen werden am Reisen gehindert, indem man ihnen den Pass eingezogen hat. Unter diesen vor kurzem Entlassenen und Suspendierten sind viele Medizin-Professor*innen, die alle hoch angesehenen Ärzt*innen mit internationaler Reputation sind. Weiterhin wurde vielen internationalen medizinischen NGOs untersagt, in der Türkei zu arbeiten.

Der Türkische Ärzteverband hat alle Seiten dazu aufgerufen, die die professionelle Autonomie der Beschäftigten im Gesundheitswesen bei der medizinischen Versorgung zu respektieren, sich an international vereinbarte Verpflichtungen zu halten, entsprechende Verletzungen zwingend zu untersuchen und die Verantwortlichen auszumachen.⁴

Der Angriff des türkischen Staats auf die Freiheit der Wissenschaft und die Freiheit der Rede ist Teil eines größeren Angriffs auf die Demokratie, den auch Amnesty International dokumentiert hat.⁵ Dennoch können diese Entwicklungen nicht einfach als ein nationales Problem angesehen werden. Sie sind Teil eines beängstigenden Trends zu autoritären Politikformen in verschiedenen Teilen der Welt.

Die internationale Wissenschaftler*innen-Community darf nicht dazu schweigen. Wir müssen vehement reagieren und unserer Missbilligung gegenüber der Regierung und den Universitäten der Türkei Ausdruck verleihen, die sofortige Wiedereinstellung fordern und solidarisch mit den Kolleg*innen und Mitarbeiter*innen sein, die ihre Jobs verloren haben. Und wir müssen darauf bestehen, dass die Wiederherstellung der Bürgerrechte eine Voraussetzung für das Recht auf Gesundheit darstellt.

CB und DS sind Co-Vorsitzende des People Health Movement. Wir erklären, keine Interessenskonflikte zu haben.

Eine Liste mit allen Unterzeichner*innen findet sich hier: <http://www.thelancet.com/cms/attachment/2105039898/2081061920/mmc1.pdf>

Übersetzung: Nadja Rakowitz

(Quelle: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(17\)32093-7/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(17)32093-7/fulltext))

- 1 European Commission for Democracy through Law: Turkey—opinion on emergency decree laws nos. 667–676 adopted following the failed coup of 15 July 2016, adopted by the Venice Commission at its 109th Plenary Session, [www.venice.coe.int/webforms/documents/?pdf=CDL-AD\(2016\)037-e](http://www.venice.coe.int/webforms/documents/?pdf=CDL-AD(2016)037-e)
- 2 Human Rights Foundation of Turkey. Curfews in Turkey between the dates 16 August 2015–1 June 2017, <http://en.tihv.org.tr/curfews-in-turkey-between-the-dates-16-august-2015-1-june-2017/>
- 3 12 peace declaration signatory academics discharged from Dokuz Eylül University, Bianet (Istanbul). <http://bianet.org/english/human-rights/187848-12-peace-declaration-signatory-academics-discharged-from-dokuz-eyul-university>
- 4 Vatansever, K, Tanik, FA, Gökalp, Ş et al.: Rapid assessment of health services in eastern and south-eastern Anatolia regions in the period of conflict starting from 20 July 2015. Turkish Medical Association Publications (Ankara), www.ttb.org.tr/kutuphane/g_rapor_en.pdf
- 5 Amnesty International: No end in sight: purged public sector workers denied a future in Turkey, www.amnesty.nl/content/uploads/2017/05/No-End-In-Sight-ENG.pdf?x821827

Kostenlos ist nicht besser als billig

Ärzte ohne Grenzen lehnen Spende von Pfizer ab

Im Herbst 2016 wollte der Pharmakonzern Pfizer dem Verein Ärzte ohne Grenzen eine Million Impfdosen gegen Lungenentzündung spenden. Die Hilfsorganisation lehnte das ab. Jason Cone, Geschäftsführer der Hilfsorganisation, begründet die Entscheidung ausführlich. Wir haben Ausschnitte davon übersetzt.

Es war keine leichtfertige Entscheidung von *Ärzte ohne Grenzen*, die Pfizer-Großspende abzulehnen, schließlich werden unsere Teams ständig Zeugen der Auswirkungen von Lungenentzündung. Lungenentzündung ist die Todesursache von beinahe einer Million Kindern jedes Jahr, sie ist unter Kindern die weltweit tödlichste Erkrankung. Die Pneumokokken-Impfung ist zu teuer für viele Entwicklungsländer und humanitäre Organisationen, so auch für *Ärzte ohne Grenzen*. Die alleinigen Hersteller des Impfstoffs, Pfizer und GlaxoSmithKline (GSK), können den Preis der Impfung künstlich hoch halten; seit 2009 haben die beiden Firmen allein mit dieser Impfung 36 Milliarden US-Dollar verdient. Seit Jahren verhandelt *Ärzte ohne Grenzen* mit den Firmen über niedrigere Preise. Stattdessen boten sie uns Spenden an.

Aber gespendet, also kostenlos, ist nicht immer besser. An Spenden hängen häufig Bedingungen und Fallstricke, z.B. Beschränkungen auf bestimmte Patientengruppen oder geographische Gebiete, die die Spenden erhalten dürfen. Dies könnte zu Verzögerungen von Impfkampagnen in Notfallsituationen führen, oder die Reichweite der Impfung einschränken.

Spenden können auch langwierige Bemühungen untergraben, den Zugang zu erschwingbaren Impfungen und Arzneimitteln zu erschweren. Anreize für neue Hersteller, einen Markt zu erobern, verschwinden, wenn die Bedürfnisse durch eine Spende gedeckt sind. Wir brauchen Wettbewerb von neuen Firmen, um die Preise überall zu reduzieren – etwas, was momentan für den Pneumokokken-Impfstoff nicht existiert.

Spenden werden oft als eine Methode genutzt, um andere »draufzahlen« zu lassen. Wenn sie den Pneumokokken-Impfstoff verschenken, können die Pharmafirmen das als Legitimation nutzen, warum die Preise für andere hoch bleiben, auch für andere Hilfsorganisationen und Entwicklungsländer.

Spendenangebote können so schnell wieder verschwinden, wie sie gekommen sind. Der Spender hat die alleinige Kontrolle darüber, wem und wann er seine Produkte überlässt. Das bedeutet aber eine Unterbrechung von Impfprogrammen, wenn die Firma beschließt, dass sie nun von der Spende keinen Vorteil mehr hat. Beispielsweise ereignete sich in Uganda ein landesweiter Engpass von Diflucan, einem wichtigen Kryptokokken-Meningitis-Medikament, obwohl Pfizer versprochen hatte, das Medikament an die Regierung zu spenden.

