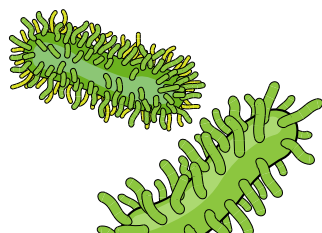
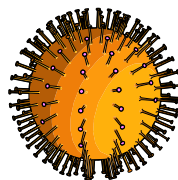
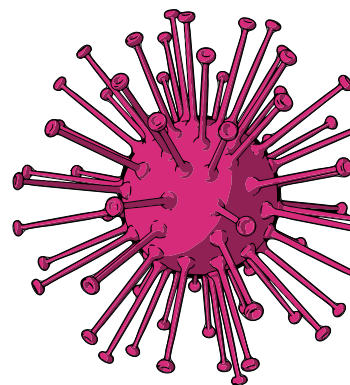
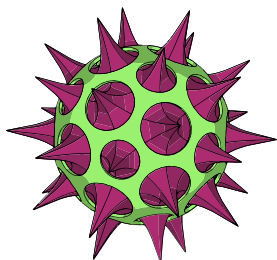
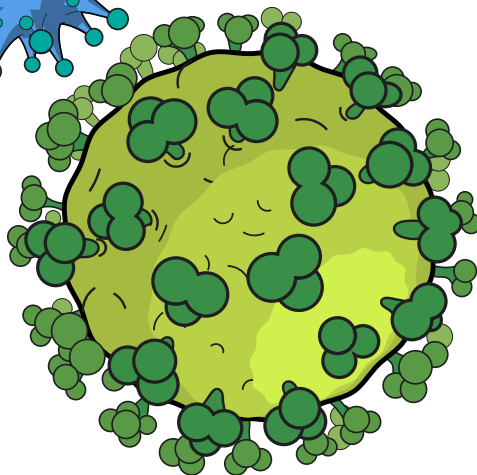
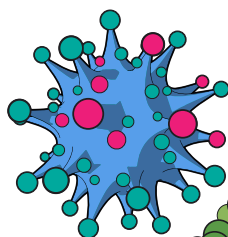
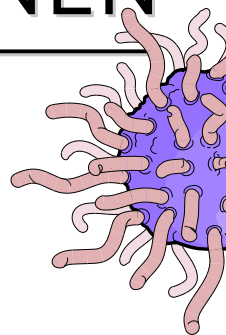
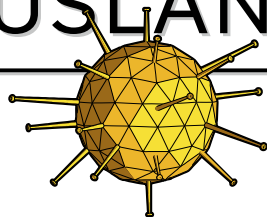


AUSLANDSINFORMATIONEN



Globale Gesundheit

AUSLANDSINFORMATIONEN

2 | 2019

Liebe Leserinnen und Leser,

„ob aus humanitären, aus entwicklungspolitischen und volkswirtschaftlichen Gründen oder auch aus Gründen des Eigeninteresses – die Ausbreitung von Krankheiten einzudämmen, ist notwendig. Wir haben als Staatengemeinschaft dafür eine gemeinsame Verantwortung“, sagte Bundeskanzlerin Angela Merkel im Mai dieses Jahres in Berlin. Nicht nur dieses Zitat zeigt: Aufbau und Schutz einer globalen Gesundheitsarchitektur rücken zunehmend in den Fokus der internationalen Staatengemeinschaft und Deutschland spielt dabei eine zentrale Rolle. Das betont auch Ilona Kickbusch in ihrem Zwischenruf zu dieser Ausgabe. Trotz aller positiven Entwicklungen sei es dringend nötig, in diesem Feld noch mehr zu investieren und auch die eigenen Aktivitäten besser zu koordinieren. Auch hier ist gemeinsames europäisches Engagement gefordert, wie Daniela Braun in ihrem Beitrag zum Stand europäischer Gesundheitssicherheit zeigt. Nur gemeinsam und auf EU-Ebene lassen sich viele der globalen Gesundheitsrisiken wie Pandemien rechtzeitig erkennen und eindämmen. Die bisherigen Mechanismen der EU sind zwar ein wichtiger Schritt in die richtige Richtung, jedoch bedarf es einer konstanten Festigung und Weiterentwicklung bestehender Strukturen.

Letztlich zahlt sich die weltweite Stärkung von Gesundheitssystemen für alle Länder aus, argumentiert auch Christopher Elias im darauffolgenden Interview. Staatliche und zivilgesellschaftliche Akteure müssen mit Vertretern der Wirtschaft zusammenarbeiten, um zu garantieren, dass gerade auch in Entwicklungs- und Schwellenländern die medizinische Grundversorgung gewährleistet ist. In eben diesen Ländern, so Peter Hefele, spüren die Menschen den Zusammenhang zwischen Klimawandel und Gesundheit am stärksten. Klimatische Veränderungen haben sowohl direkte als auch indirekte Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit. Daher ist es wichtig, eine klimaresiliente Gesundheitspolitik global noch stärker in den Blick zu nehmen.

Wir sehen bei einem Blick in konkrete Schwellen- und Entwicklungsländer, wie staatliches Versagen das Risiko der Ausbreitung von Epidemien und Pandemien erhöht. Während die HIV-Krise in Südafrika trotz bedeutender Defizite und aktueller Zunahme von Neuinfektionen mehr oder weniger unter Kontrolle zu sein scheint, wie Michaela Braun schreibt, ist die Ebola-Krise in der Demokratischen Republik Kongo, über die Benno Mühler berichtet, akuter denn je. In beiden Fällen kann man staatliches Versagen als eines

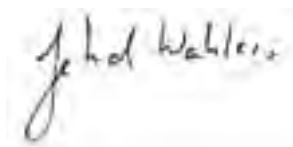
der Hindernisse für die erfolgreiche Bekämpfung der Krankheiten sehen. Die internationale Staatengemeinschaft muss hieraus ihre Lehren ziehen und proaktiv Mechanismen entwickeln, die durch Stärkung von Strukturen vor Ort lokale Krisen eindämmen und eine überregionale Ausbreitung verhindern.

Auch Veronika Ertl und Martina Kaiser sehen die internationale Staatengemeinschaft in der Verantwortung, den Aufbau und Erhalt geeigneter lokaler Strukturen zu unterstützen, um globale Nachhaltigkeitsziele im Bereich Gesundheit zu erreichen. Diese Ziele, die den Faktor Gesundheit miteinbeziehen, sind in fragilen und von Konflikt geprägten Staaten wie Venezuela und Jemen allerdings besonders schwer umzusetzen.

Deutschland hat in den vergangenen Jahren im Bereich der Globalen Gesundheit international Verantwortung übernommen. Die Bundeskanzlerin und ihre Gesundheitsminister Hermann Gröhe und Jens Spahn haben das deutsche Engagement in diesem Politikfeld erheblich gesteigert. Zweifelsohne haben alle Weltregionen unterschiedliche gesundheitspolitische Aufgaben zu bewältigen. Da die Welt jedoch durch den regen Austausch von Menschen und Waren zusammengewachsen ist, lassen sich die Folgen globaler Gesundheitsrisiken nicht auf einzelne Regionen begrenzen. Die Beiträge dieser Ausgabe zeigen deutlich, dass letztlich alle Länder ihre Zusammenarbeit im Gesundheitssektor intensivieren müssen. Nur so kann die Gesundheit aller Menschen weltweit effektiv verbessert werden. Deutschland kann mit seinem Know-how, seiner Innovationsfähigkeit, weiterhin internationale Verantwortung übernehmen, die im eigenen Interesse liegt: Gesundheit ist eine wichtige Voraussetzung für wirtschaftliche und soziale Entwicklung, den Abbau von Fluchtursachen, für Sicherheit, Demokratie und ein würdevolles Leben.

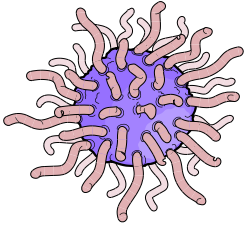
Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre.

Ihr

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Gerhard Wahlers', is written over a light blue circular stamp.

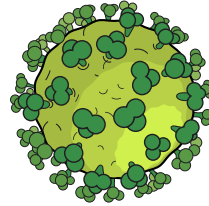
Dr. Gerhard Wahlers ist Herausgeber der *Auslandsinformationen* (Ai), stellvertretender Generalsekretär und Leiter der Hauptabteilung Europäische und Internationale Zusammenarbeit der Konrad-Adenauer-Stiftung (gerhard.wahlers@kas.de).

GEFÄHRDERT DER



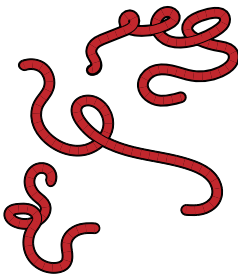
Coxsackie-Virus

Das Coxsackie-Virus kann Herpangina, Hand-Fuß-Mund-Krankheit (HFMK), die Bornholmsche Krankheit sowie Erkrankungen des Respirationstraktes auslösen. Große Ausbrüche der HFMK treten vor allem in der Asien-Pazifik-Region auf. In China wurden seit 2009 jährlich ein bis zwei Millionen Fälle gemeldet. Die Sterblichkeitsrate ist hier jedoch gering. [Quelle: RKI](#)



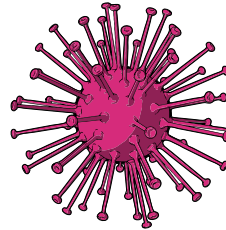
HIV

Das Humane Immundefizienz-Virus ist für die AIDS-Erkrankung verantwortlich. Im Jahr 2017 wurden 1,8 Millionen Menschen neu infiziert und 940.000 Menschen starben an der Krankheit. Eine antiretrovirale Therapie führt zwar nicht zur Heilung, verlangsamt die Ausbreitung des Virus jedoch. [Quelle: WHO](#)



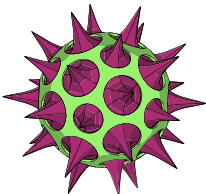
Ebola-Virus

Das Ebola-Virus verursacht das Ebolafieber. Der Ausbruch dieser Krankheit von 2014 bis 2016 in Westafrika hatte mehr als 11.000 Todesopfer zur Folge. Derzeit ist das Virus wieder auf dem Vormarsch. Ein wirksamer Impfstoff steht kurz vor der Lizenzierung. [Quellen: RKI, WHO](#)



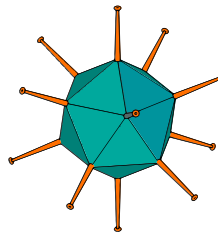
Epstein-Barr-Virus

Das Epstein-Barr-Virus kann sich als Pfeiffersches Drüsenfieber äußern und wird als krebstreibend eingeschätzt. Mehr als 90 Prozent der Menschen infizieren sich im Laufe des Lebens mit diesem Virus, meist symptom- und folgenlos. Bisher gibt es keine Schutzimpfung. [Quellen: DZIF, BMBF](#)



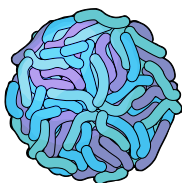
Varizella-Zoster-Virus

Das Varizella-Zoster-Virus kann Windpocken und Gürtelrose auslösen. Bei nicht erfolgter Immunisierung erkrankt fast jedes Mitglied der Bevölkerung bis zum mittleren Erwachsenenalter an Windpocken. Schätzungen zufolge sterben jährlich ca. 4.200 Menschen an den Windpocken. [Quellen: RKI, WHO](#)



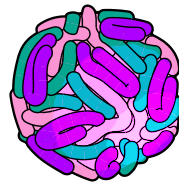
Adeno-Virus

Das Adeno-Virus ist für diverse Krankheiten, vor allem okuläre, respiratorische und gastrointestinale Infektionen verantwortlich. Insbesondere Bindehaut- oder Hornhautentzündungen werden häufig übertragen. Genaue Zahlen sind nicht vorhanden, doch scheint das Adeno-Virus mit zwei bis fünf Prozent aller Atemwegserkrankungen in Verbindung zu stehen. [Quellen: RKI, BZgA, WHO](#)



Zika-Virus

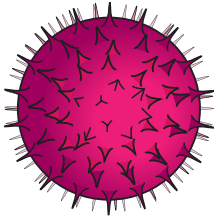
Das Zika-Virus ist ein meist von Mücken übertragenes Virus, das zu eher mildereren Symptomen führt – verglichen mit anderen tropischen Erkrankungen. Bei Kindern im Mutterleib hat die Infektion jedoch Fehlbildungen im Hirn zur Folge. Bisher gibt es für das Virus keinen Impfschutz. [Quelle: RKI](#)



Dengue-Virus

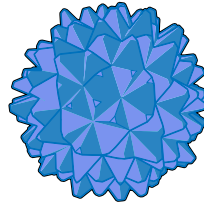
Das Dengue-Virus ist die Ursache für das Denguefieber. Schätzungen besagen, dass sich jährlich 390 Millionen Menschen infizieren, wobei in 96 Millionen Fällen ein klinischer Schweregrad erreicht wird. Jährlich kommt es weltweit zu bis zu 25.000 Todesfällen. [Quellen: WHO, World Mosquito Program](#)

GLOBALEN GESUNDHEIT



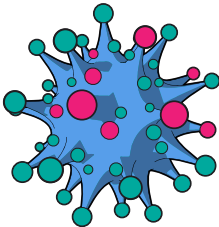
Herpes-simplex-Virus

Das Herpes-simplex-Virus tritt in zwei Typen auf und ist für Lippenherpes (HSV-1) und Herpes genitalis (HSV-2) verantwortlich. Etwa 3,7 Milliarden Menschen unter 50 Jahren sind weltweit mit HSV-1 infiziert. **Quellen:** WHO, BMBF



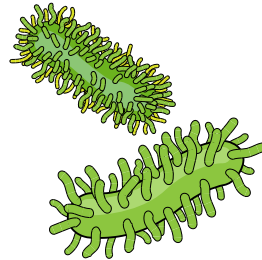
Papillom-Virus

Das Humane Papillom-Virus (HPV) kann unter anderem zu Gebärmutterhalskrebs führen. Dies ist weltweit der vierthäufigste Tumor bei Frauen. 2012 erkrankten 528.000 Frauen neu und die Krankheit führte zu 266.000 Todesfällen. **Quelle:** RKI



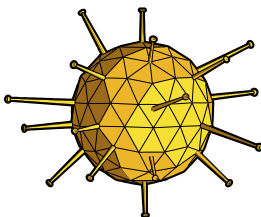
Corona-Virus

Corona-Viridae ist eine Virusfamilie, welche diverse Krankheiten verursacht. Darunter sind sowohl einfache Erkältungskrankheiten als auch das SARS sowie das MERS-CoV. Seit Entdeckung des MERS-CoV 2012 sind 2.428 laborbestätigte Infektionen und 823 Todesfälle aufgetreten. **Quellen:** WHO, BMBF, RKI



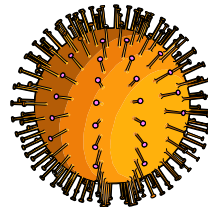
Rabies-Virus

Das Rabies-Virus (auch Tollwutvirus) ist tödlich, wenn Präventionsmaßnahmen entweder vor oder direkt nach der Infektion nicht ergriffen werden. Es sterben pro Jahr 59.000 Menschen an diesem Virus, mehrheitlich in Asien und Afrika. **Quellen:** WHO, RKI



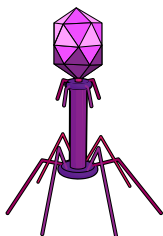
Nipah-Virus

Das Nipah-Virus ist ein von Tieren auf Menschen übertragbares Virus, welches zu akuten Atemwegserkrankungen und tödlichen Gehirnentzündungen (Enzephalitis) führen kann. Seit der Entdeckung des Virus 2001 kam es bis Ende Mai 2018 zu 346 Infektionen und 260 Todesfällen. **Quellen:** WHO, RKI



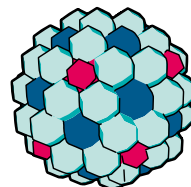
Influenza-A-Virus

Influenza-Viren lösen die Grippe aus. Besonders schwerwiegend kann eine Erkrankung mit dem Influenza-A-Virus verlaufen. Pro Jahr gibt es schätzungsweise zwischen einer Million und sieben Millionen Influenza-bedingte Arztbesuche. Unbehandelt kann das Virus tödlich sein: Im Jahr 2013 gab es 20.000 Todesfälle. **Quelle:** WHO



Bakteriophage

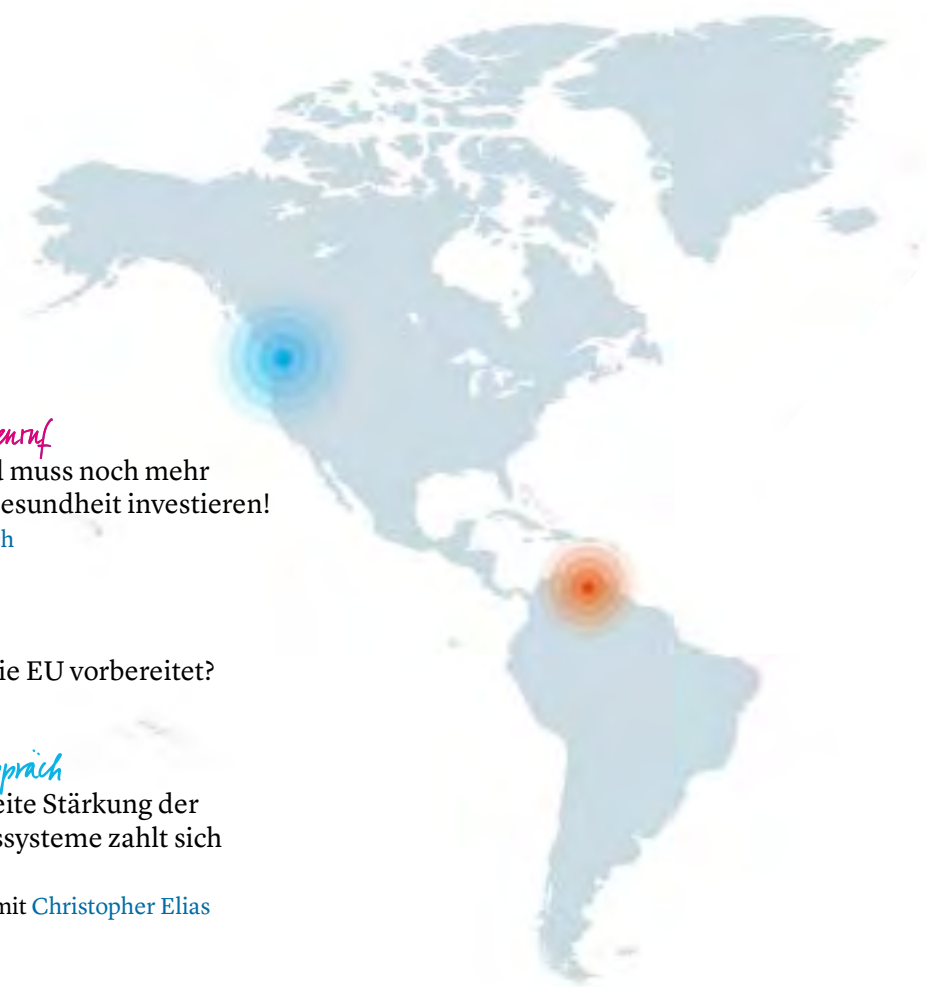
Bakteriophagen sind natürlich vorkommende Viren, die traditionell zur Bekämpfung von bakteriellen Infektionen eingesetzt werden. Da Bakterien zunehmend resistent gegenüber Antibiotika werden, stellen Bakteriophagen eine wirksame Alternative zu Antibiotika dar. **Quellen:** RKI, DZIF, DSMZ



Parvo-Virus

Das Krankheitsbild des Parvo-Virus ist mitunter nicht eindeutig. Das Virus kann u. a. Ringelröteln auslösen und ist vor allem bei einer Schwangerschaft gefährlich. Die fetalen Todesfälle gehen seit einigen Jahren stark zurück, nachdem der Parvo-Virus als Auslöser erkannt wurde. **Quelle:** RKI

Globale Gesundheit



8 ● *Zwischenruf*
Deutschland muss noch mehr
in Globale Gesundheit investieren!
[Ilona Kickbusch](#)

12 ●
Pandemien:
Wie gut ist die EU vorbereitet?
[Daniela Braun](#)

25 ● *Im Gespräch*
„Eine weltweite Stärkung der
Gesundheitssysteme zahlt sich
für alle aus“
Ein Gespräch mit [Christopher Elias](#)

32 ●
Klimawandel und
öffentliche Gesundheit
[Peter Hefele/Louisa Gaus](#)

43 ●
Die vergessene Krise
Gesundheitspolitik in Südafrika und der
Umgang mit HIV
[Michaela Braun](#)

56 ●
Ebola im Kongo –
eine hausgemachte Krise
[Benno Müchler](#)

65 ●
Ulan Bator erstickt im Smog
Gesundheitsrisiko Luftverschmutzung
in der Mongolei
[Johann Fuhrmann](#)

76 ● ●
„Leave no one behind“
Umsetzung der *Sustainable Development Goals*
im Bereich Gesundheit in fragilen und von
Konflikt betroffenen Ländern
[Veronika Ertl/Martina Kaiser](#)



WEITERE THEMEN

90 ● *Im Gespräch*
„Bei den globalen Transformationsprozessen steht uns das meiste noch bevor“
Ein Gespräch mit [Georg Milde](#)



Quelle: © Wolfgang Rattay, Reuters.

Zwischenruf

Globale Gesundheit

Deutschland muss noch mehr in Globale Gesundheit investieren!

Ilona Kickbusch

Deutschland ist seit geraumer Zeit überaus aktiv im Feld der Globalen Gesundheit und hat zentrale Elemente der globalen Gesundheitsstrukturen maßgeblich mitgeprägt. Dennoch sollte Deutschland weiter in den Ausbau der globalen Gesundheitsforschung investieren und die eigenen Aktivitäten noch stärker als bisher aufeinander abstimmen.

Deutschland hat sich in den letzten zehn Jahren im Bereich der Globalen Gesundheit stark eingebracht und positioniert. Dies wurde deutlich durch die Priorisierung von Gesundheit während der deutschen G7-Präsidentschaft im Jahr 2015 nach der Ebola-Epidemie in Westafrika sowie während der deutschen G20-Präsidentschaft im Jahr 2017, wo auch das allererste Treffen der G20-Gesundheitsminister stattfand. Seitdem hat die deutsche Unterstützung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, der Impfallianz GAVI, der Koalition für Innovationen zur Vorsorge vor Epidemien CEPI und neuer Investitionen zur Bekämpfung antimikrobieller Resistenzen (AMR) internationale Anerkennung und Unterstützung erhalten. Dank dieser Bemühungen und des starken Einsatzes für Gesundheit als Menschenrecht, für Umweltschutz, für die Bildung von Mädchen und Frauen sowie auch dank der langen Tradition in den Bereichen soziale Sicherheit und Gesundheitssystemstärkung spielt Deutschland mit einer Vielzahl internationaler Initiativen bereits eine wichtige Rolle beim Ausbau der Globalen Gesundheit.

Deutschland hat die Verbesserung der Gesundheitssicherheit weltweit entscheidend mitgeprägt. Es ist einer der Hauptförderer des WHO-Notfallfonds, der eingerichtet wurde, um schnell auf Gesundheitskrisen reagieren zu können. Weniger bekannt, aber ebenso bedeutsam ist der deutsche Beitrag zu Globaler Gesundheit im humanitären Bereich. Als Mitglied im VN-Sicherheitsrat lenkt Deutschland die Aufmerksamkeit auf humanitäre Gesundheitsbelange, Angriffe auf medizinische Einrichtungen und

medizinisches Personal sowie Vergewaltigungen in Konfliktsituationen. Deutschland ist ein wichtiges Aufnahmeland für Flüchtlinge und Deutschland ist einer der größten Geber des VN-Flüchtlingshilfswerks.

Deutschland ist zwar wichtige Schritte gegangen, muss aber stärker in die eigene globale Gesundheitsforschung investieren.

Im Koalitionsvertrag hat Deutschland sich das ehrgeizige Ziel gesetzt, eine neue Strategie zur globalen Gesundheitspolitik zu verabschieden. Dazu wurde ein internationales Beratergremium eingerichtet, das nun im Juni 2019 seine Empfehlungen vorgelegt hat. Deutschland hat in den letzten Jahren in der Globalen Gesundheit eine starke politische Führungsrolle übernommen. Diese ist in einer Zeit, in der die Verpflichtung zu Multilateralismus und gemeinsamem Handeln auf globaler Ebene in Frage gestellt wird, von entscheidender Bedeutung. Die strategische Fokussierung sollte auf zukunftsweisen Themenbereichen liegen und durch einen regierungsweiten, multisektoralen und interdisziplinären Ansatz umgesetzt werden. Besonders gilt es Innovation zu fördern, so in Bezug auf die digitale Transformation und die Zusammenhänge zwischen Umwelt, Klima und Gesundheit (*Planetary Health*). In Deutschland fehlen weiterhin eine anerkannte Fachdisziplin und Karrierestruktur im Bereich Globale Gesundheit. Es

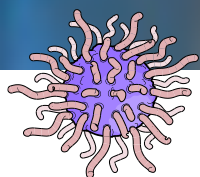


Nicht abwarten, sondern investieren: Damit Deutschland seine Führungsrolle in puncto Globale Gesundheit behält, muss die Forschung hierzulande weiter vorangetrieben werden. [Quelle: © Ralph Orlowski, Reuters.](#)

bedarf der Investitionen in den Aufbau der globalen Gesundheitsforschung in Deutschland, insbesondere an den Universitäten. Ein *Global Health Innovation Institute*, das mit bestehenden deutschen Exzellenzzentren an Universitäten oder Einrichtungen wie der Leibniz-Gemeinschaft verbunden ist, würde ein klares Signal senden.

Zum Ausbau und zum Erhalt seiner Führungsrolle muss Deutschland die politischen Vorstöße durch erhebliche Investitionen ergänzen,

um nachhaltige, effektive und auf Exzellenz basierende Infrastrukturen für die Globale Gesundheit aufzubauen. Dafür ist nicht nur die Regierung verantwortlich, sondern es sind auch viele andere Akteure in Deutschland wie z.B. deutsche Stiftungen und Einrichtungen zur Forschungsfinanzierung sowie die Bundesländer. Die deutschen Mittel zur Finanzierung Globaler Gesundheit im Ausland und für die internationalen Organisationen sind in den letzten Jahren zwar deutlich gestiegen,



es gilt jedoch weiterhin internationalen Verpflichtung nachzukommen, so etwa der, die ODA/BNE-Quote in Höhe von 0,7 Prozent zu erreichen, wovon mindestens 0,1 Prozent in den Bereich Gesundheit fließen sollte. Die Bundesrepublik sollte sich ferner für eine deutliche Erhöhung der Pflichtbeiträge für die WHO einsetzen.

Deutschland hat eine Reihe wichtiger Schritte eingeleitet, um die Globale Gesundheit langfristig auf die politische Agenda zu setzen. Es

hat sich viel getan, aber das Erreichte muss über nachhaltige Strukturen und Mechanismen gesichert werden. Die Einrichtung eines parlamentarischen Unterausschusses für Globale Gesundheit, die Budgeterhöhungen für Globale Gesundheit im Bundesministerium für Gesundheit, im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung und im Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie die Einrichtung des *Global Health Hub Germany* sind Beispiele für ein wachsendes Bekenntnis zu Globaler Gesundheit und die Bereitschaft, diese in der deutschen politischen Landschaft zu verankern. Der *World Health Summit* bietet kontinuierlich eine bedeutende, hoch anerkannte internationale Plattform zur Vernetzung.

Koordination und Kohärenz bleiben eine große Herausforderung, dazu macht der Bericht des Beratergremiums einige Vorschläge. Ein neues strategisches Koordinierungsgremium für Globale Gesundheit könnte dazu beitragen, Transparenz und Verantwortlichkeit zu gewährleisten. Die Ernennung eines Botschafters für Globale Gesundheit für Afrika könnte die Koordination der verschiedenen Afrikastrategien der Bundesregierung in Bezug auf Globale Gesundheit sicherstellen. Das Gremium empfiehlt, dass Deutschland seine Führungsrolle im Bereich Globale Gesundheit weiter festigt. Eine besondere Gelegenheit dazu bietet sich im Rahmen der 2020 anstehenden Präsidentschaft der Europäischen Union.

Dr. Ilona Kickbusch ist Professorin am Hochschulinstitut für internationale Studien und Entwicklung in Genf und leitet dort das Global Health Centre.



Quelle: © Robert Galbraith, Reuters.

Globale Gesundheit

Pandemien: Wie gut ist die EU vorbereitet?

Daniela Braun

Epidemien und Pandemien sind im stark vernetzten 21. Jahrhundert eine reale Gefahr. Insbesondere dicht besiedelte Räume wie die EU, mit intensivem Austausch von Waren und Dienstleistungen, sind anfällig für die rasche Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Die gute Nachricht: Wir können uns vorbereiten, auch wenn dies keine leichte Aufgabe ist.

Willkommen im Zeitalter der Pandemien

Es handelt sich um einen neuartigen und besonders gefährlichen Erreger, der die G20-Gesundheitsminister im Mai 2017 während ihrer Zusammenkunft in Berlin in Atem hält. Das Virus breitet sich rasch über Ländergrenzen hinweg aus, die Gesundheitssysteme sind mit dem rapiden Anstieg von Infizierten überfordert und drohen zu kollabieren, der Flugverkehr wird eingestellt und Aktienkurse beginnen einzubrechen. Der Krankheitsausbruch beherrscht die Schlagzeilen weltweit und Angst und Panik greifen um sich. Das Szenario der Notfallübung, das die Gesundheitsminister der G20 in Berlin 2017 durchspielen, ist zwar in diesem konkreten Fall rein fiktiv, aber ganz und gar nicht unrealistisch.

Dabei ist es ein Irrglaube, dass *lediglich* Entwicklungsländer mit schwachen Gesundheitssystemen und kaum vorhandener Staatlichkeit von Epidemien betroffen seien. Die Atemwegserkrankung SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome* zu Deutsch Schweres Akutes Respiratorisches Syndrom) verbreitete sich 2002/2003 als erste Pandemie im 21. Jahrhundert ausgehend von Südchina über das Drehkreuz Hongkong weltweit und verursachte unter anderem große Schäden in Singapur und Kanada. Auch Grippeviren, die sehr schnell mutieren und sich rasch an äußere Umstände anpassen, haben ein hohes Pandemiepotenzial und stellen eine Gefahr für alle Länder dar.

Insbesondere neuartige Krankheitserreger können sich durch die starke Vernetzung rasch über weite Distanzen verbreiten und große Schäden verursachen. Das gilt in besonderem Maße für Regionen, die eng durch den starken Austausch

von Menschen und Waren vernetzt sind. „Für Europa bedeutet die steigende Anzahl von Flugpassagieren mit weiter entfernten Reisedrehscheiben, dass eine neu auftretende Krankheit innerhalb von Stunden eine europäische Stadt erreichen kann. Wir haben außerdem eine große Bevölkerung von mehr als 750 Millionen Menschen und dicht besiedelte Städte“, so Prof. Máire Connolly, die das EU-Projekt PANDEM zum Schutz vor Pandemien leitet.¹

Infektionskrankheiten auf dem Vormarsch

In den 1960er und 1970er Jahren nahm man noch an, dass Infektionskrankheiten in den kommenden Jahren besiegt seien. Schließlich waren durch den medizinischen Fortschritt und die Verbesserung der Lebensumstände Krankheiten wie Pocken oder Malaria, die die Menschen Jahrhunderte lang geplagt hatten, zurückgedrängt worden. Dieser Optimismus ist heute vollkommen verpufft. Infektionskrankheiten sind weiterhin für sehr hohe Todeszahlen und immense Schäden verantwortlich. Weltweit befinden sie sich auf dem Vormarsch und die Pandemiegefahr ist durch das große Ausmaß der globalen Vernetzung und die hohe Mobilität gestiegen. So rief die WHO in den Jahren 2009, 2014 sowie 2016 den Gesundheitsnotstand anlässlich der Verbreitung der Schweinegrippe, der Rückschritte im Kampf gegen Polio, des Ebola-Ausbruchs in Westafrika sowie zuletzt auf Grund von Zika aus.

Die Rückkehr der Seuchen wird insbesondere durch Megatrends bedingt, die im engen Zusammenhang mit der Globalisierung stehen. Durch die starke Zunahme des Reise- und Handelsverkehrs, aber auch aufgrund von Urbanisierung, Klimawandel und Umweltzerstörung ist die

Gefahr von Epidemien und Pandemien so hoch wie selten zuvor. Der Klimawandel trägt zum Beispiel dazu bei, dass sich Stechmücken, die gefährliche Krankheiten übertragen, weiter ausbreiteten und auch die Erreger, die sie mit sich tragen, auf eine größere Anzahl von Menschen übertragen werden und sich zunehmend auch in Regionen ausbreiten, die bisher wenig vorbereitet sind. Umweltzerstörung wie die Abholzung von Wäldern und das Vordringen des Menschen in bisher unberührte Naturreservate trägt dazu bei, dass sich der Kontakt zwischen Menschen und Tieren erhöht und gefährliche Krankheitserreger vermehrt aus dem Tierreich auf Menschen überspringen. So stammt der Großteil der

Infektionskrankheiten der Menschen ursprünglich von Tieren ab, wie zum Beispiel Ebola, Nipah, SARS, HIV und Tollwut.

Die schlechte Nachricht ist also, dass nach Einschätzung vieler Forscher und auch mit Blick auf die Erfahrung der letzten Jahre die Pandemiegefahr im hypervernetzten 21. Jahrhundert so hoch ist wie selten zuvor. Mit der Zunahme der zugrundeliegenden Trends wie Urbanisierung und Umweltzerstörung werden Pandemien und Epidemien auch weiter zunehmen. Die gute Nachricht ist aber, dass wir uns auf Seuchen vorbereiten können und sehr wohl in der Lage sind, Vorkehrungen zu treffen. Damit soll nicht gesagt



Globale Gefahr: Die Pandemiegefahr ist im hypervernetzten 21. Jahrhundert so hoch wie selten zuvor.
Quelle: © Kim Hong-Ji, Reuters.

sein, dass es ein Leichtes ist, sich auf Epidemien und Pandemien vorzubereiten – im Gegenteil: Es handelt sich um eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts. Wichtige Erfahrungen im Umgang mit Seuchen wurden in den vergangenen Jahren gesammelt und ausgewertet. Die Umsetzung dieser Lehren kann einen Beitrag zum verbesserten Umgang mit Epidemien und Pandemien leisten.

Aber wie steht es aktuell um die Vorbereitung auf Infektionskrankheiten in Europa, einer Region, die von dichter Besiedelung und hohem Austausch von Waren und Menschen gekennzeichnet ist?

Vorbereitung auf Pandemien – eine der größten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts

Zugegebenermaßen handelt es sich dabei um eine Frage, die nicht mit einem einfachen Satz zu beantworten ist. Mit Blick auf die Antwort sollte an dieser Stelle dringend Erwartungsmanagement betrieben werden. Denn im Idealfall würde es der internationalen Gemeinschaft gelingen, Krankheitsausbrüche zu entdecken und einzudämmen, bevor diese sich ausbreiten und ganze Regionen oder mehrere Kontinente erfassen. Jede Pandemie ist also auch ein Zeichen dafür, dass bei Prävention, Früherkennung, Risikobewertung und Reaktion nicht die richtigen Schritte eingeleitet wurden. Aber auch wenn alle diese Ebenen der Bekämpfung gestärkt werden – und daran sollten wir dringend arbeiten –, ist in Zukunft davon auszugehen, dass wir es mit Seuchen zu tun haben werden, die sich stark und teilweise über weite Distanzen ausbreiten. Das *level of ambition* im Bereich Seuchenschutz sieht zwar vor, langfristig Krankheitsausbrüche komplett zu verhindern. Jedoch wird die realistische Zielsetzung auf absehbare Zeit auch das Management schwerer Seuchen einschließen. Dies ist der Komplexität und dem Ausmaß der Aufgabe sowie den unzähligen unterschiedlichen Szenarien von Krankheitsausbrüchen geschuldet.

So ist etwa die erfolgreiche Bekämpfung einer Seuche auch immer krankheitsspezifisch. Handelt es sich um ein Grippevirus mit hoher

Letalität wie das Vogelgrippevirus H5N1 oder um einen über die Luft übertragbaren und somit hochansteckenden Erreger wie H1N1, auch bekannt als Schweinegrippe? Haben wir es mit einem Retrovirus wie HIV zu tun oder mit einer Krankheit wie Zika oder Malaria, die von Stechmücken übertragen wird, oder etwa gar mit einem neuartigen Erreger, der uns vollkommen unvorbereitet trifft? Gibt es Medikamente oder Impfstoffe gegen den Erreger? Könnte er möglicherweise mutieren und was wären potenzielle Folgen? Zwar versucht die WHO dem teilweise zuvorzukommen, indem sie eine Liste mit Krankheitserregern führt, die sie als prioritär bezeichnet, allerdings führt die Liste – neben sieben weiteren Krankheiten – auch *Disease X*, die für einen neuen unbekanntem Erreger steht. Weiterhin hängt eine erfolgreiche Bekämpfung auch von den Bedingungen am Ausbruchsort der Krankheit ab. Wie viel Gesundheitspersonal gibt es, wie ist es ausgebildet und wie sieht die Ausstattung von Krankenhäusern aus? Und auch die Antwort auf die Frage, wie hoch oder gering das Vertrauen in staatliche und medizinische Institutionen ist, kann einen Unterschied beim Kampf gegen Epidemien machen. All das und noch vieles weitere sind Faktoren, die es zu beachten gilt, wenn eine Seuche droht und Experten reagieren müssen.

Durch diverse Maßnahmen kann die Wahrscheinlichkeit, dass Pandemien entstehen, verringert werden.