Um diese Risiken zu vermeiden, haben die WHO und andere führende globale Gesundheitsorganisationen klare Emp-

fehlungen gegen die Annahme von Spenden der Pharmafirmen gegeben. Spenden von Impfungen oder Medikamenten scheinen auf den ersten Blick schnelle Hilfe zu bringen, aber sie sind keine Lösungen für die immer höheren Impfkosten hervorgerufen von Pharmagiganten wie Pfizer oder GSK.

In den vergangenen vierzehn Jahren sind die Gesundheitssysteme mit einem massiven Anstieg der Impfstoffpreise konfrontiert worden. Selbst wenn man den niedrigsten und am stärksten subventionierten Preis zugrunde legt – der nur für die ärmsten Länder gilt – kostet es heute 68-mal so viel, ein Kind vollständig zu immunisieren, wie noch vor zehn Jahren. Der hohe Preis des Pneumokokken-Impfstoffes ist eine der Hauptursachen dieses Preisanstiegs, denn er macht fast 45 Prozent der derzeitigen Impfkosten pro Kind aus.

In Entwicklungsländern sollte der Preis für eine Impfung nur wenig über den Produktionskosten liegen. Diesbezüglich ist der Impfstoffmarkt jedoch völlig intransparent. Ein Produkt zu erwerben und dabei einen fairen Preis auszuhandeln, ist schwierig, wenn man keine Informationen darüber hat, wie hoch der Preis in anderen Ländern ist oder wie viel die Produktion kostet.

Letztendlich – nach Jahren voller Verhandlungen und Monaten voller öffentlicher Kampagnen – kündigte GSK Ende 2016 an, dass es seinen Pneumokokkenimpfstoff zum weltweit niedrigsten Preis an Hilfsorganisationen anbieten wird (3,05 US-Dollar pro Dosis oder 9,15 US-Dollar pro Kind für alle drei Dosen). Dies ist ein wichtiger Schritt hin zu einer nachhaltigen Lösung für humanitäre Organisationen, die die Vorteile der Pneumokokken-Impfung allen Kindern zugänglich machen wollen. Im Gegensatz dazu hat Pfizer keinerlei Preiskonzessionen gewährt, stattdessen bietet der Konzern weiterhin Spenden an. Würde man Pfizers Spende akzeptieren, wäre Kindern in vielen Ländern nicht geholfen. Die Arbeit humanitärer Organisationen sollte nicht auf die Gnade des freiwilligen guten Willens von Pharmafirmen angewiesen sein.

Pfizer sollte den Preis seiner lebensrettenden Pneumokokken-Impfung auf 5 US-Dollar pro Kind für alle humanitären Organisationen und Entwicklungsländer senken. Nur dann können wir einen wichtigen Schritt zur Rettung von Kindern heute und in Zukunft gehen.

Übersetzung aus dem Englischen: Eva Pelz

(Quelle: <http://blogs.bmj.com/bmj/2016/10/19/jason-cone-there-is-no-such-a-thing-as-free-vaccines-why-msf-rejected-pfizers-donation-offer-of-pneumonia-vaccines/>)

Ärzte als Grenzschrützer

Ein sozialmedizinischer Fall und seine Konsequenzen von Amand Führer und Andreas Niedermaier*

In der Diskussion über die gesundheitliche Situation und medizinische Versorgung von Geflüchteten in den letzten Jahren wurde oft das bemerkenswerte, oft ehrenamtliche Engagement von Aktivist*innen und Ärzt*innen beleuchtet, aber auch rechtliche und logistische Hürden in der Versorgung von Asylsuchenden beklagt. Amand Führer und Andreas Niedermaier diskutieren anhand des Fallbeispiels einer illegalisierten Patientin, welche Grenzen der Versorgung hier praktisch gezogen werden, auch wenn nationalstaatliche Grenzen überwunden geglaubt sind. Zum einen seien Ärzt*innen hierin involviert, zum anderen widersprechen solche Grenzen dem ärztlichen Berufsethos. Eine Konsequenz aus diesem Ethos sei daher die Forderung nach freiem Zugang zu medizinischer Versorgung. Gleichzeitig wird festgestellt, dass die gegenwärtige Gesellschaft von einer solchen Freiheit und Gleichheit weit entfernt ist, dass es aber auf verschiedenen Ebenen praktische und politische Handlungs- und Einspruchsmöglichkeiten für Ärzt*innen gibt.

Der Abdruck des Textes war in der Redaktion sehr umstritten. Dabei ging es insbesondere um die Frage, ob der Text tatsächlich den eigenen Anspruch erfüllt zu zeigen, dass Ärzt*innen in ihrem medizinischen Alltag in einem relevanten Umfang aktiv als unbewusste Grenzschrützer*innen tätig sind. Ein anderer Kritikpunkt war, ob die berechnete deklamatorische Forderung nach der bestmöglichen medizinischen Versorgung Aller ungebrochen ins Hier und Jetzt des Sozialsystems eines Landes übertragen kann. Damit seien nur zwei der wichtigsten Kritikpunkte benannt. Die Mehrheit der Redaktion sprach sich dennoch für den Abdruck des Textes aus. Dabei überwog die Ansicht, dass der Text mit seiner spezifischen Perspektive hilfreich sein könnte, das steinige Feld zwischen universalistischem medizinischen Ethos und konkreten Grenzziehungen zu erkunden. Wir hoffen, dass er in diesem Sinne zur Diskussion anregt.

■ Medizin als Grenztechnologie

Globalisierung und die Konsolidierung der EU als politische Einheit machen es nötig, Grenze und ihre Funktionsmechanismen neu zu denken. Die Politik- und Sozialwissenschaften diskutieren in diesem Zusammenhang vor allem folgende Aspekte:

1. Grenze löst sich zunehmend von geographisch lokalisierbarer Infrastruktur(1): Anstatt an der Außengrenze eines Staates gewollte Migrant*innen passieren zu lassen und ungewollte Migrant*innen zurückzuweisen, diffundieren Technologien, die diese Unterscheidung durchsetzen in das Aus- und Inland (2) und errichten hier »flüchtige« und »unsichtbare« (3) Grenzen.

2. Dadurch wird der Rechtsraum des Staates »heterogenisiert« (4): Sich in einem Land aufzuhalten, bedeutet nicht, auch einklagbaren Anspruch auf die »legitimen Bürger*innen« zugesicherten Rechte und Zugang zu diesen offen stehenden Ressourcen zu haben. Vielmehr setzen die verstreut wirksamen Technologien der Grenze eine Stratifizierung von Rechtsräumen in Gang (4), wodurch eine Hierarchisierung von Rechtssubjekten umgesetzt wird, die sich (unter anderem) am Aufenthaltsstatus orientiert.

3. Diese in den Alltag verlegte Grenzziehung, oder *border work* (2), wird nicht notwendigerweise von Polizei und Grenzschutz»oder überhaupt von staatlichen Akteuren – durchgeführt: Statt dessen verteilt sich die »Performanz von Grenze« (5, 6) auf eine Vielzahl von Akteur*innen, die sich der diesbezüglichen Funktion ihrer Tätigkeit nicht unbedingt bewusst sind und Grenze inszenieren, ohne dabei auf offensichtliche Grenztechnologien im herkömmlichen Sinne zurückzugreifen (7).

Offensichtliche Beispiele für die Einbindung von Ärzt*innen in Grenzziehungsprozeduren finden sich etwa im Kontext seuchenhygienischer Maßnahmen (8), wie dem für Asylbewerber*innen verpflichtenden Tuberkulose-Screening oder der für ausländische Kinder in vielen Landesschulgesetzen geforderten ärztlichen Untersuchung als Voraussetzung für den Schulbesuch. Obwohl der seuchenhygienische Nutzen z.B. des Tuberkulose-Screenings keineswegs gesichert ist (9), werden an diesen Stellen ausgrenzende Mechanismen mit dem Vorwand sozialmedizinischer Notwendigkeit gerechtfertigt und unter Verwendung einer biomedizinischen Terminologie als wissenschaftlich begründete und politisch unschuldige Interventionen getarnt (10).

Wie abseits derartiger gesetzlich vorgeschriebener ärztlicher Tätigkeiten *klinischer Alltag* im Kontext der Versorgung von illegalisierten Patient*innen (aber analog auch von Asylbewerber*innen) zwar weniger offensichtlich, aber dennoch mit gravierenden Auswirkungen Grenztechnologien um-

One in five children in Africa does not receive the vaccines they need.



It's time to accelerate action toward universal access to immunization in Africa.



ADDIS DECLARATION ON IMMUNIZATION

setzt und Grenze inszeniert, soll anhand der folgenden Krankengeschichte illustriert werden.

■ Fallbericht

Eine 42-Jährige Patientin aus dem Balkan stellt sich im August 2016 mit starken Schmerzen und depressiven Symptomen in der Sprechstunde von Medinetz, einer Unterstützungsgruppe für Menschen ohne reguläre Krankenversicherung, vor. Sie berichtet folgende Krankengeschichte: Im Jahr 2007 wird bei ihr ein Uteruskarzinom diagnostiziert, welches in ihrer Heimat operiert und mit Brachy-, Radio- und Chemotherapie behandelt wird. Die Krebserkrankung ist damit offenbar erfolgreich behandelt, in der Folge der Bestrahlung entwickelt die Patientin jedoch rektovaginale Fisteln, die eine Kolostomie nötig machen. Da das Stoma nicht verheilt, werden in den folgenden Jahren 18 operative Revisionen nötig. Sie entwickelt eine Depression und leidet unter einem chronischen Schmerzsyndrom, das mit Fentanyl-Pflastern und Tramadol behandelt wird. Eine im Jahr nach der Radiotherapie diagnostizierte, durch Verwachsungen über dem linken Ureter bedingte Hydronephrose bleibt unbehandelt.

Als sich trotz der Revisionen keine erfolgreiche Stoma-Anlage erzielen lässt und die Schmerzsymptomatik sich weiter verschlechtert, beschließt die

Patientin im August 2015, mit ihren beiden Töchtern nach Deutschland zu kommen. Sie beantragt Asyl und hofft, dass das reputierte deutsche Gesundheitssystem ihre Beschwerden zu lindern vermag.

Im Rahmen der für Asylbewerber*innen obligatorischen Erstaufnahmeuntersuchung berichtet sie von ihrer Vorerkrankung und wird zur weiteren Abklärung an ein Krankenhaus überwiesen. Dort wird eine hochgradige Ekstasie der linken Niere diagnostiziert sowie die dringende Notwendigkeit einer operativen Korrektur des Stomas festgestellt. Im Rahmen der Stoma-Korrektur wird die inzwischen funktionslose linke Niere reseziert.

Nach zunächst unauffälligem postoperativem Verlauf wird die Patientin eine Woche nach Entlassung mit einer Wundinfektion erneut stationär aufgenommen. Im Rahmen dieses stationären Aufenthaltes wird eine bis dato nicht bekannte Hepatitis C-Infektion diagnostiziert.

Mittlerweile wurde ihr Asylantrag abgelehnt, aufgrund ihres schlechten gesundheitlichen Zustandes jedoch eine Duldung¹ erteilt. Diese ist allerdings an die Bedingung geknüpft, dass sie die zur Besserung ihres gesundheitlichen Zustandes notwendigen fachärztlichen Behandlungen wahrnimmt. Da das zuständige Sozialamt ihr die Kostenübernahme für eine Behandlung der Hepatitis verweigert, das Krankenhaus

ihr ohne diese Kostenübernahmeerklärung jedoch keinen Termin gibt, gelingt es der Patientin in den folgenden Monaten nicht, diese von der Ausländerbehörde geforderte und auch medizinisch gebotene fachärztliche Behandlung zu erlangen. Sie wird daher mit ihren beiden Töchtern im Juni 2016 nachts unangekündigt von der Polizei in Gewahrsam genommen und später abgeschoben.

Als die Behörden in ihrem Heimatland von der Hepatitis C-Erkrankung der Patientin erfahren, wird sie in eine polizeiliche Liste aufgenommen, die darauf abzielt, Drogenabhängige und Sexarbeiterinnen zu erfassen. Ihre Erfassung in dieser Liste geht nicht nur mit sozialer Stigmatisierung einher, sondern führt auch dazu, dass ihren Töchtern der Schulbesuch verweigert wird und ihr Zugang zum Wohnungsmarkt eingeschränkt wird. Die nur in einem spezialisierten Krankenhaus in der Hauptstadt verfügbare Hepatitis-Therapie wird von ihrer Krankenversicherung nicht übernommen, die Infektion bleibt unbehandelt.

Trotz des mit der Abschiebung einhergehenden Einreiseverbotes entschließt sie sich daher, nach Deutschland zurückzukehren. Als sie sich hier bei der zuständigen Ausländerbehörde meldet, wird sie darüber aufgeklärt, dass die Einreise trotz Einreiseverbot ein Straftatbestand ist und mit Haftstrafen geahndet werden könne. Dar-

aufhin taucht die Patientin mit ihren Töchtern unter.