Weiterhin umfasst Seuchenschutz als Querschnittsthema vielfältige nationale und internationale Politikbereiche wie Landwirtschaft, Handel, Forschung, Entwicklung und Sicherheit. Insbesondere im Bereich Prävention ist Seuchenschutz als integraler Bestandteil von Entwicklungs-, Handels-, Forschungs- und Agrarpolitik zu verstehen. Denn diese Politikbereiche sind in der Lage, Maßnahmen einzuleiten, die auf eine Verringerung der Entstehung von Epidemien und Pandemien hinwirken können.

Gesundheitskrisen als Motor

Die EU als Region offener Grenzen, in der ein intensiver Austausch von Waren und Menschen herrscht, ist anfällig für die rasche Ausbreitung von Infektionskrankheiten. Seit den 1990er Jahren hat sich die Gemeinschaft – insbesondere die Kommission – deshalb mit der Vorbereitung auf Pandemien und Gesundheitsrisiken auf vielfältigste Art und Weise beschäftigt.² Ihre Aktivitäten sind dabei stets als Ergänzung zu bereits existierenden Mechanismen zu verstehen. Dazu zählen einerseits die nationalen Pandemiepläne, die nach einer Resolution der WHO von 2003 jedes Land entwickeln soll, und andererseits die zahlreichen Maßnahmen auf internationaler Ebene, die durch verschiedene Unterorganisationen der Vereinten Nationen, der Weltbank und zahlreiche NGOs getroffen werden.

Das Auftreten von Gesundheitskrisen wirkte dabei meist als Motor für die Erarbeitung und Implementierung von Maßnahmen und Instrumenten zum Schutz vor Gesundheitsbedrohungen auf EU-Ebene. So hat die BSE-Epidemie, die sich in den 1990er Jahren ausgehend von Großbritannien in weiteren EU-Staaten ausbreitete und die Gefahr der Übertragung auf den Menschen in Form von Creutzfeld-Jakob in sich barg, zu einer lautstarken Kritik an dem mangelnden gesundheitlichen Verbraucherschutz der EU geführt. In Folge dessen wurde 2002 die unabhängige Europäische Behörde für Lebensmittelsicherheit gegründet.³ Dieses Beispiel zeigt auch, dass ein effektiver Seuchenschutz nicht nur Gesundheitspolitik betrifft, sondern Eingriffe in zahlreiche Politikfelder, wie in diesem konkreten Fall in den Agrarsektor und den Verbraucherschutz, bedeutet.

Aber auch weitere Gesundheitskrisen haben den Entscheidungsträgern in der EU vor Augen geführt, dass Reformschritte dringend notwendig sind, um sich für die anstehenden Herausforderungen zu wappnen und notwendige Ressourcen bereitzustellen: Nach den Anthrax-Anschlägen in den USA 2001 wurde das *Health Security Committee* eingerichtet, nach der SARS-Pandemie 2002/2003 wurde das



European Centre for Disease Prevention and Control ins Leben gerufen und zuletzt zeigte die Ebola-Krise 2014/2015 den Bedarf für eine schnelle Eingreiftruppe, die im Februar 2016 mit dem *European Medical Corps* gegründet wurde. Die Europäische Kommission hat also bereits wichtige Maßnahmen eingeleitet, um zukünftigen Gesundheitsgefahren schneller und umfassender



Infektionskrankheiten auf dem Vormarsch: In den 1960er und 1970er Jahren nahm man noch an, dass Infektionskrankheiten in den kommenden Jahren besiegt seien. Dieser Optimismus ist heute weitestgehend verpufft.

Quelle: © Thomas Peter, Reuters.

zu begegnen. Ein Überblick über einige Instrumente und Maßnahmen der EU, wie diese arbeiten und ausgestattet sind und wo weiterer Handlungsbedarf besteht, soll im Folgenden näher beleuchtet werden. Es handelt sich dabei um eine Auswahl der bedeutendsten Maßnahmen und Instrumente, die in den vergangenen Jahren umgesetzt wurden.

Der Ausschuss für Gesundheitssicherheit – Verbesserung der Koordinierung und Beratung

Zentrales Beratungs- und Koordinierungsorgan der EU mit Blick auf Prävention, Vorbereitung und Reaktion auf grenzüberschreitende Gesundheitsgefahren ist das *Health Security Committee*

(HSC). Dieses wurde von der Kommission und den Mitgliedstaaten aufgrund des Schocks ausgelöst durch die Anthrax-Anschläge 2001 in den USA eingerichtet und nach der Influenzapandemie H1N1 2009 im Jahr 2013 formalisiert.⁴

Der Querschnittscharakter des Gesundheitsbereichs erfordert eine europaweite Koordinierung unter den betroffenen Behörden.

Im HSC kommen Vertreter der Gesundheitsministerien der Mitgliedsländer, einiger benachbarter Staaten sowie teilweise auch der WHO unter dem Vorsitz der Kommission – insbesondere der relevanten Generaldirektionen – regelmäßig in Brüssel zusammen. Mandat des Ausschusses ist es insbesondere, den Austausch von Informationen und die Koordinierung der einzelnen Maßnahmen mit Blick auf Gesundheitsbedrohungen sicherzustellen. Die Aufgaben umschließen dabei die Erkennung einer Gesundheitsgefährdung, die rasche Weitergabe von Information sowie die Koordinierung der Reaktion zum einen zwischen den Mitgliedstaaten und zum anderen auch innerhalb der EU zwischen den verschiedenen Generaldirektionen sowie EU-Agenturen. Weiterhin sammelt der Ausschuss wissenschaftliche Daten zur Feststellung sowie Bewertung von Risiken und konkreten Gefahren und übermittelt diese den nationalen Behörden. Die epidemiologischen Daten, die als Grundlage für Gefahren einschätzungen herangezogen werden, stammen hauptsächlich vom *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC). Weiterhin unterstützt das HSC die Mitgliedstaaten auch bei der Prävention und Vorbereitung auf Gesundheitskrisen durch Bereitstellung wissenschaftlicher und technischer Expertise sowie durch die Verbesserung von Notfallplänen.

Mit dem HSC hat die Europäische Kommission ein wichtiges Instrument im Seuchenschutz geschaffen, um Koordinierung und Absprachen

der einzelnen Mitgliedstaaten auf EU-Ebene überhaupt zu ermöglichen und wissenschaftliche sowie technische Informationen bereitzustellen. Auch die Option einer stärkeren Absprache und Koordinierung der unterschiedlichen EU-Generaldirektionen und Agenturen, die an ganz unterschiedlichen Stellen innerhalb der EU zur Abwehr von Gesundheitsgefahren arbeiten, war ein notwendiger und wichtiger Schritt. Die Verbesserung der Koordinierung innerhalb der EU sollte aber weiterhin entschieden vorangetrieben und im HSC verankert werden, da der Kampf gegen Gesundheitsbedrohungen durch den Querschnittscharakter des Bereichs und die Betroffenheit zahlreicher unterschiedlicher Politikfelder immer wieder zu zerfasern droht. Auch sollte diese erste vorsichtige positive Bewertung des Ausschusses nicht darüber hinwegtäuschen, dass diesem keinerlei Befugnis zukommt, eine Befolgung seiner Empfehlungen einzufordern. Er ist lediglich ein Instrument der Koordinierung und Beratung und auf die Mitarbeit und Informationsweitergabe der Mitgliedstaaten angewiesen.

Die europäische Seuchenschutzbehörde

Die europäische Seuchenschutzbehörde ECDC, die im Namen bereits an die mächtige amerikanische Behörde CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*) erinnert, wurde 2005 gegründet. Mit ihrer Schaffung zog man eine der Lehren aus der SARS-Pandemie des Jahres 2002/2003. Die damals noch unbekannte Krankheit hatte sich rasch von China ausgehend über Hongkong weltweit ausgebreitet und der internationalen Gemeinschaft schmerzhaft vor Augen geführt, wie schnell sich eine neuartige, hochansteckende Krankheit unbemerkt im hypervernetzten 21. Jahrhundert ausbreiten und welche schweren Schäden sie anrichten kann. Vor diesem Hintergrund entschied sich die EU dazu, eine eigene Seuchenschutzbehörde einzurichten.

Die EU-Agentur mit Sitz in Stockholm ist für die epidemiologische Überwachung und Kontrolle von 52 Infektionskrankheiten zuständig und unterstützt die EU bei der Abwehr von

Gesundheitsgefahren. Als wissenschaftliche Agentur stellt das Zentrum den EU-Entscheidungssträgern sowie den Mitgliedstaaten Daten zur Verfügung und nimmt Risikobewertungen zum Auftreten bestimmter übertragbarer Erreger vor. Auch berät die Agentur die Institutionen mit Blick auf angemessene Gegenmaßnahmen, die angesichts des Auftretens und der Ausbreitung einer bestimmten Infektionskrankheit eingeleitet werden sollten. Durch die Überwachung von Krankheitsdaten sowie den Einsatz verschiedener Instrumente der *epidemic intelligence* sammelt das ECDC entsprechende Informationen und wertet diese aus.

Die operativen Kapazitäten der EU-Agentur sind aber insbesondere im Vergleich mit der amerikanischen CDC sehr schwach ausgeprägt. So waren während der Ebola-Krise in Westafrika zum Beispiel nur sehr wenige Experten der ECDC vor Ort und spielten bei der Krisenreaktion in den hauptbetroffenen Ländern keine bedeutende Rolle, während das Personal der CDC in hoher Zahl die westafrikanischen Staaten bei der Bewältigung der tödlichen Epidemie unterstützte. Zugegebenermaßen ist im direkten Vergleich mit der amerikanischen Seuchenschutzbehörde, die über ein jährliches Budget von ca. sieben Milliarden US-Dollar (2017) und über 12.000 Mitarbeiter verfügt, die in allen US-Bundesstaaten sowie in 120 Ländern weltweit aktiv sind, die ECDC mit 290 Mitarbeitern und einem Budget in Höhe von 58 Millionen Euro (2017) relativ bescheiden ausgestattet.⁵ Zwar kooperiert die EU-Agentur mit den jeweiligen nationalen Behörden, wie zum Beispiel dem Robert-Koch-Institut in Deutschland, um den europäischen Seuchenschutz zu verbessern. Dennoch sind die Kapazitäten der ECDC – insbesondere im Bereich der operativen Krisenreaktion gerade im Vergleich mit den Amerikanern – sehr begrenzt. Über eine Aufstockung der Ressourcen für die ECDC und den Ausbau zu einer schlagkräftigeren Seuchenschutzbehörde, die auch im Ausland im größeren Maße aktiv werden kann, sollte dringend nachgedacht werden angesichts der mikrobiologischen Bedrohungslage.

Frühwarnung

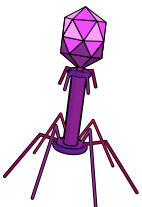
Neben der europäischen Koordinierung der Reaktion auf eine Seuche insbesondere durch das HSC und der Bereitstellung epidemiologischer Daten durch die ECDC können Frühwarnsysteme bei der Bekämpfung von Epidemien und Pandemien eine wichtige Rolle spielen. Durch die Digitalisierung und die Verfügbarkeit zahlreicher Online-Datenquellen haben sich auch für epidemiologische Überwachungssysteme neue Möglichkeiten ergeben, um Big Data zu nutzen und frühe Hinweise auf Krankheitsausbrüche mit pandemischen Potenzialen zu entdecken. So existieren verschiedene Überwachungs- und Frühwarnsysteme auf nationaler wie internationaler Ebene, die von der WHO, durch einzelne Regierungen, aber auch von NGOs oder Forschungsplattformen betrieben werden. Zu den bekanntesten internationalen Frühwarnsystemen zählen sicherlich das 1997 ins Leben gerufene *Global Public Health Intelligence Network* (GPHIN), aber auch das *Global Outbreak Alert and Response Network* (GOARN), auf dessen Daten auch die EU zugreift.⁶

An Frühwarnsysteme müssen immer eine zutreffende Risikobewertung und die angemessene Reaktion gekoppelt sein.

Daneben betreibt die EU aber auch eigene Frühwarnsysteme, wie das EU *Early Warning and Rapid Response System* (EWRS). Dieses System ist im Wesentlichen eine IT-Plattform, über welche die ECDC oder einzelne Mitgliedstaaten einen *threat* angeben können – eine biologische Gefahrenlage, die potenziell Auswirkungen auf die gesamte EU haben könnte. Auf der Plattform wird sodann eine Vielzahl von Informationen über den Erreger bereitgestellt, die von zahlreichen Systemen eingespeist wird. Über das EWRS sind die Mitarbeiter mit Gesundheitsbehörden in den Mitgliedstaaten verbunden und können sich über den Erreger austauschen.⁷

Weiterhin hat die EU das *Medical Intelligence System* (MedISys) entwickelt. MedISys durchsucht Nachrichtenartikel im Internet nach Auffälligkeiten, sortiert diese nach verschiedenen Kategorien und generiert mit Hilfe eines Algorithmus Eilmeldungen mit Blick auf potenzielle Gesundheitsgefahren.⁸

Folglich stehen der Europäischen Kommission eine Vielzahl von Informationen über sich eventuell entwickelnde Epidemien und Pandemien durch verschiedene Frühwarnsysteme zur Verfügung. Auch wenn diese Systeme ein wichtiger Baustein im Seuchenschutz sind, so hat der massive Ausbau von Frühwarnsystemen in den vergangenen Jahren schwere Krankheitsausbrüche nicht verhindert und es ist fraglich, ob weitere Systeme einen zusätzlichen Mehrwert schaffen können. Viel entscheidender – und zugegebenermaßen auch schwieriger – ist es, eine zutreffende Risikobewertung vorzunehmen und darauf aufbauend angemessene Maßnahmen zur Eindämmung einzuleiten. Geschieht dies nicht, hilft auch das beste Frühwarnsystem nicht, eine epidemische oder pandemische Ausbreitung zu verhindern. Sehr anschaulich wird dies, wenn man sich die Ebola-Epidemie 2014/2015 in Westafrika vor Augen führt: Zwar wurde die rätselhafte Krankheit, die sich ab Dezember 2013 in Guinea ausbreitete, bereits im März 2014 als Ebola in seiner tödlichsten Form Zaire identifiziert. Dennoch wurde erst im August der internationale Gesundheitsnotstand ausgerufen und eine massive internationale Hilfe setzte größtenteils erst ab September ein. Dies verschaffte der Epidemie einen Vorsprung von sechs Monaten. Frühwarnsysteme sind die *eine* Sache, eine zutreffende Risikobewertung und, darauf aufbauend, die angemessene Reaktion und schnelle Bereitstellung von Ressourcen, eine ganz *andere* Sache.



Die schnelle Einsatztruppe: Das *European Medical Corps*

Die rasche Bereitstellung von Personal und Material für die Bekämpfung einer Gesundheitskrise wurde als eine der wichtigsten Lehren aus der Ebola-Epidemie identifiziert und bereits im Februar 2016 wurde auf EU-Ebene das *European Medical Corps* (EMC) geschaffen. Das EMC gliedert sich in die bereits bestehende EU-Katastrophenschutzstruktur der *European Response Capacity* ein, die wiederum an die Generaldirektion für humanitäre Hilfe und Zivilschutz angegliedert ist.

Im Wesentlichen handelt es sich beim EMC um einen Pool von Equipment sowie Expertenteams aus der Medizin und dem *Public-Health*-Sektor, die schnell einsatzbereit sind. Elf Mitgliedstaaten beteiligen sich freiwillig mit insgesamt 17 Teams sowie Material. Deutschland ist durch das Robert-Koch-Institut mit Experten und durch ein mobiles Labor des Bernhard-Nocht-Instituts für Tropenmedizin am EMC beteiligt.

Aktuell setzt sich das *Medical Corps* aus Personal und Material zusammen, die auf unterschiedliche Beiträge zur Bewältigung einer Gesundheitskrise abzielen. Zum einen gibt es Notfallteams, die in erster Linie aus medizinischem Personal bestehen. Sie können im Einsatzgebiet erkrankte Personen direkt behandeln. Des Weiteren sorgen *Public-Health*-Experten dafür, dass in einer Gesundheitskrise die Lage vor Ort analysiert wird und entsprechende Gegenmaßnahmen eingeleitet werden. Diese Teams können zum Beispiel Trainings im Umgang mit Infizierten anbieten, Aufklärungs- und Impfkampagnen organisieren oder Verhaltensempfehlungen zur Eindämmung der Krise erteilen. Mobile Biosicherheitslabore können einen Beitrag zur schnellen Identifizierung von Infizierten leisten. Somit können Betroffene isoliert und behandelt sowie weitere Infektionsketten erfolgreich unterbrochen werden. Das EMC hält zudem medizinische Evakuierungskapazitäten bereit, damit im Falle einer hohen Zahl von Erkrankungen EU-Bürger, humanitäre Helfer oder medizinisches Personal evakuiert werden können.



Vorbereitung ist alles: Nationale und internationale Akteure müssen gemeinsam Präventionsmaßnahmen ergreifen, Früherkennung fördern, Risiken bewerten und in Gefahrensituationen entsprechend reagieren. [Quelle: © Philippe Wojazer, Reuters.](#)

So stellte die Bundesregierung während der Ebola-Epidemie in Westafrika zum Beispiel ein umgebautes Flugzeug mit einer hermetisch abriegelbaren Isolierstation zur Evakuierung erkrankter Helfer zur Verfügung. Teil des EMC sind auch Logistikteams sowie Experten, die im Krisenfall die übergeordnete Koordinierung zwischen EU, betroffenen Ländern, Vereinten Nationen und weiteren Akteuren übernehmen können.

Bisher wurde ein *Public-Health-Team* des EMCs unter anderem 2016 zum Gelbfieber-Einsatz nach Angola gesendet. Epidemiologen bewerteten die Situation vor Ort, überprüften die bereits getroffenen Kontrollmaßnahmen, berieten und unterstützten die dortigen Behörden und nahmen Risikoeinschätzungen für die EU vor. Im November 2017 wurde ein mobiles Labor über den EMC-Mechanismus auf Anfrage der WHO nach Uganda geschickt, um dort mit den

Behörden vor Ort sowie mit WHO, CDC und MSF einen Marburg Ausbruch zu bekämpfen.⁹

Mit dem EMC hat die EU eine vielversprechende, schnelle und flexible Einsatzkapazität von Personal und Material im Krisenfall geschaffen. Die ersten Einsätze scheinen nach Meinung zahlreicher Experten erfolgreich verlaufen zu sein. Einige kritische Stimmen befürchten allerdings, dass eine nachhaltige und langfristige Gesundheitspolitik, die Ressourcen insbesondere auf die Stärkung von Gesundheitssystemen und Prävention verwendet, die Ergreifung von Maßnahmen – zumal mit Blick auf die Notwendigkeit verstärkter Anstrengungen – aus dem Auge verlieren könnte, die auf eine ereignisbasierte Entdeckung und Reaktion auf schwere Gesundheitskrisen abzielen.