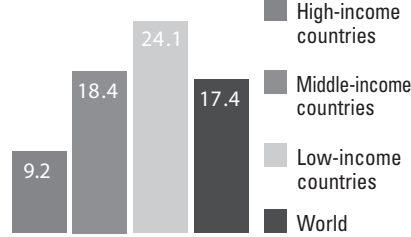
Medinetz, ein gemeinnütziger Verein, der sich für die medizinische Versorgung von Patient*innen ohne reguläre Krankenversicherung einsetzt, vermittelt die Patientin an Hausärzte, die kostenlos und anonym eine Schmerztherapie und Stomaversorgung sowie die Behandlung rezidivierender Zystitiden durchführen. Bemühungen von Medinetz, der Patientin Zugang zur notwendigen Hepatitis-C-Therapie zu verschaffen, scheitern jedoch, da keines der angefragten Krankenhäuser sich im Stande sieht, die Behandlung pro bono umzusetzen und eine Kostenübernahme durch das zuständige Sozialamt aufgrund der damit verbundenen Gefahr einer Abschiebung nicht möglich ist.

In der Zwischenzeit leidet die Familie schwer unter den emotionalen und psychischen Belastungen des Lebens ohne Papiere: Die Töchter besuchen aufgrund ihres Aufenthaltsstatus keine Schule und die ständige Angst vor Verhaftung und Abschiebung lastet schwer. Mehreren Anwälten gelingt es nicht, eine Wiederaufnahme des Asylverfahrens zu erwirken. Da die Hoffnung, in Deutschland Zugang zur lebensrettenden Therapie zu bekommen, damit schwindet, beschließt die Familie im Januar 2017, wieder in ihre Heimat zurückzukehren. Dort wird der Patientin keine Hepatitis-Therapie zugänglich sein. Es ist daher zu erwarten, dass die Infektion ihren abwendbar letalen Verlauf nehmen wird.

■ Diskussion der Kasuistik

Der Patientin gelingt es mehrmals, die geographische Grenze nach Deutschland zu überqueren. Sie wird dabei motiviert von der Vorstellung, dass ihr Aufenthalt in Deutschland ihr gleichzeitig Zugang zu den deutschen Staatsbürger*innen zugesicherten Grundrechten, insbesondere zu medizinischer Versorgung, verschaffen wird. In dieser Annahme geht sie fehl: Anstatt mit dem Grenzübertritt einen homogenen Raum einklagbarer Grundrechte zu betreten, bewegt sie sich in einem aus delokalisierten Grenzbereichen konstituierten Rechtsraum, der sie effektiv ausschließt: Er schließt ihre Töchter

Low-income countries have the highest road traffic death rates.



Road traffic fatalities per 100 000 population

Quelle: www.who.int/violence_injury_prevention/roas_safety_status/2015/en/

vom Schulbesuch aus, er schließt die Familie vom Anspruch auf Sozialleistungen aus, und er schließt die Patientin vom Zugang zu lebensnotwendiger medizinischer Behandlung aus.

Obwohl es ihr relativ problemlos gelingt, nach Deutschland einzureisen, scheitert ihre Migration doch. Sie bewegt sich zwar innerhalb der nationalstaatlichen Grenzen Deutschlands, wird aber durch diffuse, im Alltag verteilte Grenztechnologien markiert, aussondert und am Zugang zu dem den Alltag »regulärer Staatsbürger*innen« strukturierenden Rechtsraum gehindert. Daran haben die sie behandelnden Ärzt*innen ganz wesentlich Anteil: Sie sind es, die die Patientin wieder und wieder in einen medizinisch-rechtlichen Raum abschieben, in welchem ihr grundlegende Rechte vorenthalten oder nur unter bestimmten Einschränkungen gewährt werden. Indem sie der Patientin keinen Termin geben, wenn sie nicht zuvor die Kostenübernahmeerklärung des Sozialamtes vorlegt, folgen sie zwar einer gesundheitsökonomisch nachvollziehbaren Rationale, errichten aber gleichzeitig eine Grenze: An dieser Grenze ist die Patientin gezwungen, ihren als Grenzschränker auftretenden Arzt von der Notwendigkeit einer Therapie zu überzeugen und die Legitimität ihres Anspruches auf medizinische Behandlung nachzuweisen. In Ermangelung eines sie nach migrationspolitischer Logik als vollumfängliches Rechtssubjekt qualifizierenden Aufenthaltstitels, kann sie diesen Nachweis nur mit der Kostenübernahmeerklärung des Sozialamtes erbringen, die aber das Sozialamt verweigert. Offenbar ist ihr Status als kranker Mensch nicht ausreichend, um ihr abstrakt in

verschiedenen internationalen Abkommen festgeschriebenes Grundrecht auf »höchstmögliche Gesundheit« (11) tatsächlich zu realisieren.

Diese Abschiebung in einen vom allgemeinen Rechtsraum abgetrennten Bereich nimmt in zweifacher Hinsicht die kurze Zeit später tatsächlich stattfindende Abschiebung in das Heimatland der Patientin vorweg und fügt sich dabei in das übergeordnete gesellschaftliche Narrativ, nach welchem irreguläre Migrant*innen markiert und ausgegrenzt werden müssen: Einerseits verweigern die Ärzt*innen ihrer Patientin das sich nach medizinischer Logik aus der Diagnose ableitende Recht auf Therapie und konstruieren für sie einen separaten Rechtsraum, in dem andere Regeln gelten und die Diskriminierung der Patientin nicht als offensichtlicher Verstoß gegen etablierte Normen wahrgenommen wird. Andererseits führen sie jedoch auch ganz praktisch die Abschiebung in das Heimatland herbei, indem sie der Patientin die Erfüllung der Auflagen der Duldung unmöglich machen.

Gleichsam repliziert die Unerreichbarkeit einer Hepatitis-C-Therapie nach der Wiedereinreise der Patientin die Ausgrenzung von Menschen ohne Papiere, wie sie auch in anderen gesellschaftlich relevanten Bereichen anzutreffen ist und errichtet eine weitere Grenze, die zu überwinden für die Inanspruchnahme grundlegender Menschenrechte nötig, aber oft nicht möglich ist.

■ Die politische Imagination medizinischen Raums²

Wir glauben, dass der hier skizzierte Versuch, die Schwierigkeiten in der Versorgung von Illegalisierten im Zusammenhang mit Grenzregimen und Grenztechnologien zu denken, neue analytische Perspektiven öffnet: Zumindest in der Theorie unwidersprochen, steht im Zentrum der unsere Profession verpflichtenden Codizes die Annahme eines Grundrechts auf medizinische Versorgung und das Verbot, dieses Grundrecht aufgrund individueller Patient*inneneigenschaften einzuschränken. Die ärztliche Berufsausübung begründet sich dabei auf der Annahme, dass die Indikation für eine

Therapie sich aus der Krankheit der Patient*innen ergibt (17) und unabhängig ist von »ethnische[r] Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische[r] Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle[r] Orientierung oder soziale[r] Stellung«.

In die eingangs eingeführte Terminologie übersetzt, folgt aus dieser Grundannahme die Vorstellung eines *homogenen Raums*, der allen Menschen den gleichen Zugang zu medizinischer Versorgung ermöglicht und der in gesundheitsrelevanten Fragen dem fragmentierten und hierarchisierten Raum des Migration durch gesundheitliche Einschränkungen steuernden Staates entgegengesetzt ist. Ein medizinisch imaginiertes Raum kennzeichnet sich demnach durch Homogenität und biomedizinischer Logik folgende inklusive Einschlusskriterien. Er ist allen Menschen zugänglich, die sich aufgrund gesundheitlicher Probleme qualifizieren, als Patient*innen behandelt zu werden.

Nun scheint es im Augenblick unwahrscheinlich, dass zeitnah Verhältnisse verwirklicht werden, die flächen-

deckend einen derartigen universellen Zugang zu medizinischer Versorgung garantieren. Dennoch können sich Ärzt*innen der Instrumentalisierung als Grenzschränker*innen entziehen und medizinischem Raum eine Gestalt geben, die es erlaubt, Patient*innen anhand ihrer Bedürfnisse und nicht anhand ihres Aufenthaltsstatus zu behandeln: Durch die Kooperation in Medinetzen und Medibüros (19), durch die politische Einflussnahme zur Etablierung Anonymer Krankenscheine (20) oder die Beteiligung an Initiativen zur Schaffung von Sanctuary Cities (21–24) können Ärzt*innen individuell Räume schaffen, in denen Patient*innen behandelt werden, denen der Zugang zu medizinischer Versorgung sonst verwehrt bliebe. Gleichzeitig könnte die Ärzteschaft durch Körperschaften der ärztlichen Selbstverwaltung wie Ärztekammern und Kassenärztliche Vereinigungen ihre Ressourcen und ihr gesellschaftliches Gewicht mobilisieren, um medizinethisch imaginierte Räume zu schaffen und zu expandieren, z.B. durch die Schaffung von Sozialfonds, aus denen anderweitig nicht abrechen-

bare Behandlungen finanziert werden.

Grenze entsteht aus sozialer Praxis. Dieser Fallbericht soll als Appell verstanden werden, ärztliche Praxis so zu gestalten, dass sie keine Grenzen errichtet.

Es handelt sich hier um eine gekürzte Fassung des Textes; Sie finden den kompletten Text mit den Literaturverweisen, auf die sie die Fußnoten im Text beziehen, auf der Homepage des vdää.

- 1 Eine Duldung ist ein Aufenthaltstitel, der Ausländer*innen, deren Asylantrag abgelehnt wurde, erlaubt, in Deutschland zu verbleiben, sofern ihrer Abschiebung gewichtige Gründe entgegenstehen. Ihr Zugang zum Arbeitsmarkt ist jedoch deutlich erschwert und auch sonst sind Geduldete einer Vielzahl von Einschränkungen unterworfen.
- 2 Der Begriff der »politischen Imagination« bezieht sich auf hier Walters (12) und beschreibt ein analytisches Vorgehen, bei welchem die bildliche und räumliche Vorstellung stattlicher Konfiguration als theoretischer Ausgangspunkt genommen wird. Siehe dazu auch Neocleous (13).

WHO CHOLERA KITS

Cholera is an acute diarrhoeal disease that can kill within hours if left untreated.

Researchers have estimated that each year there are up to

4M cases
and up to
143K deaths

This graphic provides examples of what is inside the cholera kits.

World Health Organization

June 2017

TREATMENT KITS

There are 3 kinds of treatment kits that each have supplies for 100 people: central, periphery and community

- Oral rehydration salts
- Cups
- IV fluids
- Giving sets
- Drugs
- Cholera beds
- Chlorine test kits
- Medical equipment
- Jerry cans
- Plastic buckets
- Sampling materials
- Soap
- Examination gloves
- Stationery, documents

WHO's cholera kits are tailor-made to prepare for outbreaks and to meet the needs for the initial response

INVESTIGATION AND LAB KITS

Supplies to collect and process 100 patient samples

- Rapid diagnostic tests
- Sampling materials
- Examination gloves
- Filter paper
- Growth media
- Vibrio cholerae antisera
- Antibiotic discs

HARDWARE KITS

To create pop-up clinics where none exists

- Tents
- Water tanks
- Chlorine test kits
- Solar lamps
- Cholera beds
- Plastic sheeting
- Squatting plates

»Mensch achte den Menschen«

Andreas Pernice* über den Besuch der Gedenkstätte Hadamar im Rahmen von vdää on tour

»Mensch, achte den Menschen« – Diese Inschrift ist an der Gedenkstele zu lesen, die 1964 auf dem Friedhof des psychiatrischen Landeskrankenhauses Hadamar aufgestellt und mit einer Ansprache von Pastor Martin Niemöller eingeweiht worden ist zur Erinnerung an die 15.000 Menschen, die hier im Nationalsozialismus im Rahmen der »Euthanasie«-Krankentötungen psychisch kranker und behinderter Menschen umgebracht worden sind. Diese Mahnung stand auch als implizites Motto über der Tagung des vdää vom 30. Juni bis 2. Juli dieses Jahres in der »Gedenkstätte Hadamar«, die es hier seit den 80er Jahren gibt. Nach dem Besuch der Villa der Wannsee-Konferenz 2013 und der Tagung in der »Führerschule der deutschen Ärzteschaft« in Alt-Rehse 2016 ist dies die dritte Reise zu einem der Orte, die mit den NS-Medizinverbrechen unmittelbar verknüpft sind. Es ging uns dabei um die Aufklärung über die historischen Zusammenhänge und Abläufe der staatlich organisierten Morde an so genanntem lebensunwerten Leben durch Ärzt*innen und Pflegekräfte, dann um die rudimentären Versuche einer juristischen und innerärztlichen Aufarbeitung in der Nachkriegszeit, und in einem dritten Teil um aktuelle medizinische Entwicklungen in der Pränataldiagnostik (»Eugenik von unten«?) und deren ethischen Konfliktdimensionen.