Äußere Dimension: Globale Gesundheitspolitik der EU

Eine umfassende Seuchenschutzpolitik beinhaltet als Querschnittsthema eine Vielzahl von Politikfeldern, setzt auf die Verschränkung der äußeren und inneren Dimension und sollte stets auch präventiv denken. Eine aktive Gesundheitsaußenpolitik und die Förderung von Gesundheit weltweit sind wichtige Schritte im Kampf gegen Pandemien und Epidemien. So ist die EU zum Beispiel Mitglied der *Global Health Security Initiative* (GHSI), ein informeller Zusammenschluss einiger Staaten mit dem Ziel, Gesundheitsbedrohungen zu minimieren. Auch trägt die Europäische Kommission als einer der größten Geber für Entwicklungsgelder mit zum Aufbau und zur Stärkung von Gesundheitssystemen weltweit bei. Insgesamt bleibt das Engagement der Gemeinschaft in Globaler Gesundheit jedoch deutlich hinter den Erwartungen zurück und lässt kaum eine übergeordnete Strategie erkennen. Zwar hat die EU eine Strategie für ihre Gesundheitsaußenpolitik 2010 verabschiedet, aber diese ist im Jahr 2019 veraltet und hat keinerlei nachhaltige Wirkung entfaltet, sodass die EU nach wie vor hinter ihren Möglichkeiten zurückbleibt. Es gelingt ihr aktuell nicht, die zahlreichen gesundheitsbezogenen Maßnahmen, die von unterschiedlichen EU-Akteuren ausgeführt werden, schlagkräftig zu bündeln und handlungsfähiger nach außen auszurichten. Auch die Tatsache, dass große Mitgliedstaaten ihre eigene Gesundheitsaußenpolitik betreiben und diese nicht notwendigerweise mit der EU abstimmen, trägt dazu bei, dass die Gemeinschaft keine stärkere Rolle in globaler Gesundheitspolitik spielt. So gelingt es ihr meistens nicht, in der WHO oder in den weiteren VN-Organisationen mit einer Stimme zu sprechen.¹⁰

Es bleiben dringende Baustellen

Wie gut sind wir auf eine Pandemie vorbereitet? Wie bereits angedeutet ist an dieser Stelle Erwartungsmanagement zu betreiben, denn es lässt sich keine einfache Antwort auf diese Frage finden. Festzustellen ist, dass die EU nach vergangenen Gesundheitskrisen – wie SARS, H1N1 oder der Ebola-Epidemie – nicht untätig

geblieben ist, sondern wichtige Lehren gezogen und zahlreiche Maßnahmen ergriffen hat. Hinzu kommt, dass sie eine Vielzahl von Organisationen und Forschungsprojekten finanziert, die sich mit einer Verbesserung der Vorbereitung und Reaktion auf Pandemien beschäftigen. Daneben fördert die Gemeinschaft den Einsatz sicherer Impfstoffe und unterstützt die Mitgliedstaaten in den Bereichen Koordinierung, Beschaffung, Forschung und Innovation.¹¹ Mit dem im Juni 2017 verabschiedeten Aktionsplan gegen Antibiotikaresistenzen hat sich die EU mit einer der bedrohlichsten Entwicklungen in der Welt der Mikroorganismen befasst.¹² Insgesamt lässt sich festhalten, dass Europa aktuell besser vorbereitet ist auf den Ausbruch einer schweren Epidemie oder Pandemie als noch vor wenigen Jahren. Jedoch kommt es insbesondere auch auf die Art des Erregers und die Schwere des Pandemieszenarios an, um diese Frage umfassend zu beantworten.

Der Rückzug der USA aus Globaler Gesundheit und der Brexit machen es für die EU notwendig, ihre globale Rolle zu stärken.

Schwächen der EU angesichts der Reaktion auf Pandemien ergeben sich insbesondere im Bereich der Koordinierung der einzelnen EU-Maßnahmen, aber auch aus dem Zusammenspiel der Mitgliedstaaten untereinander. Zwar hat die EU mit dem HSC ein Instrument zur Verbesserung der Koordinierung geschaffen, aber dieses bleibt hinter den Erwartungen zurück. Es findet weiterhin noch zu wenig Koordinierung und Abstimmung zwischen den zahlreichen Maßnahmen und Instrumenten der Gemeinschaft statt, die – durch den Querschnittscharakter des Themas bedingt – in zahlreichen unterschiedlichen Generaldirektionen oder Agenturen angesiedelt sind. Ein sektorübergreifender Koordinierungsmechanismus wäre dringend notwendig. Dieser sollte im HSC integriert werden, wo bereits jetzt

schon diverse Fäden zusammenlaufen. Dennoch sollten hier auch Vertreter weiterer Generaldirektionen und EU-Agenturen vertreten sein, die eine Rolle bei der Bewältigung von Pandemien spielen.

Mit Blick auf die Mitgliedstaaten ergibt sich ebenfalls ein fragmentiertes Bild, in dem einige Staaten schon weitreichende Maßnahmen getroffen haben und andere wiederum kaum vorbereitet sind. Auch die unterschiedlichen Standards und Ansätze der einzelnen Staaten, wie zum Beispiel bei klinischen Studien und Forschungsergebnissen, macht es ausgesprochen kompliziert, Daten auf EU-Ebene zu sammeln und auszuwerten, was auch Implikationen für die Vorbereitung auf Pandemien bedeutet.¹³ Hier besteht ebenfalls noch dringender Handlungsbedarf bei der Koordinierung und Anpassung, der im HSC besprochen und vorangetrieben werden sollte.

Auch die Aktualisierung einer globalen Gesundheitsstrategie, so wie sie aktuell von der Bundesregierung für Deutschland durchgeführt wird, ist dringend notwendig auf EU-Ebene. Durch den Rückzug der USA aus Globaler Gesundheit unter der aktuellen Administration, einer der vormals größten Förderer, sowie dem Ausscheiden Großbritanniens aus der EU, das bisher ebenfalls einen besonders starken Beitrag zu Globaler Gesundheit leistet, sollte sich die EU dringend mit der Überarbeitung ihrer Rolle beschäftigen und Ressourcen in diesem Bereich aufstocken.¹⁴ Dies ist ein unerlässlicher Schritt auf dem Weg zu einer verbesserten Seuchenschutzpolitik, denn wo immer ein Krankheitsausbruch auf der Welt entsteht – durch die globale Vernetzung kann er früher oder später auch in Europa ankommen. In diesem Zusammenhang sollte auch die finanzielle und personelle Ausstattung der ECDC verbessert und das Mandat stärker auf die Überwachung von Erregern außerhalb des Gebiets der EU ausgeweitet werden. Neben dieser äußeren Dimension sollte die Gemeinschaft sich aber auch mit der Stärkung der Gesundheitssysteme in den Mitgliedstaaten auseinandersetzen und zum Zugang zu bezahlbaren und sicheren Medikamenten beitragen. Einsparmaßnahmenlässlich der Wirtschafts- und Finanzkrise haben sich

gerade in Ländern Ost- und Südeuropas auf die Gesundheitssysteme ausgewirkt.¹⁵ Gerade dort, wo Gesundheitssysteme schwach ausgebildet sind, können sich Infektionskrankheiten besonders schnell ausbreiten. Es gilt also, das Gesundheitswesen so auszustatten, dass es eine hohe Anzahl von Patienten schnell und sicher – auch für das eigene Gesundheitspersonal – versorgen kann.

Auch wenn die EU bereits einiges unternimmt, um sich auf Epidemien und Pandemien vorzubereiten, so gibt es noch dringende Baustellen. Es handelt sich um keine leichte Aufgabe und der Einsatz von vielen Ressourcen ist notwendig. Aber das Szenario der Notfallübung, das die G20-Gesundheitsminister im Mai 2017 in Berlin durchspielten, ist real: Eine Pandemie kann jederzeit ausbrechen und Instabilität ganzer Regionen auslösen. Es gilt sich vorzubereiten.

Daniela Braun ist Referentin für Außen- und Sicherheitspolitik der Konrad-Adenauer-Stiftung.

- 1 Europäische Kommission 2017: Die EU auf die nächste Pandemie vorbereiten, in: <https://europa.eu/!pK37BX> [03.04.2019].
- 2 Vgl. European Centre for Disease Control and Prevention: European pandemic preparedness timeline, 2000–2012, in: <https://bit.ly/2JWIDif> [03.04.2019].
- 3 Vgl. Abels, G. 2013: BSE-Krise, in: Große-Hüttmann, Martin / Wehling, Hans-Georg (Hrsg.): Das Europa-Lexikon, Bonn, in: <http://bpb.de/176731> [03.04.2019].
- 4 Vgl. Europäische Kommission 2019: Framework contracts for pandemic influenza vaccines, Memo, 28.03.2019, in: <https://bit.ly/2M2Xx9v> [03.04.2019].
- 5 Office Journal of the European Union 2018: Statement of Revenue and Expenditure of the European Centre for Disease Prevention and Control for the Fiscal Year 2018, 22.03.2018, in: <https://bit.ly/2JRi1iG> [03.04.2019]; European Union: European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), in: <https://bit.ly/2WlURHL> [03.04.2019]; Centers for Disease Control and Prevention 2018: CDC At-A-Glance, in: <https://bit.ly/2VJy5p0> [03.04.2019].
- 6 Vgl. Bengtsson, Louise / Borg, Stefan / Rhinard, Mark 2019: Assembling European Health Security: Epidemic Intelligence and the Hunt for Cross-Border Health Threats, in: Security Dialogue, 50: 2, S.115–130, hier: S.121–122.
- 7 Vgl. ebd., S.123.
- 8 Vgl. ebd.
- 9 Vgl. European Commission 2018: European Medical Corps, (ECHO Fact Sheet), 04/2018, in: <https://bit.ly/30BZWLL> [03.04.2019].
- 10 Vgl. Kirch, Anna-Lena 2018: Gemeinsam für globale Gesundheit: Wie eine EU-Strategie aussehen sollte und was Deutschland beitragen kann, in: Internationale Politik 5, 09–10/2018, S. 52–57, 31.08.2018, in: <https://bit.ly/2JyeTZO> [03.04.2019].
- 11 Vgl. Europäische Kommission: Impfung, in: <https://bit.ly/2Wqe3o0> [03.04.2019].
- 12 Vgl. Europäische Kommission: EU Action on Antimicrobial Resistance, in: <https://bit.ly/2tsS4y9> [03.04.2019].
- 13 Vgl. Fortuna, Gerardo 2018: Pandemien: Europa ist gut vorbereitet, aber die Koordinierung hakt, Euractiv, 24.09.2018, in: <https://bit.ly/2HxMgcZ> [03.04.2019].
- 14 Vgl. Braun, Daniela 2018: Zu Risiken und Nebenwirkungen: Was Trump für die Führungsrolle der USA in globaler Gesundheit bedeutet, Internationale Politik 5, 09–10/2018, S. 46–51, 31.08.2018, in: <https://bit.ly/2HR9DNk> [04.03.2019].
- 15 Vgl. Kirch 2018, N.10.

Im Gespräch

„Eine weltweite Stärkung der Gesundheitssysteme zahlt sich für alle aus“

Ein Gespräch mit Dr. Christopher Elias, Vorsitzender der Abteilung für Globale Entwicklung der Bill & Melinda Gates-Stiftung

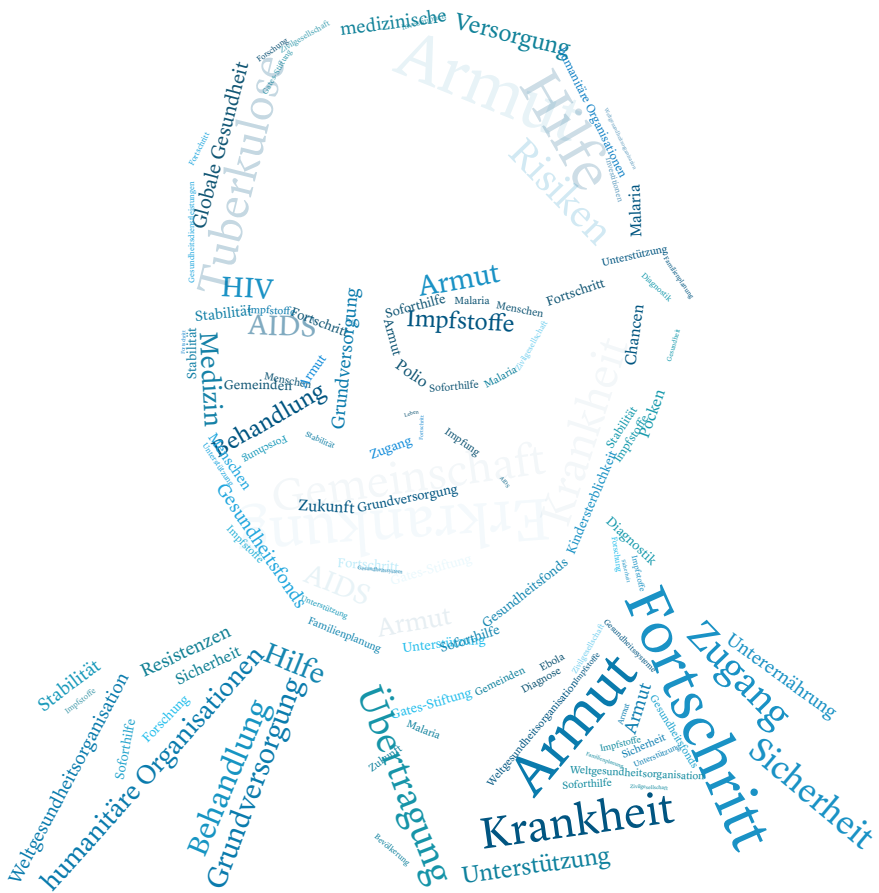


Illustration: © racken.

Ai: Dr. Elias, Sie sind Vorsitzender der Abteilung für Globale Entwicklung der Bill & Melinda Gates-Stiftung. Können Sie uns einen Überblick über die Tätigkeiten der Stiftung – insbesondere über die Tätigkeiten Ihrer Abteilung – im Bereich der Globalen Gesundheit geben?

Christopher Elias: In der Bill & Melinda Gates-Stiftung sind wir davon überzeugt, dass jeder Mensch die Möglichkeit haben sollte, ein gesundes, erfülltes Leben zu führen. Um dieses Ziel zu erreichen, arbeiten wir vor allem in Gebieten, in denen der größte Bedarf besteht. Dort können wir am meisten bewegen, weil wir bereit sind, Risiken einzugehen, die andere nicht eingehen können oder wollen, und weil wir dabei helfen können, Märkte so zu gestalten, dass sie auch den Armen dienen. Unsere Abteilung für Globale Gesundheit deckt verschiedene Bereiche ab: von der Forschung und Praxis über die Impfstoffentwicklung bis hin zum Kampf gegen vernachlässigte tropische Krankheiten. Das Ziel ist, neue Gesundheitsprodukte zu entwickeln, die den Kampf gegen die Hauptursachen für Tod und Invalidität in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen unterstützen. Die Abteilung für Globale Entwicklung arbeitet mit Partnern auf der ganzen Welt daran, verfügbare und wirkungsvolle Hilfsmittel wie Impfstoffe, Medikamente, Diagnosen und Methoden der Familienplanung für alle zugänglich zu machen. Der Fokus dieser Arbeit liegt darauf, Ländern in Afrika und Asien dabei zu helfen, eine effektive medizinische Grundversorgung aufzubauen. Dies ist auch ein Impuls, um andere wichtige globale Ziele wie die Polio-Ausrottung ins Visier zu nehmen.

Ai: Welche Herausforderungen der Globalen Gesundheit sind Ihrer Meinung nach im Hinblick auf diese globale Perspektive die dringlichsten?

Christopher Elias: Es wird davon ausgegangen, dass allein in diesem Jahr fünf Millionen Kinder ihren fünften Geburtstag nicht erleben werden. Hunderte Millionen weitere werden unter Krankheiten und Unterernährung leiden und dadurch nicht ihr volles Potenzial entfalten können. Es gibt bereits sehr gute Lösungen für viele dieser Probleme, warum also sterben immer noch so viele an vermeidbaren Krankheiten? Ich investiere viel Zeit in der Gates-Stiftung mit Forschern, Vertretern der Zivilgesellschaft und Regierungen, um zu verstehen, warum effektive Hilfsmittel wie Impfstoffe und Moskitonetze noch immer nicht alle Menschen erreichen, die diese brauchen. Märkte funktionieren nur selten für die ärmsten Bevölkerungsgruppen. Deshalb versuchen wir, Marktversäumnisse auszugleichen, indem wir in neue Mittel investieren, um Infektionskrankheiten zu bekämpfen und die Mütter- und Kindersterblichkeit zu verringern. Wir arbeiten außerdem mit globalen Partnern daran, Gesundheitssysteme zu stärken und die Bereitstellung effektiver Mittel zur Gesundheitsförderung zu finanzieren. Diese Investitionen zahlen sich aus, weil sie Millionen Menschen dabei helfen, ein gesünderes und erfüllteres Leben zu führen. Es ist schlichtweg inakzeptabel, dass alle zwei Minuten ein Kind an Malaria stirbt oder täglich fast 1.000 junge Mädchen und Frauen, vor allem in Entwicklungsländern, mit HIV infiziert werden. Der Geburtsort eines Menschen sollte nicht über seine Lebenschancen entscheiden. Gesundheits- und Wirtschaftssysteme, die alle Bevölkerungsschichten versorgen, kommen im Endeffekt der ganzen Welt zugute.

Ai: Wie sieht bei Ihnen die Bereitstellung einer medizinischen Grundversorgung und die Kooperation mit staatlichen Akteuren aus?

Christopher Elias: Trotz enormer Fortschritte in der Globalen Gesundheit hat die Hälfte der 7,3

Milliarden Menschen auf der Welt immer noch keinen Zugang zu essenziellen Gesundheitsdienstleistungen. Um diese Lücke zu schließen, müssen stabile Gesundheitssysteme aufgebaut werden, die auf einer starken medizinischen Grundversorgung basieren. Sie ist der Grundstein eines jeden Gesundheitssystems und kann den Großteil der gesundheitlichen Bedürfnisse der Menschen decken. Es ist der vertraute Ort in ihren Gemeinden, an dem Menschen eine Reihe von grundlegenden Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen können – von Impfungen über die Betreuung von Müttern und Neugeborenen bis hin zur Familienplanung.

Die Stiftung arbeitet unmittelbar mit Regierungen in einzelnen Ländern zusammen, um diesen bei der Verbesserung ihrer medizinischen Grundversorgungssysteme zu helfen. Mit dem äthiopischen Gesundheitsministerium arbeiten wir zum Beispiel daran, sogenannte Dashboards zu entwickeln, um die Daten zu medizinischen Grundversorgungssystemen besser zu visualisieren und anschließend für eine Entscheidungsfindung nutzen zu können.

In anderen Fällen unterstützen wir Regierungen dabei, die Stärken ihres Privatsektors zu nutzen, um noch mehr Menschen zu versorgen. Unsere Investitionen in *Africa Health Markets for Equity* ermöglichen es der öffentlichen Beschaffungspolitik in Ghana und Kenia, kleine private Kliniken zu beauftragen, um den Armen bezahlbare und qualitativ hochwertige Dienstleistungen anzubieten.

Ai: Doch Sie sind nicht nur in stabilen Staaten aktiv. Inwieweit beeinflussen politische Unruhen und prekäre Sicherheitslagen die Arbeit der Stiftung vor Ort?

Christopher Elias: Unsere Arbeit widmet sich hauptsächlich der Verbesserung der Gesundheit, der

Ausrottung der Armut und der Unterstützung eines wirtschaftlichen Wachstums, das den Armen Chancen bietet. Diese langfristige Entwicklungsarbeit ist inmitten eines Konflikts schlicht unmöglich. In solch einer Situation müssen sich humanitäre Organisationen darauf konzentrieren, Soforthilfe zu leisten anstatt die grundlegenden Probleme anzusprechen, die die Menschen in armen Verhältnissen daran hindern, ihr volles Potenzial zu entfalten. Letzteres erfordert einen Grad an Stabilität, der in einem Kriegsgebiet nicht gegeben ist. Die Sicherheitslage eines Landes oder einer Region hat also zwangsläufig Auswirkungen auf unsere Arbeit.

Ai: Könnten Sie uns dafür ein Beispiel geben?

Christopher Elias: Die Gates-Stiftung investiert viel Zeit in die weltweite Ausrottung von Polio.

Die Krankheit ist kurz davor, nach den Pocken zur zweiten den Menschen bedrohenden Krankheit zu werden, die erfolgreich ausgerottet werden konnte. Von den 125 Ländern, in denen Polio zu Beginn der Ausrottungskampagne endemische Ausmaße

angenommen hatte, haben 122 die Krankheit bereits ausgerottet. Lediglich drei der Länder werden nach wie vor als endemisch für die Krankheit eingestuft und nur in zwei Ländern – Afghanistan und Pakistan – kann eine Krankheitsübertragung beobachtet werden. Es ist kein Zufall, dass Afghanistan und Pakistan die letzten Barrieren im Kampf gegen die Krankheit darstellen. Beide Länder haben große Regionen mit schwer erreichbaren und anfälligen Bevölkerungsgruppen sowie Kriegs- und Krisengebiete, in denen sich die Ausrottung von Epidemien besonders schwierig gestaltet. Gleichzeitig sind solche Gebiete auch besonders anfällig für den Ausbruch und die Übertragung von Krankheiten, wie es sich bei Ebola in Sierra Leone und Liberia oder der Cholera im Kongobecken sowie am Horn von Afrika gezeigt hat. Die Herausforderung ist, dass die Krankheit bis zu ihrer vollständigen und flächendeckenden Ausrottung jederzeit wieder ausbrechen und sich weltweit ausbreiten kann. Deshalb sagen wir: Ist irgendwo Polio, ist überall Polio.

***Ai:** Zu Ihren globalen Partnern: die Stiftung arbeitet intensiv mit Staaten zusammen, allen voran mit den Vereinigten Staaten. Zieht sich Washington mit der aktuellen Regierung aus seiner Rolle im Bereich der Globalen Gesundheit zurück?*

Krankheiten und Armut in anderen Ländern. Diese Bestrebungen retten Leben und führen zu wichtigen Durchbrüchen in Wissenschaft und Technologie. Amerikanische Politiker sehen hier die Möglichkeit, die Vereinigten Staaten selbst sicherer zu machen, indem Gesundheitsrisiken erkannt und eingedämmt werden, bevor sie sich zu Pandemien entwickeln. Bisher gab es für diese Arbeit eine parteiübergreifende Unterstützung. Die globale HIV/AIDS-Initiative der USA PEPFAR (*President's Emergency Plan for AIDS Relief*) beispielsweise wurde 2003 von Präsident Bush ins Leben gerufen und seitdem zweimal vom Kongress verlängert – beide Male mit deutlichen Mehrheiten. Als starker internationaler Partner und Verbündeter hat Deutschland zusammen mit den USA die Finanzierung der größten weltweiten Gesundheitsfonds sichergestellt, was uns große Fortschritte ermöglichte. Zu diesen Fonds gehören der Globale Fonds, Gavi, die Impfallianz und die GPEI (*Global Polio Eradication Initiative*). Die Führungsinitiative durch den Präsidenten ist wichtig, doch auch die Unterstützung durch den Kongress bleibt unerlässlich. Wir sind zuversichtlich, dass sowohl der Präsident als auch der Kongress die weltweite Sicherstellung von Gesundheit weiterhin als fundamentales Interesse der Vereinigten Staaten betrachten werden.

***Ai:** Sie befürchten also nicht, dass die Tendenz zu „America First“ den Fortschritt weltweiter Initiativen zur Globalen Gesundheit gefährden könnte?*

Motto „America First“ getroffen wurden. Allerdings gibt es in den Vereinigten Staaten eine starke Unterstützung verschiedener Regierungszweige, ganz zu schweigen vom Privatsektor, der Zivilgesellschaft und der allgemeinen Öffentlichkeit, für globale Gesundheitsinitiativen. Diese Unterstützung muss ihren Ausdruck in Form von Mitteln für Einrichtungen finden, die grundlegende Gesundheitsdienste bereitstellen, sowie

Christopher Elias: Seit Jahrzehnten sind die Vereinigten Staaten führend im Kampf gegen

Christopher Elias: Wir sind sehr besorgt über einige der politischen Entscheidungen, die unter dem



Kindersterblichkeit: Jährlich sterben immer noch Millionen von Kindern an bereits behandelbaren Krankheiten und an Unterernährung – oft wegen unzulänglicher Gesundheitsversorgung in ihren Heimatländern.

Quelle: © Sukree Sukplang, Reuters.

für diejenigen, die die medizinische Forschung vorantreiben, insbesondere bei armutsbedingten Krankheiten. In den meisten Fällen ist diese Form der Unterstützung gegeben. Doch es gibt eindeutig einen erheblichen, noch nicht befriedigten globalen Bedarf.

Ai: Sicherlich kann man nicht davon ausgehen, dass ein einziges Land die Sicherheit der weltweiten Gesundheit garantieren kann. Welche Rolle könnte und sollte Deutschland in diesem Bereich spielen?

Christopher Elias: Mehr als je zuvor ist eine Führungsrolle Deutschlands für den Erfolg dieser Arbeit von zentraler Bedeutung. Deutschland ist historisch gesehen der viertgrößte staatliche Geber des Globalen Fonds. Diese Unterstützung hat Millionen Leben gerettet. Deutschlands dauerhafte Führungs- und Einsatzbereitschaft ist auch für die GPEI wichtig, die

dieses Jahr ihre Strategie für die Jahre 2019 bis 2023 vorstellen wird. Dank der GPEI, ihren Partnern und ihren Geldgebern können wir weltweit einen 99-prozentigen Rückgang von Polio-Fällen verzeichnen. Um diese Krankheit endgültig auszurotten und den Grundstein für eine Zukunft ohne Polio zu legen, brauchen wir die kontinuierliche Unterstützung von Hauptgeldgebern wie Deutschland.

Aus diesem Grund bin ich vor allem für die unverzichtbare und führende Rolle dankbar, die Deutschland im Entwicklungs- und Gesundheitssektor spielt. Während der erfolgreichen G7- und G20-Präsidentschaften hat Deutschland die Wirtschaftsmächte der Welt zusammengeführt, um neue Vereinbarungen zu treffen, die noch mehr Menschen Zugang zu Gesundheitsmaßnahmen ermöglichen. Das bedeutet mehr Sicherheit für alle.

Um grenzüberschreitend Ergebnisse auf einem hohen Niveau zu erzielen, brauchen wir Investitionen in Forschung und Entwicklung, bei der die Probleme armer Menschen im Mittelpunkt stehen. Außerdem brauchen die starken multilateralen Organisationen Investitionen, um weiterhin Gesundheitsmaßnahmen zu den Ärmsten zu bringen. Deutschlands Rolle ist in diesen Bereichen im wahren Sinn des Wortes führend.

Ai: Die Stiftung arbeitet nicht nur mit Regierungen, sondern auch mit nicht-staatlichen Partnern und internationalen Organisationen wie der WHO zusammen. Welcher Gedanke liegt diesen Partnerschaften zugrunde?

Christopher Elias: Während Regierungen eine zentrale Rolle bei der Verbesserung der medizinischen

Grundversorgung für ihre Bevölkerung spielen, bieten Geldgeber einen wichtigen Anreiz für den nachhaltigen Fortschritt.

Wir können dabei helfen, die globalen öffentlichen Güter zu entwickeln, die für die Stärkung der medizinischen Grundversorgung nötig sind, wie z. B. einen verbesserten Informationsfluss. Viele Länder sehen die medizinische Grundversorgung zwar als Priorität an, haben aber nicht die nötigen Informationen, um die anvisierten Ziele zu erreichen. Aus diesem Grunde ist die Stiftung eine Partnerschaft mit der Weltbank und der Weltgesundheitsorganisation eingegangen, um die *Primary Health Care Performance Initiative* (PHCPI) ins Leben zu rufen, die Regierungen mit den nötigen Daten, Informationen und der nötigen Unterstützung versorgt, um eine faktenbasierte Verbesserung der medizinischen Grundversorgungssysteme in Gang zu setzen. Im vergangenen Herbst arbeitete die PHCPI mit zwölf Vorreiter-Regierungen an der Entwicklung einer Reihe „Vital Signs Profiles“ – einem neuen Messinstrument, das Länder dabei unterstützen soll, die medizinische Grundversorgung zu verstehen und letztendlich zu optimieren.

Von großer Bedeutung für den Fortschritt der Globalen Gesundheit wird diesen Oktober das Treffen des Globalen Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria sein, der im kommenden Oktober seine nächste Finanzierungsrunde in Lyon, Frankreich abschließt. Der Fonds hat dabei geholfen, Menschen mit lebensrettender antiretroviraler Therapie, insektizid-imprägnierten Moskitonetzen, Diagnostik und anderen Werkzeugen zu versorgen und die Belastung, die diese Krankheiten für die ärmsten Regionen der Welt bedeuten, zu reduzieren. Seit der Gründung des Globalen Fonds ist

die Zahl der an AIDS, Tuberkulose und Malaria sterbenden Menschen um ein Drittel gesunken. Doch neue Gefahren wie die steigende Arzneimittel- und Insektizid-Resistenz zeigen, dass wir unsere Bemühungen jetzt steigern müssen – andernfalls riskieren wir einen Rückschritt. Diesen zu verhindern hat für uns höchste Priorität.

Unser Ziel ist es, Regierungen mithilfe dieser und anderer Investitionen die nötigen Werkzeuge, Informationen sowie die nötige Unterstützung zu bieten, damit sie Veränderungen vorantreiben können, die ihrer Bevölkerung eine bessere Gesundheitsversorgung bieten. Letzten Endes stellen wir uns eine Welt vor, in der jeder Mensch in seiner Umgebung Zugang zur medizinischen Versorgung hat – der erste Schritt ist dabei eine gemeinsame Stärkung der medizinischen Grundversorgung.

Ai: In Anbetracht der obengenannten Faktoren: Wann wird diese Welt, in der jeder Mensch Zugang zu einer sicheren Quelle der medizinischen Versorgung hat, Realität sein?

Christopher Elias: Nun, ich wünschte, ich könnte wahr sagen.

Bereits 2015 haben sich alle Länder der Vereinten Nationen verpflichtet, ihre Zusagen innerhalb von 15 Jahren umzusetzen. Konkret einigten sie sich darauf, bis 2030 „ein gesundes Leben zu gewährleisten und das Wohlbefinden aller zu fördern“. Dies ist ein ehrgeiziges, aber erreichbares Ziel. Wir sind bereits auf dem besten Weg, Polio weltweit auszurotten, eine Krankheit, von der noch vor 30 Jahren jährlich rund 350.000 Menschen betroffen waren. In den letzten 20 Jahren hat sich die Kindersterblichkeit um die Hälfte verringert. Auch die Zahl der Todesfälle durch Malaria und Aids hat sich seit Anfang der 2000er Jahre halbiert. Wenn wir dieses Tempo des Fortschritts beibehalten, wird eine Welt mit Zugang zu medizinischer Versorgung für alle früher Realität werden als wir denken.

Das Gespräch führte Samuel Krug.

–übersetzt aus dem Englischen–



Globale Gesundheit

Klimawandel und öffentliche Gesundheit

Peter Hefele / Louisa Gaus

Die Welt verändert sich – beunruhigend schnell und weitgehend durch Menschen verursacht. Die Auswirkungen des Klimawandels sind bereits heute deutlich spürbar und Naturkatastrophen sind fast schon an der Tagesordnung. Der Klimawandel hat massive Auswirkungen auf unsere Gesundheit. Dementsprechend gilt es nicht nur, die Treibhausgase zu reduzieren, sondern auch, sich auf die wetter- und klimawandelbedingten Konsequenzen einzustellen und sich an diese anzupassen. Eine klimaresiliente Gesundheitspolitik wird nötig.



„Zahl der Hitzetoten nimmt zu“ – „Tropische Tigermücke rückt nach Norden vor“

Bei der Diskussion um den Klimawandel geht es nicht mehr nur um die Vermeidung von klimaschädlichen Treibhausgasen und den nachhaltigen Umbau unserer Gesellschaften in einem post-fossilen Zeitalter. Wie die Schlagzeilen in der deutschen Presse im Rekordhitzesommer 2018 zeigen, muss sich auch die deutsche Gesellschaft auf wetter- und klimawandelbedingte Konsequenzen einstellen, die bislang allenfalls zu den unangenehmen Folgen von Fernreisen oder Katastrophenberichten aus den Entwicklungsländern gehörten.

Global gesehen ist die Diskussion über die massiven Veränderungen von Ökosystemen durch den Klimawandel nicht neu. Dass das bisherige wirtschaftliche Entwicklungsmodell seit der Industrialisierung zu einer immensen Verschmutzung der Luft, der Meere und der Umwelt führt, ist unstrittig. Dass dieses Produktions- und Konsummodell nicht nachhaltig ist und langfristig zu einem massiven Verlust biologischer Vielfalt und einer rapiden Erwärmung der Erdatmosphäre führt, wird kaum mehr in Frage gestellt. Zwar sind die Folgen einer Veränderung des Klimas aufgrund der komplexen Zusammenhänge zwischen und für die Ökosysteme der Erde schwer einzuschätzen. Dennoch sind schon heute massive Auswirkungen spürbar. Die Zunahme von Naturkatastrophen, Hitzewellen und unregelmäßigen Niederschlägen in verschiedensten Teilen der Welt lassen sich bereits heute unbestreitbar

den Folgen klimatischer Veränderungen zuordnen. Während die beschlossenen Maßnahmen zur Reduzierung der Treibhausgase (*Mitigation*) immer noch unzureichend sind, müssen sich Gesellschaften weltweit zugleich an die massiven Herausforderungen des Klimawandels anpassen (*Adaptation*). Dazu gehört auch, die Widerstandsfähigkeit öffentlicher Infrastrukturen zu stärken.

Die folgende Übersicht möchte deshalb das Bewusstsein gerade auch in Deutschland schärfen, dass kritische Infrastrukturen – und dazu gehört unser Gesundheitssystem – auf die bereits heute erkennbaren Belastungen durch die Folgen des Klimawandels einzurichten sind. Eine vorausschauende und rational abwägende öffentliche Diskussion ist auch hierzulande dringend geboten – gerade weil Deutschland nach allen bekannten Szenarien zu den Weltregionen gehört, die in den nächsten Jahrzehnten (noch) am wenigsten von den direkten Folgen des Klimawandels betroffen sein werden. Wohl aber kann sich unser Land den indirekten Folgen, aber auch den globalen Verantwortlichkeiten nicht entziehen.

Die nachfolgende Analyse orientiert sich am internationalen Konzept von „public health“, weil dieser Ansatz umfangreicher als der deutsche Begriff „öffentliches Gesundheitswesen“ ist und das Gesundheitssystem stärker in seinen Bezügen zur gesamten Gesellschaft darstellt. Ferner stehen mittel- und langfristige klimatische Veränderungen im Mittelpunkt; kurzfristige

Wetterphänomene bleiben außer Betracht. Und noch eine Vorbemerkung gilt es zu machen: Anpassungen an den Klimawandel haben die biologische und kulturelle Evolution des Homo sapiens maßgeblich vorangetrieben, insbesondere der Wechsel von Warm- und Kaltzeiten. Diese weitgehend natürlichen Veränderungsprozesse werden jedoch seit der industriellen Revolution durch vom Menschen verursachte Emissionen von fossilen Treibhausgasen immer stärker und in rasantem Tempo überformt (*Zeitalter des Anthropozän*). Die stetig steigende Konzentration solcher Gase verstärkt den natürlichen Treibhauseffekt der unteren und mittleren Erdatmosphäre. Schon ein minimales Ansteigen der globalen Durchschnittstemperatur kann erhebliche, jedoch regional sehr unterschiedliche Effekte auf die Temperatur- und Feuchtigkeitsverhältnisse haben – und dies setzt dann eine ganze Kaskade von Veränderungen in den Ökosystemen, aber auch den gesellschaftlichen Systemen in Gang. Um die Folgen für eine dieser Kaskadenstufen, das Gesundheitssystem, soll es nachfolgend gehen.

Gerade die Regionen, die schon heute regelmäßig von wetterbedingten und geologischen Katastrophen heimgesucht werden, können dem wenig entgegensetzen.

Die Zusammenhänge zwischen globalem und regionalem Klimawandel, der Veränderung von Ökosystemen und deren direkten wie indirekten Auswirkungen auf die „öffentliche Gesundheit“ sind keineswegs eindeutig. Ob eine Veränderung des Klimas beispielsweise ein erhöhtes Vorkommen einer Krankheit zur Folge hat, ist meist eine sehr komplexe Fragestellung. Eine einfache Zuordnung im Sinne von Ursache und Wirkung ist, wie bei vielen klimabedingten Phänomenen (z. B. auch bei der Migration),¹ bislang theoretisch und empirisch nicht sicher zu belegen (sog. *Zuordnungs-/Attributionsproblematik*). Das

macht es auch schwer, zuverlässige Prognosen über die jeweiligen Effekte zu erstellen und Politik und Gesellschaft für präventive Maßnahmen zu mobilisieren. Im Folgenden werden zunächst globale Erkenntnisse wiedergegeben; im letzten Teil steht dann erneut die Situation in Deutschland im Blickpunkt.

Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit

Die Auswirkungen von kurzfristigen, wetterbedingten Veränderungen auf die individuelle menschliche Gesundheit sind vergleichsweise gut erforscht. Erhebliche Erkenntnislücken bestehen jedoch bei mittel- und langfristigen Effekten auf die physische, psychische und auch soziale Gesundheit des Menschen – ein Phänomen, das wir im Bereich der Klimaforschung unter dem Begriff *slow onset* auch für andere negative Effekte des Klimawandels kennen. Ferner muss zwischen *direkten* und *indirekten* Einflüssen des Klimas auf die Gesundheit unterschieden werden:

- *Direkte Auswirkungen* auf den menschlichen Körper, aber auch auf soziale Verbände, werden durch extreme Temperaturen, wie Hitzewellen und Kaltfronten, oder auch durch Extremwetterlagen, wie Hagel, Stürme, Starkniederschlag, Hochwasser und Erdbeben, ausgelöst.
- *Indirekte gesundheitliche Einflüsse* treten mittel- und langfristig aufgrund von nachteilig veränderten Umweltbedingungen als Folge einer Veränderung des Klimas auf. Das reicht von erhöhten Anteilen an biologischen Allergenen und Pathogenen, einer höheren Inzidenz von vektoren- oder wasserübertragbaren Krankheiten bis zur systematischen Beeinträchtigung des Trinkwassers, der Luftqualität und von Nahrungsquellen.