Der Kulturwissenschaftler Christoph Schneider von der Gedenkstätte führte uns in die komplexe historische Dynamik der Krankenermordung im NS ein. Anhand von Briefen, Fotos, Formularen und Listen wurde spürbar, welch umfangreicher logistischer und administrativer Aufwand getrieben werden musste, um die nach der Sitzung in der Tiergartenstr. 4 im Sommer 1939 beschlossene systematische Ermordung der aus Sicht der NS-Medizin lebensunwerten Kranken durch den »Gnadentod« in großer Zahl durchzuführen. Die zu tödenden Patient*innen wurden über Meldebögen, die allen ärztlichen Leitern der Heil- und Pflegeanstalten zugeschickt worden waren, bzgl. Diagnose, Verweildauer, Heilbarkeit, Arbeitsfähigkeit und »rassischer« Zugehörigkeit erfasst, diese wurden von dafür beauftragten Gutachter-Ärzten beurteilt (ein + bedeutet: für den Tod vorgesehen), dann über 1-2 so genannte Zwischenanstalten innerhalb weniger Tage mit den »grauen Bussen« in eine der sechs Tötungsanstalten verlegt. In Hadamar angekommen kamen die betroffenen Menschen zunächst von dem als Sichtabwehr fungierenden Bus-Schuppen über einen Hintereingang auf die Station, wurden noch einmal administrativ erfasst, fotografiert und von einem Arzt untersucht und letztmalig beurteilt (es gab Einzelfälle, die von diesem Arzt von der Ermordung zurückgestellt worden sind, weil er sie z.B. doch für arbeitsfähig hielt. Eine weitere Frage dieser Untersuchung war, ob es sich um einen »wissenschaftlich interessanten Fall« handele und das Gehirn anschließend für die weitere Forschung (Max-Planck-Institut Frankfurt) seziiert werden solle. Unmittelbar danach wurden die Menschen über eine Treppe in den Keller geführt, um dort »zu duschen«. Pfleger*innen drängten bis zu 40 Menschen in einen gekachelten Raum, auf der gegenüber-

liegenden Seite öffnete ein Arzt den Hahn der Kohlenmonoxydflasche und das Gas strömte durch eine umlaufende, gelöcherte Leitung in den Raum. Das Erstickten der Menschen wurde vom Arzt durch ein Schauloch beobachtet, die Leichen anschließend von Hilfskräften herausgezogen und entweder zu den am Ende eines Ganges installierten zwei Krematoriumsöfen oder zu dem Sektionsraum gezogen. Dieser Vorgang fand bis zu zweimal täglich statt. Er sollte »so schnell wie möglich« durchgeführt werden. Die Asche der Ermordeten wurde »in der Gegend verstreut«. Schließlich mussten die zurückgebliebenen Kleidungs- und ggfs. Schmuckstücke erfasst werden, es mussten Sterbeurkunden aufgestellt und Mitteilungen an die Angehörigen über (erfundene) Todesursachen und Hinterlassenschaften geschrieben werden. Dabei wurde genau darauf geachtet, evtl. Nachfragen oder sogar Besuche vor Ort zu vermeiden.

Diese organisierte Ermordung der Kranken fand in der so genannten ersten Phase der »Euthanasie«, der T4- oder Gnadentod-Aktion von Sommer 1939 bis Frühjahr 1941 statt. In Hadamar wurden dabei etwa 10.000 Menschen umgebracht. Bereits vorher starben chronisch psychisch Kranke durch systematische Vernachlässigung und Nahrungsentzug. Die öffentliche Skandalisierung der Krankenmorde durch die berühmten Predigten des Bischofs von Galen in Münster veranlassten Adolf Hitler, das Mordprogramm im Frühjahr 1941 für alle Beteiligten überraschend zu unterbrechen, die entsprechenden administrativen und logistischen Infrastrukturen blieben aber bestehen. In Hadamar wurden die Krematorien jedoch abgebaut und die Gaskammer deinstalliert, weil die weithin sichtbare Rauchsäule ebenfalls zu öffentlicher Beunruhigung geführt hatte. Die Rück-



schläge im Kriegsverlauf und die Bombardierung deutscher Städte führten zu einem Mehrbedarf an Krankenbetten und in der Folge zur zweiten, so genannten »wilden« Phase der Krankenmorde durch gezieltes Verhungernlassen oder Überdosierung von Medikamenten (Luminal). Auf diese Weise wurden bis 1945 noch etwa 5.000 Menschen in Hadamar ermordet, deren Leichen wurden in anonymen Massengräbern auf dem höher gelegenen Friedhof vergraben.

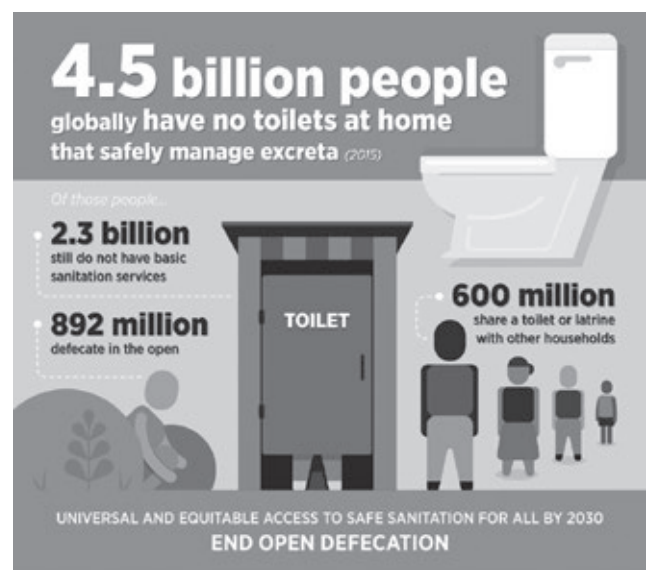
■ Aufarbeitung

Die Konfrontation mit den originalen Räumen (der Bus-Schuppen wurde wieder aufgebaut, der Krankensaal beherbergt die jetzige Dauerausstellung, in den Zimmern der Administration und ärztlichen Untersuchung sind jetzt Büro und Tagungsraum, der Keller mit der gekachelten Gaskammer, den Gängen, den Fundamenten der Krematorien und dem Sektionsraum ist zugänglich) hinterlässt einen tiefen, erschütternden Eindruck von konkreter Realität. In den Diskussionen und persönlichen Einlassungen im Laufe des Tages wurde ebenfalls immer wieder spürbar, dass es eine auf unselige Weise nachvollziehbare innere Logik auch und gerade in der Geschichte der modernen Medizin und Ärzteschaft gibt, die diese Vorgänge machbar werden ließ. Die Dokumente machen zusätzlich klar: Es waren »normale« Menschen, die an den verschiedenen Stellen der Ermordung tätig waren (Ärzte, Schwestern und Pfleger, Busfahrer, Verwaltungskräfte) die sich gewiss sein konnten, dass diese Dinge in deren sozialem Kontext zustimmungsfähig waren und geteilt wurden, bis hin zur gemeinsamen Faszination über die Größe und historischen Bedeutung des »Unternehmens«. Und schließlich konfrontieren uns die Dokumente über einige der ermordeten Menschen mit konkreten Lebensgeschichten, familiären Bindungen und Krankheitsschicksalen und mit Gefühlen von Angst, Freude, Glück und Trauer bei den Betroffenen.

In unserer Diskussion ging es auch um die Art und Weise des Gedenkens und Erinnerns an diese Verbrechen. Die Gedenkstätte Hadamar ist dafür ein lehrreiches Beispiel. Der

Friedhof und die eingangs erwähnte Stele sind 1964 entstanden, ohne irgendeinen konkreten Hinweis auf die tatsächlichen Geschehnisse. Eine glatte Rasenfläche (»Gras sollte über die Sache wachsen«), abstrakte Steine mit Symbolen der Weltreligionen und die nur allgemein mahnende Stele waren das, was in den 60er Jahren möglich war. Immerhin war diese Gedenkstätte die erste in der Nachkriegsgeschichte überhaupt, die an die Medizinverbrechen erinnert. Martin Niemöller hat in seiner damaligen Ansprache allerdings sehr konkret von der Mitschuld jedes Einzelnen durch Geschehenlassen gesprochen. Ende der 60er und in den 70er Jahren nahmen sich kritische Medizinstudent*innen und später Historiker wie Ernst Klee und Götz Aly der Medizinverbrechen an und thematisierten die Verdrängungshaltung der Nachkriegsöffentlichkeit auch in Justiz und ärztlichen Standesorganisationen. Und erst in Folge der Holocaust-Thematisierung in den 80ern wurde die Kranken-»Euthanasie« des NS schrittweise auch ein (fach-)öffentliches Thema. Erst in der jüngeren Vergangenheit wird der Einbeziehung der Betroffenenperspektive, der konkreten Würdigung der Opfer durch deren Namensnennung und der Barrierefreiheit von Gedenkorten z.B. durch Beschilderung in leichter Sprache (wie bei dem Mahmal an der Tiergartenstr. 4 in Berlin) mehr Raum gegeben. Gleichzeitig führen aktuelle Diskussionen über Sterbehilfe, Pränataldiagnostik und Genchirurgie (u.v.m.) zu ganz neuen Herausforderungen ethischen Nachdenkens über »lebens(un)wertes Leben«, die uns Tätigen im Gesundheitswesen ein unheimliches Gefühl beschieren. Zwar bleibt der kategoriale Unterschied zur staatlich organisierten und systematisch durchgeführten Massentötung von Menschen im NS bestehen. Die Mahnung der Stele gilt aber weiter und immer wieder.

* Dr. med. Andreas Pernice, FA Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Bremen. Geb. 1960, Promotion in Psychiatriegeschichte, Mitglied im vdaa seit 1987. Ein Großonkel war SS-Arzt von 1939-1942. Ethik in der Medizin beschäftigt ihn fachlich und persönlich seit der Schulzeit.



Schwierige Kritik...

Paul Brettel* zur Diskussion über Pränataldiagnostik mit Kirsten Achtelik

Am Sonntagvormittag wurde der Bezug zu aktuellen bioethischen und gesundheitspolitischen Themen hergestellt. Hierzu war Kirsten Achtelik, Sozialwissenschaftlerin aus Berlin und Autorin des 2015 erschienen Buchs »Selbstbestimmte Norm. Feminismus, Pränataldiagnostik, Abtreibung« anwesend.

In den letzten Jahren haben sich zunehmend christlich-fundamentalistische Abtreibungsgegner*innen in die Öffentlichkeit gedrängt. Vorzeigeprojekt ist der sogenannte »Marsch für das Leben«, gegen den sich seit 2008 feministischer Protest regt. In diesen Kontext sind auch Mahnwachen der selbsternannten »Lebensschützer*innen« zu sehen, die versuchen, Schwangere vor Beratungsstellen und Praxen, die zu Schwangerschaftsabbrüchen beraten oder diese durchführen, zu verunsichern.

Gegen diese christlich-konservative Kritik an Selbstbestimmung und dem Recht auf Schwangerschaftsabbruch wird oft ein neoliberal geprägtes Verständnis von Selbstbestimmung in die Debatte eingebracht, das die Entscheidungen über selektive Schwangerschaftsabbrüche auf rein individueller Ebene und außerhalb politischer und gesellschaftlicher Verhältnisse verortet. Eine linke Kritik, so Kirsten Achtelik, könne weder die eine noch die andere Perspektive einnehmen, sondern müsse unter Rückgriff auf die Behindertenbewegung und die Feministische Bewegung eine andere Kritik formulieren.

■ PND-Debatte und Eugenik

Achteliks Input begann mit einer Einordnung der Debatte um Pränataldiagnostik (PND). Diese stehe in der historischen Linie der Eugenik, wohingegen die in Hadamar praktizierte »Euthanasie« im Kontext der heutigen Sterbehilfedebatte zu sehen sei.

Die Referentin veranschaulichte die Tradition der deutschen Humangenetik am Beispiel von Otmar Freiherr von Verschuer, der als renommierter NS-Rassenhygieniker und Eugeniker 1951 auf eine Professur für Humangenetik berufen wurde. In den 1970er Jahre wurde die erste humangenetische Beratungsstelle in Marburg eingerichtet. Hier wurde angemerkt, dass versucht wurde, die Leitung der Beratungsstellen in die Hände von nicht-NS-belastetem Personal zu legen. Zu Beginn hätten die Beratungsstellen große Spielräume für umfassende Beratung gehabt. Über die Jahre sei die Humangenetik jedoch zum Laborfach herabgestuft worden, während PND als Akkordarbeit in gynäkologischen Praxen durchgeführt werde. Hier besteht zwar eine Beratungspflicht, diese werde jedoch verschieden umfassend praktiziert.

Ab 1975 fand die Humangenetik auch in der medizinischen Ausbildung ihren Platz. Im selben Zeitraum wurde das Recht auf Schwangerschaftsabbruch zunehmend von der feministischen Bewegung aufgegriffen. Eine Kritik an der zu diesem

Zeitpunkt noch bestehenden und erst 1995 abgeschafften Straffreiheit bei eugenischer Indikation (§218a StGB) kam in der feministischen Bewegung erst ab Mitte 1980er auf.

Dabei gab Achtelik zu Bedenken, dass eugenischen Forderungen noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts auch in Teilen der Linken populär waren. Ziel war die Verbesserung des Genpools der nationalen Bevölkerung. Daran, was mit Verbesserung gemeint war, unterschied sich die linke aber von der Diskussion des NS. Demgegenüber sei in der aktuellen PND-Debatte kein staatlich gesteuertes Programm mit diesem Ziel zu erkennen. Der Begriff »Eugenik« sei daher unpassend und es sollte stattdessen von »selektiver PND« gesprochen werden.