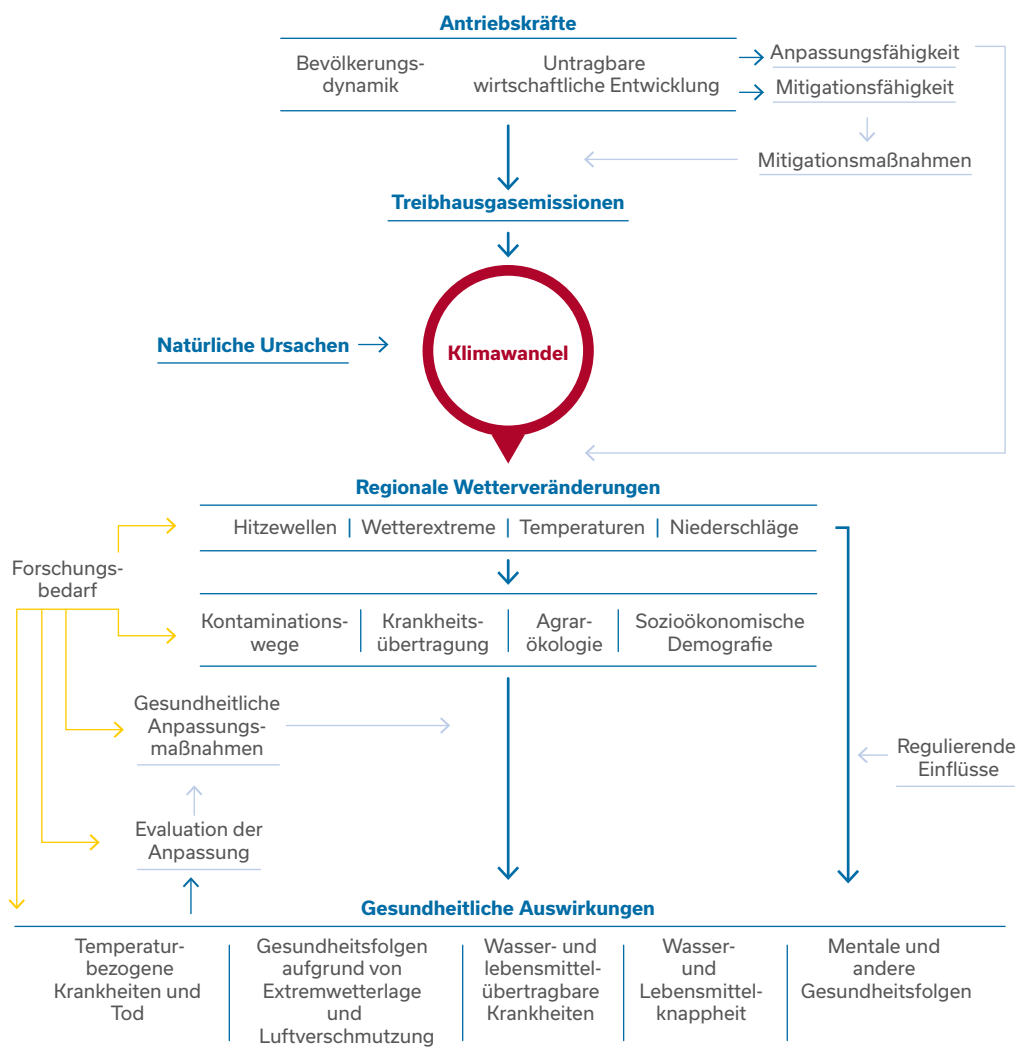
Im Folgenden sollen *fünf Effekte* herausgegriffen werden, die wesentliche Ursachen für eine weltweit steigende Belastung der öffentlichen (und auch privaten) Gesundheitssysteme darstellen. Wie stark sich diese vor Ort auswirken, hängt wesentlich von lokalen Umweltbedingungen und

sozialökonomischen Umständen ab. So haben gerade die Regionen, die schon heute regelmäßig von wetterbedingten und geologischen Katastrophen heimgesucht werden, nur eine schwache Infrastruktur (etwa keinen direkten Zugang zu Krankenhäusern oder fehlende Transportwege), so dass sich die Probleme im dortigen Gesundheitswesen noch weiter verstärken werden. Auch Küstenregionen sind durch Stürme und den steigenden Meeresspiegel besonders gefährdet, ebenso wie urbane Zentren mit ihrer hohen Bevölkerungsdichte. Dies zeigt, wie wichtig es

ist, die Schnittstellen zwischen gesundheitlicher Versorgung und anderen Bereichen der Daseinsvorsorge (Wasser, Energie, Nahrungsmittel) bei der Formulierung entsprechender Politiken zu berücksichtigen. Diese sind wiederum eingebettet in umgreifende globale Entwicklungen wie die Globalisierung, den demografischen Wandel, Migration und soziale Mobilität.

Abbildung 1 versucht die komplexen Wirkungszusammenhänge zwischen den Antriebskräften des Klimawandels, die Konsequenzen dieses

Abb. 1: Wirkungszusammenhänge



Quelle: Eigene Darstellung nach WHO/UNEP 2018.

Wandels und die gesundheitlichen Auswirkungen auf die Menschheit abzubilden. Doch es besteht weiterer Forschungsbedarf, insbesondere in den Bereichen der regionalen Veränderung der Wetterlage, gesundheitlichen Anpassungsmaßnahmen und den vielfältigen Effekten auf die menschliche Gesundheit. Lokale /regionale Wetterveränderungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit sind der Punkt, an dem Anpassungsmaßnahmen am meisten Sinn ergeben und am effektivsten wirken. Bei der Mitigation stehen die Verlangsamung, die Verminderung oder sogar die Rücknahme des Klimawandels im Mittelpunkt, was nur durch eine drastische Reduzierung von Treibhausgasemissionen gelingen kann.

Steigende Durchschnittstemperaturen

Der menschliche Organismus muss sich fortwährend mit den klimatischen Schwankungen seiner Umgebung auseinandersetzen. Mit Anpassungsreaktionen, wie zum Beispiel Schwitzen oder Zittern, reagiert der Körper auf diese äußeren Reize. Extreme Veränderungen setzen den Körper unter Stress. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen klimatischen Bedingungen sowie der menschlichen Gesundheit und dem Wohlbefinden. Studien zufolge erhöht eine signifikante Abweichung der optimalen Temperatur für eine Bevölkerung, ganz gleich ob es sich um eine Zu- oder Abnahme handelt, die Sterberate. Dabei handelt es sich vor allem um Herz-/Kreislaufprobleme, insbesondere bei Menschen mit Vorerkrankungen. Dies konnte in den letzten Jahren schon in Europa beobachtet werden. Noch wesentlich gravierender dürfte es sich aber z. B. in der MENA-Region (Nahost und Nordafrika) auswirken, wo mit sommerlichen Temperaturen von über 50 Grad Celsius gerechnet werden muss.

Erhöhte Temperaturen führen aber auch zu intensiveren und längeren Blütezeiten von Pflanzen und ausgedehnten Flugzeiten von biologischen Allergenen, wie zum Beispiel Pollen, was zu einem erhöhten Auftreten von Allergien beitragen wird.

Besonders bedrohlich ist die steigende Übertragungsrate von vektor-, wasser- oder lebensmittelübertragbaren Krankheiten, die vor allem bei länger anhaltenden wärmeren Temperaturen auftreten. Dies stellt für Entwicklungsländer die größte Bedrohung dar und dort insbesondere auch für Kinder. Krankheiten, die bislang eher in (sub-)tropischen Regionen verbreitet sind (z. B. Malaria oder Dengue-Fieber), werden ihre geografische Ausbreitung und Saisonalität verändern. Durch die Intensivierung und Verlängerung der warmen Perioden treten diese Krankheiten dann auch in bis dahin unüblichen Gegenden auf. Solche Krankheiten, die durch Vektoren (Stechmücken, Zecken etc.) übertragen werden, stellen zunehmend (oder auch wieder) für den mediterranen, ja sogar mitteleuropäischen Bereich eine Gefahr dar.

Die indirekten Auswirkungen von vermehrten Hitze- und Trockenperioden bestehen in einer geringeren landwirtschaftlichen Produktivität und Wasserknappheit. Dies beeinträchtigt die lokale Ernährungssituation und führt häufig zu ressourcenbedingten Konflikten sowie einer Destabilisierung lokaler sozialer Systeme.

Naturkatastrophen

Extreme wetterbedingte und geologische Naturvorkommnisse, wie tropische Zyklone, Überflutungen, Starkregen, Erdbeben, Tornados, Hagel und Hurrikane, führen unmittelbar zu massenhaften Verletzungen oder Tod. Gravierender ist aber die regelmäßige und systematische Zerstörung lokaler Infrastrukturen, wie etwa der Zugang zu sauberem Trinkwasser, Lebensmitteln, Elektrizität, medizinischen Einrichtungen und Schutzunterkünften. Dadurch erhöht sich die Infektionsrate von wasser-, vektoren- und lebensmittelübertragbaren Krankheiten, während sich der Zugang zu medizinischer Versorgung zugleich massiv verschlechtert.

Neben Lebensmittel- und Wasserknappheit leiden viele Menschen, die eine Naturkatastrophe überlebt haben, an Angstzuständen und psychologischen Symptomen (z. B. Traumata). Diese gesundheitlichen Konsequenzen werden häufig





Extreme Wetterlagen: Besonders bedrohlich ist die steigende Übertragungsrate von durch Wasser oder Lebensmittel übertragenen Krankheiten, die vor allem bei lang anhaltenden Hitzewellen und Trockenheit auftreten können. [Quelle: © Ahmad Masood, Reuters.](#)

jedoch im Rahmen von akuter Katastrophenhilfe nicht adressiert. Doch kann die angemessene Behandlung solcher Folgeerkrankungen maßgeblich für die langfristige Widerstandsfähigkeit einer Bevölkerung sein.

Anstieg des Meeresspiegels

Als typisches *slow onset*-Phänomen kann der Anstieg des Meeresspiegels angesehen werden, der schon heute für dichtbesiedelte Küstenregionen und Inselstaaten gerade in Asien und im Pazifik fatal ist. Die küstennahe Infrastruktur wird nur unter größten Anstrengungen zu halten sein und für hunderte Millionen von Menschen schwindet systematisch die Lebensgrundlage, etwa durch das Eindringen von Salzwasser in Trinkwasserspeicher und fruchtbare Ackerböden. Dies führt zu einer multiplen Ressourcenknappheit, was

Unterernährung, Krankheiten (z. B. Arsenvergiftungen) und Wasserknappheit auslösen kann.

Luftverschmutzung

Durch die Ansammlung von Treibhausgasen, insbesondere Stickoxiden, in der unteren und mittleren Atmosphäre leidet die Luftqualität, vor allem in stark besiedelten Regionen. Die vermehrte Menge an Allergenen und Pathogenen in der Luft und die Verschmutzung durch Industrie- und Autoabgase haben einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit der Menschen in der Umgebung. Durch die *Akkumulation* derartiger Schadstoffe nimmt die Häufigkeit von Atemwegserkrankungen und Allergien zu. Ferner führen wärmere Temperaturen etwa zu einer bodennahen Bildung von gasförmigem Ozon. Eine erhöhte

Konzentration von Ozon in der Luft hat wiederum erhebliche Auswirkungen auf die Gesundheit der Menschen.

Aufgrund dieser vorgenannten Belastungssyndrome prognostizierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2018 pro Jahr 250.000 zusätzliche *direkte* Todesfälle aufgrund des Klimawandels für den Zeitraum zwischen 2030 und 2050. Konkret wären dies 38.000 Todesfälle wegen Hitze bei älteren Menschen, 48.000 wegen Diarrhö, 60.000 wegen Malaria und 95.000 aufgrund von Unterernährung bei Kindern.² Bezieht man *indirekte* Folgen mit ein, so dürften die Zahlen deutlich höher sein.

Konsequenzen

Anpassung und Resilienz der öffentlichen Gesundheitssysteme

Vor dem Hintergrund dieses *Belastungssyndroms* stehen die Gesundheitssysteme weltweit vor der Aufgabe, sich auf die sich abzeichnenden Risiken für die menschliche Gesundheit besser einzustellen. Hier handelt es sich um einen wichtigen Teil des breiten klimapolitischen Feldes der Anpassung (*Adaption*). Organisatorische und finanzielle Strukturen staatlicher und privater Gesundheitssysteme müssen vor dem Hintergrund absehbar erhöhter Belastungen in Richtung einer steigenden *Resilienz* umgebaut werden. Doch kann diese Herausforderung nicht alleinige Aufgabe des Gesundheitssystems sein. Planungsprozesse im Bereich von Stadtentwicklung, *good governance* oder die Reorganisation globaler Wertschöpfungsketten spielen oft eine ebenso bedeutsame Rolle.

In der bisherigen Entwicklungspolitik stand meist der Aufbau von Infrastrukturen öffentlicher Gesundheit im Mittelpunkt. Mittlerweile hat man aber erkannt, dass anstatt der Symptome eher die zugrunde liegenden Faktoren (*Stressoren*) bekämpft werden müssen, die zu einer höheren *gesundheitlichen Verwundbarkeit* von Gesellschaften führen. Dies gilt exemplarisch auch für die Ursachen und Auswirkungen des Klimawandels. Denn dieser *zusätzliche*

Stressor trifft meist auf Gesundheitssysteme, die bereits heute an vielen Orten und aus vielfältigen anderen Gründen ihren Aufgaben nicht ausreichend gerecht werden (können): ein mangelndes Ineinandergreifen verschiedener Schritte der medizinischen Versorgung (*Disruption*), der Mangel an allgemeiner gesundheitlicher Bildung, das Fehlen von sozialen Unterstützungssystemen oder fehlende Geschlechtergleichheit. Wirksame Prävention und Kuration setzen ein hohes Maß an Wissen um spezifische lokale Bedingungen voraus und müssen im Kontext weiterer entwicklungspolitischer Maßnahmen gesehen werden.

In der Entwicklungspolitik müssen statt der Symptome eher die zugrunde liegenden Faktoren bekämpft werden.

Dabei stellt die rapide fortschreitende Verstädterung weltweit einen entscheidenden Faktor dar. Die Konsequenzen einer hohen Siedlungsdichte in urbanen Räumen, gerade der Entwicklungsländer, begünstigen schon heute eine Reihe negativer gesundheitspolitischer Effekte, die sich im Zuge des Klimawandels noch verschärfen werden. Dies beginnt bei der Entstehung von Hitzeinseln, die durch eine fehlerhafte und energetisch ineffiziente Bauweise und Siedlungsplanung hervorgerufen werden. Es setzt sich bei der Anlage von Siedlungen fort, die oft in Fluss- und Küstengebieten liegen und von Klimawandelphänomenen wie Überschwemmungen und steigendem Meeresspiegel betroffen sind. Und es endet beim Aufbau leistungsfähiger Trinkwasser- und Abwasser-, aber auch Kommunikationssysteme, die maßgeblich zur Vermeidung und Bekämpfung von Epidemien beitragen.

Klimamigration

Schwache oder fehlende Staatlichkeit gehört weltweit zu den wichtigsten Faktoren für eine unzureichende Gesundheitsversorgung. Die Stärkung funktionsfähiger staatlicher Strukturen ist entscheidend, um angemessen auf die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels reagieren zu können. Fatalerweise erhöht gerade letztere die Fragilität von Staaten und Gesellschaften. Wasser- und Lebensmittelknappheit sowie weitere natürliche Ressourcen schaffen schon heute die Grundlagen für innerstaatliche und grenzüberschreitende Konflikte. Wenn die ohnehin knappen Ressourcen durch Wetterextreme oder Naturkatastrophen noch weiter beeinträchtigt oder zerstört werden, verstärkt dies wiederum die regionale und weltweite Migration und gefährdet damit die Stabilität der aufnehmenden Gesellschaften. Internationale Regelungen für die Unterstützung von Klimamigranten müssen deshalb priorisiert werden. Dies hätte unmittelbare positive Effekte auf den Gesundheitszustand (sowohl physischer wie psychosozialer Art) der Betroffenen als auch auf die Funktionsfähigkeit lokaler Gesundheitssysteme.

Ansätze für eine klimaresiliente Gesundheitspolitik

Globale Ansätze

Wie erwähnt, sollten im besten Fall Vermeidungs- und Anpassungsstrategien für den Klimawandel Hand in Hand gehen – dies gilt auch mit Blick auf den Gesundheitssektor. Gleichwohl liegt heute der Schwerpunkt in Politik und internationaler Gesundheitsforschung eher auf der *Anpassung*. Gründe hierfür sind die kürzeren Zeithorizonte, fehlendes Wissen um die komplexen Wirkungszusammenhänge und der Mangel an internationaler Koordination, was häufig zu (eigentlich) ineffizienten lokalen/nationalen Maßnahmen führt.

Die WHO hat 2015 erstmals einen umfassenden Plan gegen Klimaveränderungen und die damit verbundenen Gesundheitsrisiken vorgestellt.³ Der Fokus der WHO liegt auf der Unterstützung

der Mitgliedstaaten bei der Auseinandersetzung von Gesundheitsrisiken aufgrund des Klimawandels, damit Resilienz, Kapazitäten und Selbstkompetenz der Gesundheitssysteme vor Ort gestärkt und ausgebaut werden, um neuen Belastungen standzuhalten. Die WHO definiert *vier Handlungsfelder*, die das Bewusstsein der globalen Öffentlichkeit steigern und effektivere Maßnahmen fördern sollen:

1. Aufbau von Partnerschaften

Schon auf internationaler Ebene ist die Zuständigkeit für den Bereich *public health* zersplittert. Deshalb soll eine Plattform für eine bessere Koordination der verschiedenen Organe der Vereinten Nationen geschaffen werden, um Synergieeffekte zu stärken und dem Thema Gesundheit einen höheren Stellenwert auch in der internationalen Klimadiplomatie einzuräumen.

2. Bewusstseinsbildung

Trotz der existenziellen Bedeutung fehlt in vielen Ländern ein systematischer und präventiver Diskurs über die Auswirkungen der absehbaren Klimaveränderungen. Globale und nationale Institutionen sollten verstärkt in die Aufklärung der Bevölkerung, aber auch der politischen, administrativen und wirtschaftlichen Entscheidungsträger investieren.