■ PND und Vorsorgeuntersuchungen

Besonders wichtig ist die Abgrenzung von PND gegenüber Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere und Kind: Während Vorsorgeuntersuchungen präventive oder therapeutische Folgen nach sich ziehen (z.B. frühzeitige Erkennung von Schwangerschaftsdiabetes, Herzfehlern, Spina bifida, Plazenta praevia), dient PND ausschließlich der Möglichkeit zur selektiven Abtreibung, ohne therapeutische Konsequenzen nach sich zu ziehen (Bsp. Ersttrimesterscreening zur Erkennung von Trisomie 21).

Ca. 70 Prozent der Schwangerschaften in Deutschland werden als Risikoschwangerschaften eingestuft. Die zunehmende – und von interessierter Seite geschürte»Angst dient zur Rechtfertigung der steigenden Zahl an Untersuchungen mit fraglichem Nutzen – im Durchschnitt werden derzeit acht Ultraschalluntersuchungen in der Schwangerschaft durchgeführt. Der Machbarkeitswahn erzeugt weitere Unsicherheit





und führt die Schwangeren so auf eine »slippery slope«. Dem zugrunde liegt die Sichtweise, dass Behinderungen grundsätzlich als unzumutbar angesehen werden.

■ Kritik am Präna-Test

Zuletzt sprach die Referentin noch den seit 2012 in Deutschland verfügbaren Präna-Test an. Dieser extrahiert fetale DNA aus dem mütterlichen Blut und ermöglicht so, den Verdacht auf eine Chromosomenanomalie frühzeitig festzustellen. Liegen die Ergebnisse vor der 12. SSW vor, wird dadurch Abbruch nach der Beratungsregelung möglich. Achtelik befürchtet als Konsequenz die Ausweitung von selektiven Schwangerschaftsabbrüchen, obgleich der Test nur unsichere Ergebnisse liefert.

Die Kritik am Präna-Test wurde auch in der Diskussion aufgegriffen: Da die medizinischen Risiken bei einer einfachen Blutentnahme der Schwangeren erheblich geringer seien, sei fraglich, was am Präna-Test problematischer sei als an anderen Verfahren. Des Weiteren wur-

de angemerkt, dass es durchaus vorstellbar sei, dass in Zukunft auch therapeutische Konsequenzen aus dem Präna-Test gezogen werden könnten, die beispielsweise die frühzeitige in-utero-Therapie drohender Erkrankungen erlauben würden. Andererseits wurde hinterfragt, was als Konsequenz fetaler DNA-Tests zu erwarten wäre, wenn beispielsweise das Geschlecht und weitere genetisch beeinflusste Eigenschaften frühzeitig bestimmt werden könnten.

■ Behinderung: Zumutung oder Akzeptanz

In der Diskussion wurde unter anderem thematisiert, inwieweit Behinderungen aufgrund chromosomaler Anomalien weiterhin als Zumutung für die Betroffenen und deren Angehörige gesehen werden. Entsteht eine zunehmende Akzeptanz offenkundiger Behinderung wie beispielsweise Trisomie 21 durch Kampagnen? Geht diese auf Kosten von psychisch Kranken, die in Kampagnen schlechter zu »vermarkten«

sind – und im Übrigen die größte Opfergruppe der T4-Morde darstellten?

Ein Großteil der Trisomie-21-Schwangerschaften wird weiterhin abgebrochen. Kirsten Achtelik merkte an, dass die häufig kursierende Zahl von 90 Prozent mit Vorsicht zu genießen sei, da Abbrüche mit medizinischer Indikation in den Statistiken nicht weiter aufgeschlüsselt werden. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass Behinderungen viel häufiger auf perinatale Schäden zurückgehen, als auf genetische Abweichungen. Es sollte darum deutlich gemacht werden, dass PND keinen Schutz vor Behinderungen darstellt.

Zum Schluss schlug Kirsten Achtelik den Bogen zur kurz zuvor beschlossenen Ehe für alle: Auch für den Umgang mit Behinderung sei es von zentraler Bedeutung, für moderne Konzepte von Familie und Elternschaft einzutreten und so die Bedingungen für eine integrative Gesellschaft zu schaffen.

** Paul Brettel studiert Medizin in Freiburg und ist Mitglied im vdää-Vorstand.*

Jahreshauptversammlung und Gesundheitspolitisches Forum des vdää **Wissen wir, was wir tun?**

3.-5. November 2017

im »Eine-Welt-Haus«, Schwanthalerstr. 80, 80336 München

PROGRAMM

Freitag, 3.11.

19.00 Uhr Doppelt bestraft? Zu Defiziten der medizinischen Versorgung
in Haftanstalten

Samstag, 4.11.

Gesundheitspolitisches Forum des vdää – Wissen wir, was wir tun?

Vormittag Dr. Uwe Heyll (Universität Düsseldorf): Das Erkenntnisproblem in der
Medizin: wissenschaftsbasierte und alternative Medizin
Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser (Universität Hamburg): Evidence Based
Medicine: theoretisches Potenzial und Grenzen
Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff (Universität Marburg):
Die alltägliche Versorgung und der wissenschaftliche Anspruch

Mittagspause Mittagessen

Nachmittag Workshops zu den Themen:

- a) Grenzen der Evidence Based Medicine
(mit Prof. Dr. Ingrid Mühlhauser, Dr. Peter Hoffmann)
- b) Homöopathie als Kassenleistung? (mit Prof. Dr. Nobert Schmacke,
Dr. Thomas Kunkel, Prof. Dr. Wulf Dietrich)
- c) Race und Medizin (mit Felix Ahls, Carina Borzini und Paul Brettel)
- d) Klassenspezifische Probleme in der ärztlichen Praxis
(mit Phil Dickel, Peter Friemelt vom GL München, Ingeborg Oster)
- e) Cannabis als Medizin (mit Dr. Franjo Grotenhermen,
Michael Janßen, Dr. Thorsten Opitz vom MDK Bayern)

Abschlusspanel: Wissen wir jetzt, was wir tun? Welche Konsequenzen
ziehen wir daraus?

Abend Gespräche, Musik und Tanz

Sonntag 5.11.

1. Dr. Thomas Kunkel: Zivile Seenotrettung auf dem Mittelmeer
2. Rechenschaftsbericht und Neuwahlen des Vorstands
3. Verabschiedung des Kapitels »Flucht und medizinische Versorgung«
(als Ergänzung des vdää-Programms)

Anmeldung bei der Geschäftsstelle des vdää: info@vdaee.de; Tel: 06181 432348