3. Stärkung der wissenschaftlichen Forschung

Wie eingangs dargestellt, sind die Zusammenhänge zwischen den vielfältigen Phänomenen des Klimawandels und deren direkten und indirekten Auswirkungen auf die Globale Gesundheit noch häufig unklar. Deshalb schlägt die WHO die koordinierte Entwicklung einer globalen Agenda sowie ein systematisches Monitoring der Veränderungen vor. Dessen ungeachtet sind die Länder angehalten, jeweils lokal geeignete Anpassungsstrategien zu entwickeln.

4. Unterstützung der Reaktionsfähigkeit des Gesundheitswesens auf die Klimaveränderung

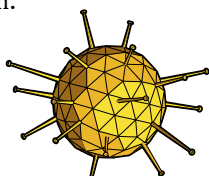


Bewusstseinsbildung: Trotz der existenziellen Bedeutung fehlt in vielen Ländern ein systematischer und präventiver Diskurs über die Auswirkungen der absehbaren Klimaveränderungen. [Quelle: © Barry Malone, Reuters.](#)

Kern und Priorität nationaler Gesundheitspolitiken sollte es sein, die Kapazitäten lokaler Gesundheitssysteme durch (Weiter-) Bildung, technische Beratung, Bereitstellung technischer und finanzieller Unterstützung sowie die Entwicklung von Best Practice-Prozessen zu steigern. Hierzu können auch eine freiwillige Berichterstattung über die lokalen Herausforderungen und Fortschritte in den einzelnen Ländern zählen.

Europäische Zusammenarbeit

Die erste Europakonferenz über Umwelt und Gesundheit wurde bereits 1989 von der WHO initiiert. Dort wurde festgelegt, dass jedes Mitgliedsland der Europäischen Union einen nationalen Aktionsplan für Umwelt und Gesundheit erarbeitet. In Deutschland wird dieser von dem Aktionsprogramm Umwelt und Gesundheit, kurz APUG, repräsentiert – einer Kooperation zwischen





Ministerien und Bundesbehörden, die Erforschung und Aufklärung über Umwelt-, Gesundheits- und Verbraucherschutz, mit Schwerpunkt auf Kindern und Jugendlichen, fördert. Die spezifischen Handlungsfelder reichen von der Verbesserung der Kommunikation bei Gesundheitsrisiken zu europaweiten Handlungsansätzen. Die Förderung einer umwelt-, klima- und gesundheitsbewussten Lebensweise der lokalen Bevölkerung steht ebenfalls im Mittelpunkt.

Die Situation in Deutschland

Wie sieht es vor diesem Hintergrund nun in der Bundesrepublik Deutschland aus? Schon 2008 hat das Robert-Koch-Institut (RKI) Hitzewellen, Überschwemmungen, das erhöhte Vorkommen von Allergenen und vektorvermittelten Krankheiten als besonders gefährliche Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit in Deutschland definiert. Dies muss in Deutschland auch vor dem Hintergrund der demografischen Veränderungen und mit Blick auf die Rolle des Landes als zentraler Knoten im internationalen Wirtschaftsaustausch gesehen werden. Gerade eine weitere globale Verflechtung, aber eben auch ein wachsender Anteil älterer Menschen stellen spezifische Faktoren dar, die klimabedingte Auswirkungen auf das Gesundheitssystem verstärken können.

Das RKI arbeitet in diesem Zusammenhang eng mit dem Umweltbundesamt zusammen, wenn es um präventive und akute Maßnahmen gegen Gesundheitsrisiken aufgrund einer Klimaveränderung in Deutschland geht. Dabei stehen die Aufklärung über die Zusammenhänge zwischen Gesundheit und Klimawandel, wie auch Warnhinweise und konkrete Hinweise für vorbeugende Maßnahmen im Mittelpunkt. Im Rahmen eines nationalen Aktionsplanes für Deutschland haben beide Institutionen folgende Handlungsfelder identifiziert:⁴

1. Aufbau eines Gesundheits- und Umweltmonitoringsystems

Ziel ist es, das Gesundheits- und Umweltmonitoring in einem einheitlichen System zusammenzuführen. Dies ist insbesondere relevant für das verstärkte Auftreten vektorvermittelter Krankheitserreger und die Zunahme pflanzlicher Allergene, etwa bei invasiven Pflanzen und veränderten Wachstumszyklen.

2. Prävention und Risikokommunikation

Wie die Auswirkungen der Hitzewellen in Europa mit Tausenden von Toten in den letzten Jahren gezeigt haben, besteht erheblicher Bedarf an einer besseren Koordination

von meteorologischen und klimatologischen Erkenntnissen sowie deren Umsetzung in konkrete *public health*-Maßnahmen. Dabei ist die gezielte Ansprache von besonders gefährdeten Gruppen wie Kindern und alten Menschen wichtig.

3. Gesundheitliche Versorgung

Um die gesundheitliche Versorgung während und nach Extremwetterlagen und bei klimabedingten Erkrankungen zu gewährleisten, müssen die bestehenden Versorgungsangebote den lokalen Bedingungen angepasst werden. In diesem Kontext darf nicht vergessen werden, dass sich der Klimawandel in Deutschland regional sehr unterschiedlich auswirken wird. Darum werden die Anforderungen und Anpassungen der Gesundheitssysteme im regionalen Rahmen verschieden ausfallen müssen. Die stetige Durchführung von Evaluationen der bestehenden Maßnahmen ist wichtig, um optimale Bedingungen aufrechtzuerhalten.

4. Bildung über klimabedingte Gesundheitsrisiken

Der Mangel an Bewusstsein über die Auswirkungen des Klimawandels auf die menschliche Gesundheit ist größtenteils verantwortlich für eine höhere Verwundbarkeit der Gesellschaft. Aus diesem Grund muss eine umfassende Aufklärung über diese Zusammenhänge geschaffen werden, um die Widerstandsfähigkeit und Selbstkompetenz der Bevölkerung und der Gesundheitssysteme zu stärken.

- 1 Vgl. Hefe, Peter/Vogel, Johannes/Lee, Eric 2016: An der Belastungsgrenze – Klimawandel und Ressourcenkonflikte als Herausforderungen für die Region Asien-Pazifik, *Auslandsinformationen* 2/2016, in: <https://bit.ly/2WnU3CU> [04.06.2019].
- 2 Vgl. WHO 2018: Climate change and health, 01.02.2018, in: <https://bit.ly/2SXgflM> [22.05.2019].
- 3 Vgl. WHO 2015: WHO Workplan on Climate Change and Health: Aims and Objectives: 2014–2019, 02/2015, in: <https://bit.ly/2HwxYcA> [22.05.2019].
- 4 Vgl. Umweltbundesamt / Robert-Koch-Institut 2013: Klimawandel und Gesundheit: Allgemeiner Rahmen zu Handlungsempfehlungen für Behörden und weitere Akteure in Deutschland, 03/2013.

Dr. Peter Hefe ist Leiter des Teams Asien und Pazifik der Konrad-Adenauer-Stiftung.

Louisa Gaus war von März bis Mai 2019 Praktikantin im Regionalprojekt Energiesicherheit und Klimawandel Asien-Pazifik (RECAP) der Konrad-Adenauer-Stiftung mit Sitz in Hongkong.



Globale Gesundheit

Die vergessene Krise

Gesundheitspolitik in Südafrika und der Umgang mit HIV

Michaela Braun

HIV zählt zu den verheerendsten Pandemien unserer Zeit. Südafrika – das Land, in dem ein Fünftel aller weltweiten HIV-Fälle zu finden ist – konnte mittlerweile Fortschritte erzielen. Doch dies könnte sich ändern, wenn nicht möglichst alle HIV-positiven Einwohner konsequent antiretrovirale Medikamente einnehmen, riskantes Verhalten zu- und das Problembewusstsein in der Bevölkerung abnimmt. Erste Anzeichen hierfür gibt es bereits.

36,9 Millionen Menschen leben derzeit weltweit mit dem „Humanen Immunschwäche-Virus“ (HIV) und 35,4 Millionen sind bisher an den Folgen von HIV und AIDS gestorben.¹ Dies stellt die globale Entwicklungspolitik vor eine große Herausforderung. HIV/AIDS hat nicht nur desaströse Auswirkungen für die erkrankten Individuen und betroffenen Gemeinschaften, sondern ist auch eine Bedrohung für die politische und wirtschaftliche Stabilität, Sicherheit und Entwicklung eines Landes.² Das HI-Virus schädigt die körpereigenen Abwehrkräfte, indem es Immunzellen zerstört. Unbehandelt wird HIV zum *Acquired Immuno-deficiency Syndrome* (AIDS), wobei der Körper eindringende Bakterien (z. B. Tuberkuloseerreger), Pilze oder Viren nicht mehr bekämpfen kann. Das Virus wird durch verschiedene Körperflüssigkeiten übertragen. So kann es bei ungeschütztem Geschlechtsverkehr, Blut-zu-Blut-Kontakt (z. B. durch infiziertes Spritzbesteck bei Drogeninjektionen) und Mutter-Kind-Übertragung (Schwangerschaft, Geburt, Stillen) zu HIV-Infektionen kommen. HIV ist nicht heilbar, doch seit der Verbreitung antiretroviraler Medikamente (ARVs) behandelbar. Diese reduzieren die Viruskonzentration im Blut und verringern das Risiko, dass sich eine HIV-Infektion zu AIDS weiterentwickelt. ARVs erhöhen die Lebenserwartung von HIV-positiven Patienten deutlich, können jedoch schwere Nebenwirkungen haben und müssen ein Leben lang eingenommen werden.³

Über erste Fälle von HIV/AIDS wurde Anfang der 1980er Jahre in den USA, Europa und afrikanischen Ländern berichtet. Bis Mitte des genannten Jahrzehnts hatte sich die Krankheit auf allen

fünf Kontinenten verbreitet, wobei das östliche und südliche Afrika zwischen Mitte der 1990er und Mitte der 2000er Jahre zum Epizentrum wurden. Durch gezielte Aufklärungskampagnen und frühzeitige Verbreitung von Kondomen sowie antiretroviraler Medikamente an die Bevölkerung gelang es einigen Schwellenländern wie Botswana, Namibia und Brasilien bereits ab Mitte der 1990er Jahre erste Erfolge im Rückgang von AIDS-Toten sowie von Neuinfektionen zu erzielen.⁴ Die internationale Gemeinschaft setzte es sich 2016 in den *Sustainable Development Goals* zum Ziel, die Ausbreitung der Pandemie bis 2030 vollständig einzudämmen.⁵ Dieses Ziel ist ambitioniert, denn die Prävention und Behandlung von HIV ist für Nationen weltweit nach wie vor eine Herausforderung. Die besonders unter dem HIV-Virus leidende Region ist Subsahara-Afrika, wo 25,7 Millionen Menschen HIV-positiv sind.⁶ Allein in Südafrika, dem Land mit der höchsten HIV-Rate, sind 20,6 Prozent der Bevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren an HIV erkrankt. Insgesamt sind 7,9 Millionen Menschen in Südafrika infiziert.⁷ Rund ein Drittel hiervon hat noch immer keinen Zugang zu antiretroviralen Medikamenten und die Zahl der jährlichen Neuinfektionen liegt bei 275.000. Jedes Jahr sterben in Südafrika zwischen 89.000 und 110.000 Menschen an Folgeerkrankungen von HIV und AIDS, wobei damit verbunden Tuberkulose (TBC) eine der häufigsten Todesursachen ist.⁸

Südafrika gehört zu den Ländern mit dem höchsten Entwicklungsstand und Pro-Kopf-Einkommen in Afrika und verfügt über eines der fortschrittlichsten Gesundheitswesen des

Kontinents. Warum jedoch sind die Infektionskrankheiten HIV und TBC ausgerechnet hier so weit verbreitet? Der vorliegende Beitrag geht dieser Frage nach, indem er zunächst den historischen Verlauf der Ausbreitung von HIV in Südafrika sowie einige Aspekte darlegt, die dabei eine Rolle spielten. Darauf folgend werden die gegenwärtige Situation analysiert und Faktoren identifiziert, die eine nachhaltige und umfassende Eindämmung von HIV in Südafrika nach wie vor erschweren. Im Anschluss versucht der Beitrag, einen Ausblick für Südafrika hinsichtlich künftiger Chancen und Risiken im Kampf gegen die Infektionskrankheit zu geben und dann Lehren für die globalen Bemühungen zur Eindämmung von HIV zu ziehen.

Der Umgang mit HIV / AIDS in Südafrika in der Vergangenheit

Die Anfänge der Epidemie

Zu Beginn der HIV / AIDS-Krise in den 1980er Jahren befand sich Südafrika im Abseits: Obwohl 1982 erste Fälle von HIV verzeichnet wurden und der Höhepunkt der Epidemie das Land später als seine Nachbarländer erreichte, hatten die Apartheidregierung und auch der seit den ersten demokratischen Wahlen im Jahre 1994 regierende *African National Congress* (ANC) bis Mitte der 2000er Jahre keine effektiven Vorkehrungsmaßnahmen getroffen, sodass sich die Krankheit unaufhaltsam ausbreitete.⁹ Während 1990 nur 0,73 Prozent der Bevölkerung mit HIV infiziert waren, betrug die Rate 1994 bereits 7,57 Prozent¹⁰ und 2005 mit 4,78 Millionen Menschen 10,2 Prozent der Bevölkerung.¹¹

Einige der Gründe für die anfängliche HIV-Ausbreitung lassen sich zurückführen auf die schwierigen Ausgangsbedingungen Südafrikas aufgrund seiner Geschichte, die von einer rassistisch motivierten Politik des Apartheidsystems geprägt war, welche nicht-weiße Bevölkerungsgruppen vor allem auch in Gesundheits- und Bildungsfragen benachteiligte. Zudem war (und ist) in dem Land Arbeitsmigration besonders ausgeprägt.¹² Diese Faktoren machten Südafrika für eine Verbreitung einer Infektionskrankheit wie

HIV besonders anfällig. Da die Ausbreitung der Epidemie dann zeitgleich mit dem demokratischen Wandel voranschritt, hatte die Regierung einen Kampf an zwei Fronten zu führen. Dabei war die erste demokratisch gewählte Regierung unter Nelson Mandela der Aufgabe nicht gewachsen, regulierende Interventionen umzusetzen, die den Ausbruch der Epidemie hätten verhindern können. Dies lag mitunter daran, dass sie mit der dringlichen Aufgabe beschäftigt war, eine neue, politisch stabile und nicht-rassistische Gesellschaft aufzubauen. Die Regierungsgeschäfte fokussierten sich daher darauf, eine radikale Umwälzung des Unrechtssystems der Apartheid vorzunehmen hin zu einer Demokratie, was einhergehen musste mit umfassenden administrativen und systemischen Strukturänderungen.

Noch bis 2002 leugnete die Politik den Zusammenhang zwischen HIV und AIDS. Eine gezielte Bekämpfung des Virus fand nicht statt.

Regierungsversagen in der HIV-Politik unter Thabo Mbeki

Mit Amtsantritt des zweiten Staatspräsidenten seit der demokratischen Transition, Thabo Mbeki, nahm die HIV-Epidemie aufgrund der desaströs fehlgeleiteten Gesundheitspolitik ein alarmierendes Ausmaß an. Thabo Mbeki und seine Gesundheitsministerin leugneten, dass AIDS durch HIV verursacht wird, und weigerten sich, bis 2002 antiretrovirale Medikamente über den öffentlichen Gesundheitssektor zugänglich zu machen sowie internationale Hilfsgelder dafür anzunehmen. In dieser Zeit gab es nahezu keine auf wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen basierende und von der Regierung geförderte Präventions- und Aufklärungsmaßnahmen zur HIV-Bekämpfung. Rote Beete, Vitaminpräparate und traditionelle Medizin wurden von Regierungsseite als Behandlung empfohlen.¹³



Stigma HIV: Zivilgesellschaftliche Organisationen setzen sich für einen kostenlosen Zugang zu Medikamenten ein und führen Aufklärungskampagnen durch, um Vorurteilen entgegenzuwirken. Quelle: © Finbarr O'Reilly, Reuters.

Dies führte dazu, dass sich in den Jahren von 2000 bis 2005, 35.000 Neugeborene bei ihren HIV-positiven Müttern ansteckten, 330.000 Menschen in Folge von AIDS starben, Millionen Kinder zu Waisen wurden¹⁴ und die Anzahl der

jährlichen HIV-Neuinfektionen auf 550.000 anstieg.¹⁵ Aufgrund der hohen Infektions- und Todesraten wirkt sich die Epidemie bis heute nicht nur negativ auf das individuelle Leben von Millionen Südafrikanern, sondern auch auf

sämtliche Sphären der Gesellschaft aus. Der fragile Gesundheitssektor ist durch das erhöhte Patientenaufkommen überbeansprucht und die Wirtschaft hat massiv unter dem Ausfall qualifizierter Arbeitskräfte gelitten.¹⁶

Erste Erfolge

Dass es zu einer Wende in der HIV-Politik kam, ist vor allem zivilgesellschaftlichen Akteuren zu verdanken, die Druck auf die Regierung ausübten. Ab spätestens 1998 war bekannt, dass die Verabreichung antiretroviraler Medikamente an Personen mit HIV die Ansteckungsgefahr bei Geburt und Stillen für Neugeborene immens verringert, die Lebenserwartung von Infizierten erhöht und das Risiko einer Ansteckung beim Geschlechtsverkehr reduziert. Auch wenn es damit bereits theoretisch eine Behandlungsmethode gab, so waren die Medikamente nur über den privaten Erwerb zugänglich – und damit für die Mehrheit der Bevölkerung in Südafrika unerschwinglich. Zivilgesellschaftliche Organisationen wie die *Treatment Action Campaign* (TAC) setzten sich für den kostenlosen Zugang von ARVs über den öffentlichen Gesundheitssektor ein, mobilisierten die Öffentlichkeit, gingen gerichtlich gegen Pharmaunternehmen vor und erwirkten eine Senkung der Bezugspreise sowie den Zugang zu kostengünstigen Generika. Durch eine Klage gegen die südafrikanische Regierung beim Verfassungsgericht erreichten sie, dass ARVs ab 2002 bei besonders schweren Krankheitsverläufen über den staatlichen Gesundheitssektor zumindest an ausgewählten Orten kostenlos an Patienten vergeben wurden.¹⁷ Weitere Akteure, die zum Umdenken der ANC-Regierung beitrugen, waren die südafrikanischen Medien, die das Regierungsverhalten anprangerten, sowie privatwirtschaftliche Unternehmen wie *Anglo American*, BMW, Volkswagen, sowie der staatliche Strommonopolist *ESKOM*, die HIV-Programme und antiretrovirale Medikamente für ihre Mitarbeiter bereitstellten.¹⁸

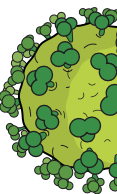
Mit dem Rücktritt Mbekis 2007 und insbesondere seit der ersten Amtszeit des ehemaligen Gesundheitsministers Aaron Motsoaledi¹⁹

erzielte Südafrika seit 2009 Erfolge in der HIV-Politik. Heute verfügt das Land über das weltweit größte, durch ein öffentliches Gesundheitssystem finanzierte Behandlungsprogramm mit ARVs, welches vorsieht, dass alle HIV-Infizierten sofort nach positivem Testergebnis eine Therapie erhalten. Die Regierung orientiert die Präventions- und Behandlungsmaßnahmen dabei an nationalen Fünf-Jahres-Plänen, die vom *South African National AIDS Council* (SANAC), bestehend aus Vertretern von Regierung, Wissenschaft, NROs, Gewerkschaften, Kirchen und Privatwirtschaft, entwickelt werden. Zudem haben sich in den letzten zehn Jahren die vom Staat zur Verfügung gestellten Mittel für HIV-Programme verdreifacht²⁰ und beliefen sich 2016/2017 auf 22,1 Milliarden Rand (etwa 1,38 Milliarden Euro).²¹ Doch diese Bemühungen reichen nicht aus, um die komplexen Herausforderungen der HIV-Epidemie zu bewältigen. Bisher fehlen effektive Strategien zur Implementierung der Programme. Systemische politische Fehler, Korruption und mangelnde Effizienz beim Einsatz der Gelder behindern die vollständige Eindämmung ebenso wie Schwierigkeiten dabei, nachhaltige Verhaltensänderungen in der Bevölkerung zu erwirken.

Trotz der sinkenden Neuinfektionsrate wird Südafrika voraussichtlich nur das erste der „90-90-90-Ziele“ von UNAIDS bis 2020 erreichen.

Aktuelle Herausforderungen

Nach wie vor hat Südafrika Schwierigkeiten, alle HIV-positiven Menschen zu erreichen und langfristig zu behandeln. Die Anzahl HIV- und AIDS-bedingter Todesfälle hat sich seit 2004 zwar mehr als halbiert und die Anzahl der jährlichen Neuinfektionen ging um ein Drittel zurück.²² Dennoch kann Südafrika voraussichtlich nur das erste der „90-90-90-Ziele“ von UNAIDS bis 2020 erreichen.²³ Derzeit erhalten



ca. 4,4 Millionen Menschen eine ARV-Therapie.²⁴ Allerdings entspricht dies lediglich 56 Prozent aller HIV-positiven Menschen im Land. Nur bei ca. 43 Prozent aller HIV-Positiven konnte bisher erreicht werden, dass sich das Virus unter der Nachweisgrenze befindet.²⁵ Damit ist die Gefahr lange nicht gebannt: Die Anzahl der Menschen, die mit dem HI-Virus infiziert sind, erhöht sich kontinuierlich, was auf die verlängerte Lebenserwartung durch ARVs zurückzuführen ist. Das Risiko, dass diese Menschen andere anstecken, ist nur dann eingedämmt, solange sie sich konsequent in Behandlung befinden. Sowohl die Behandlung von TBC als auch von HIV erfordern jedoch eine große Eigenverantwortung und Disziplin des Patienten. Doch hier gibt es noch große Lücken. Viele kehren nach einer HIV-Diagnose nicht für die lebenslange Therapie zurück oder nehmen die Medikamente nicht regelmäßig ein. TBC-Fälle wiederum bleiben oft lange unentdeckt, da eine Diagnose schwer zu stellen ist, und erfordern eine Behandlung von sechs bis 24 Monaten.²⁶

Seit einigen Jahren scheint sich eine „HIV-Müdigkeit“ im Land einzuschleichen. Die Gefahr sei fast gebannt, so propagieren die Medien.

Nach wie vor infizieren sich täglich bis zu 750 Menschen in Südafrika mit HIV und die Anzahl der Todesfälle durch TBC bleibt hoch.²⁷ Die HIV-Infektionsrate in bestimmten Bevölkerungsgruppen ist besonders besorgniserregend: Ein Drittel aller Neuinfektionen betrifft Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren. Weitere Risikogruppen, die hohe HIV-Raten aufweisen, sind u. a. Sexarbeiterinnen und Sexarbeiter, sowie nicht-heterosexuelle Personen. Migranten und illegale Einwanderer, Kinder (v. a. Waisen) sowie Menschen in informellen Siedlungen gelten als besonders verwundbar.²⁸ Doch welche Gründe gibt es für die Behandlungslücken und Neuinfektionen in Südafrika?

Faktoren für die anhaltende HIV-Epidemie in Südafrika

Das Problembewusstsein in Medien und Gesellschaft schwindet

Nach wie vor gibt es in Südafrika gravierende Wissenslücken über AIDS und darüber, wie man sich schützen kann. Selbst bei Personen, die vermeintlich aufgeklärt sind, scheint die Wahrnehmung des persönlichen Risikos, das mit einer Ansteckung einhergeht, abgenommen zu haben. Immer häufiger kommt es zu sexuell riskantem Verhalten, was die weite Verbreitung von ungeschütztem Geschlechtsverkehr und die Anzahl an Teenager-Schwangerschaften bestätigen.²⁹ Es scheint sich eine Art „HIV-Müdigkeit“ einzuschleichen, die sich auch in einer – seit dem Einlenken der Regierung in der HIV-Politik – veränderten Medienberichterstattung niederschlägt. Berichte konzentrieren sich mittlerweile vorwiegend darauf, erzielte Erfolge in der HIV-Eindämmung und Nebenwirkungen von ARVs hervorzuheben, anstatt die weiterhin große Gefahr, die von der Epidemie ausgeht, zu betonen und so das Bewusstsein in der Bevölkerung weiter zu schärfen.³⁰

Soziale Verstärker wirken als Treiber der HIV-Ausbreitung

Eine weitere Herausforderung im Kampf gegen HIV ist, dass es sich nicht nur um ein medizinisches Problem handelt, sondern sozioökonomische und kulturelle Faktoren ebenfalls eine Rolle spielen. Eine Verhaltensänderung zu erwirken erweist sich daher als schwierig. Die Verbreitung von HIV variiert stark je nach Alter, Geschlecht, Wohnort, sozioökonomischem Status, Bildungsgrad und persönlichen Überzeugungen.³¹ Studien belegen einen Zusammenhang zwischen der Verbreitung der Epidemie und sozioökonomischen Faktoren wie Armut und Ungleichheit. Südafrika gilt als eines der Länder mit der höchsten Ungleichheit weltweit. 45 Prozent der Bevölkerung leben von maximal zwei US-Dollar pro Tag.³² Die Auswirkungen schlagen sich besonders im Gesundheitsbereich nieder. So sind arme und schwarze Bevölkerungsgruppen

besonders von Infektionskrankheiten wie TBC und HIV betroffen. Die HIV-Infektionsrate ist mit 16,6 Prozent in der schwarzen Bevölkerung am höchsten (5,3 Prozent Coloureds, 0,8 Prozent Inder/Asiaten, 1,1 Prozent Weiße).³³

Weitere strukturelle Aspekte und soziale Normen begünstigen die Verbreitung von HIV insbesondere in den urbanen Townships sowie strukturschwachen ländlichen Gebieten. Hierzu gehören Alkohol- und Drogenmissbrauch, hohe Arbeitslosigkeit, kaputte Familienstrukturen sowie patriarchalisch geprägte Rollenbilder und Gewalt. Dabei verzeichnet Südafrika weltweit mit die meisten Fälle von Vergewaltigungen sowie sexueller Gewalt gegen Frauen. Sexuell riskante Verhaltensweisen wie Promiskuität und Polygamie sind zudem weit verbreitet und wurden selbst vom ehemaligen Staatspräsidenten Jacob Zuma vorgelebt.³⁴ Außerdem sind Sexualbeziehungen geläufig, in denen ein großer Altersunterschied besteht und die von asymmetrischen Machtverhältnissen zwischen den Partnern sowie finanziellen Abhängigkeiten geprägt sind. So infizieren sich häufig junge Mädchen bei älteren Männern, die oftmals kein Kondom benutzen wollen, aber auf deren finanzielle Unterstützung eben diese Mädchen angewiesen sind.³⁵

Mythen um HIV und AIDS stiften Verwirrung und behindern Aufklärung

Wie andere Länder Afrikas ist auch Südafrika teils konservativ sowie religiös geprägt und der Glaube an traditionelle Medizin ist mancherorts noch verbreitet. Noch immer ranken sich Mythen um die HIV-Behandlung und -Prävention. Geläufige Ideen sind zum Beispiel, dass Sex mit Jungfrauen AIDS heilen könne, bestimmte Blutgruppen immun gegen den Virus seien oder dass Duschen nach dem Sex gegen HIV schütze (eine Aussage des ehemaligen südafrikanischen Präsidenten Jacob Zuma).³⁶ Die Stigmatisierung Betroffener ist nach wie vor präsent. Zugleich stehen einige Südafrikaner antiretroviralen Medikamenten weiterhin skeptisch gegenüber.³⁷ Insbesondere die desaströse und widersprüchliche HIV-Propaganda der Regierungsvertreter in der Vergangenheit trug nachhaltig zu Misstrauen

bei und stiftete Verwirrung, was sich bis heute negativ auf den Erfolg von Aufklärungsmaßnahmen auswirkt.

Das staatliche Gesundheitssystem ist überfordert

Die im nationalen Plan entworfenen HIV- und TBC-Programme werden von den Gesundheitsbehörden in den Provinzen koordiniert und vorwiegend in staatlichen allgemeinmedizinischen Einrichtungen auf Kommunalebene sowie in Gemeindezentren und durch Nichtregierungsorganisationen ausgeführt. Sie stehen der Bevölkerung kostenlos zur Verfügung. Das zuständige Gesundheitspersonal setzt sich vor allem aus Krankenschwestern und Gemeindefehlern zusammen.³⁸ Damit bilden die öffentlichen Einrichtungen das Fundament für die Eindämmung von Infektionskrankheiten. Doch diese, wie der staatliche Gesundheitssektor insgesamt, stehen seit Jahren in der Kritik und leiden massiv unter dem Mangel an ausreichendem und qualifiziertem Personal, Medikamenten und technischer Ausstattung.³⁹ Die Wartezeiten für Patienten können lange ausfallen und ARVs sowie Verhütungsmittel sind oft monatelang vergriffen. Qualität und Anzahl sowohl der Einrichtungen als auch des Gesundheitspersonals variieren stark je nach geografischer Lage.⁴⁰ Studien aus Südafrika belegen, dass sich einige Patienten nicht ausreichend aufgeklärt und teils vom Gesundheitspersonal schlecht behandelt fühlen.⁴¹ Diese Schwächen des staatlichen Gesundheitssystems beeinträchtigen den Erfolg der Programme zur Eindämmung der Infektionskrankheiten, da sie dazu führen, dass viele HIV-positive oder an TBC erkrankte Menschen die Behandlung abbrechen.⁴²

Schlechte Regierungsführung und mangelhafte Umsetzung geplanter Maßnahmen beeinträchtigen HIV-Programme

Dass die HIV-Epidemie in Südafrika ein solches Ausmaß erreichen konnte und es weiterhin Behandlungslücken sowie eine hohe Rate an Neuinfektionen gibt, liegt auch an der schlechten Regierungsführung des ANC. Zwar hat die Partei nach AIDS-Leugnung und Versäumnissen in

der HIV-Politik inzwischen in Zusammenarbeit mit der Zivilbevölkerung gute Maßnahmen und Gesetze zur Bekämpfung von HIV entwickelt, jedoch wurden diese bislang nicht effizient umgesetzt.⁴³ Weiterhin versäumt es die Regierung bis heute, das öffentliche Gesundheitswesen als Basis für eine effektive Implementierung der HIV-Programme durch ausreichend Budget, Personal, und Infrastruktur zu stärken.⁴⁴

Dies liegt einerseits an schlechter Haushaltsführung und Planung der Finanzen: Der Staat stellt 12,19 Prozent seines Haushaltsetats für Gesundheit zur Verfügung⁴⁵ und die Pro-Kopf-Ausgaben im Gesundheitsbereich sind hinsichtlich der Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Schwellenländer vergleichsweise hoch.⁴⁶ Dennoch weist der staatliche Gesundheitssektor erhebliche Defizite auf, eine effektive Reform blieb bisher aus und das Budget reicht nicht, um genügend qualifiziertes Personal zu beschäftigen und eine adäquate Ausstattung zu garantieren. Um bessere Ergebnisse zu erzielen, müsste die Regierung die vorhandenen Gelder daher effizienter einsetzen. Dies führt andererseits zu einem weiteren Faktor, der die Regierungserfolge des ANC beeinträchtigt: Besonders in den Jahren unter Präsident Jacob Zuma erreichten die Fälle von Korruption und politischer Patronage innerhalb der Regierungspartei Rekordmaße. Steuergelder, die z. B. für HIV-Programme vorgesehen waren, wurden für die eigene Bereicherung des Parteikaders und damit verbundenen Unternehmen verwendet. Von diesem Nepotismus blieb auch der staatliche Gesundheitssektor nicht verschont: Das öffentliche Gesundheitssystem wurde systematisch ausgehöhlt, was sich unmittelbar auf den Erfolg von HIV- und TBC-Programmen auswirkte.⁴⁷ Weiterhin trugen mangelhafte

Planung und Koordinierung zwischen Landes-, Provinz- und Kommunalregierung sowie zwischen Ministerien und Behörden, aber zusätzlich auch eine inkonsequente Implementierung von Richtlinien und Verfahrensweisen dazu bei, dass Ziele der nationalen Strategiepläne teilweise nicht erreicht wurden.⁴⁸ Damit hemmen systemische Hindernisse in Form von Ineffizienz, Korruption und Missmanagement, die sich in einigen Bereichen südafrikanischer Politik

HIV-Mythen: Der Glaube an traditionelle Medizin ist in Südafrika weit verbreitet. Noch immer ranken sich Mythen um die HIV-Behandlung und -Prävention, dass beispielsweise Sex mit Jungfrauen AIDS heilen könne. *Quelle: © Rogan Ward, Reuters.*



finden, bis heute nachhaltige und signifikante Entwicklungsfortschritte.

Ausblick für Südafrika

Die Zukunft der HIV-Eindämmung hängt in Südafrika von guter Regierungsführung und klarem Vorgehen gegen Korruption ab. Hier steht die Gesundheitspolitik für die generell defizitäre Regierungsleistung des ANC. Nicht nur muss die

Regierung konsequent dafür sorgen, dass Gelder für HIV-Programme ihrem ursprünglich ange-dachten Zweck zugutekommen, es ist auch eine bessere Koordination zwischen den einzelnen Regierungs- und Verwaltungsebenen sowie eine konsequente Umsetzung und Überwachung der theoretisch sinnvollen politischen Maßnahmen nötig. Besonders auf Provinz- und Distriktebene fehlt es hierfür jedoch an Kapazitäten. Dabei könnte SANAC – die mit der Konzipierung von



HIV-Programmen beauftragte multisektorale Landesinstitution – effizient mitwirken, wenn ihre Strukturen in den Provinzen verbessert würden.⁴⁹ Die internationale Entwicklungszusammenarbeit könnte hier einen Beitrag zur Stärkung der lokalen Regierung und Verwaltung, Planung und Budgetierung leisten. Weiterhin ist das Engagement einer aktiven Zivilgesellschaft sowie der Medien nötig, die Regierungsverantwortlichen bei Missmanagement zur Rechenschaft zu ziehen und dafür zu sorgen, dass HIV weiterhin oben auf der Agenda steht. Chancen bestehen u. a. darin, einen stärkeren Austausch zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor zu fördern sowie das Gesundheitssystem zu reformieren.⁵⁰ Die Hoffnungen Südafrikas liegen hierbei auch auf dem neuen Gesundheitsminister Zweli Mkhize, der seit 29. Mai 2019 dieses Amt bekleidet. Herausforderungen werden die anhaltend hohe Urbanisierung sowie die Anzahl an Migranten und illegalen Einwanderern darstellen, die in Südafrika kostenlos staatliche Behandlungsprogramme erhalten und insbesondere Gesundheitseinrichtungen in Metropolregionen zusätzlich belasten.⁵¹ Um langfristig noch weniger auf internationale Hilfgelder angewiesen zu sein, wird Südafrika weitere Möglichkeiten finden müssen, seine Programme stärker durch inländische Mittel zu finanzieren und die Gelder effizienter einzusetzen.

Lehren aus Südafrika für den globalen Kampf gegen HIV

Um die Verbreitung von HIV zu stoppen, müssen möglichst alle HIV-positiven Menschen eine Diagnose erhalten und sich dauerhaft behandeln lassen. Zudem muss eine umfassende Aufklärung erreicht werden. Am Beispiel Südafrika lassen sich Lehren für die HIV-Bekämpfung ziehen, die im globalen entwicklungspolitischen Kontext zu beachten sind.

Die Eindämmung von HIV ist eine gesamtgesellschaftliche Verantwortung

Der späte Aufbau der medizinischen Versorgung für HIV-Betroffene ist eines der größten Versäumnisse der südafrikanischen AIDS-Politik.

Doch insbesondere in den letzten zehn Jahren wurden in Südafrika aussichtsreiche Projekte initiiert. Hierzu gehört die partizipative Entwicklung nationaler Strategiepläne durch die Regierung und ein Expertengremium – basierend auf internationalen wissenschaftlich fundierten Erkenntnissen. Aussichtsreich ist der Ansatz, neben staatlichen Gesundheitseinrichtungen auch Gemeindezentren, zivilgesellschaftliche Organisationen sowie HIV-Betroffene als Helfer und die Gemeinden vor Ort direkt in die Umsetzung von HIV-Programmen einzubeziehen. Dadurch sollen bisher nicht erreichte Personen angesprochen, durch das Nachfassen eine dauerhafte Behandlung gesichert und letztlich Tabus abgebaut werden.⁵² Um nachhaltige Erfolge zu erzielen, müssen solche Pläne jedoch mit konkreten Implementierungsstrategien und der Zuteilung von Verantwortungen auf allen Regierungs- und Behördenebenen einhergehen.⁵³ Eine adäquate Finanzierung muss so erfolgen, dass staatliche Einrichtungen flächendeckend mit ausreichend antiretroviralen Medikamenten und Präventionsmitteln, technischer Ausrüstung und geschultem Personal ausgestattet sind und über hinreichend Kapazitäten für Dokumentation, Nachfassen und Beobachtung der HIV-Fälle verfügen.⁵⁴

Zielgruppengerechte HIV-Programme und flankierende Maßnahmen fördern Verhaltensänderung

Um eine dauerhafte Eindämmung und Verhaltensänderung zu erwirken, ist eine Kombination aus Maßnahmen erforderlich, die den sozioökonomischen Kontext, in dem sich die Krankheit verbreitet, adressiert. Makroökonomische, gesundheits- und sozialpolitische Strategien müssen auf Armutsbekämpfung abzielen, den Zugang zu Gesundheitsversorgung sichern und Aufklärung über gesunde Lebensführung umfassen. Zudem müssen sie Interventionen zur Bekämpfung von Gewalt, sowie den Abbau patriarchalischer Männlichkeitsbilder und ein Vorgehen gegen die Diskriminierung Betroffener enthalten. Eine wichtige Aufgabe in den internationalen Bemühungen wird es auch künftig sein, bisher nicht erreichte Personen sowie besonders

verwundbare Bevölkerungs- und Risikogruppen zu adressieren und Verhaltensmuster zu durchbrechen, die es wahrscheinlicher machen, dass sich HIV in einer Gesellschaft ausbreitet.⁵⁵

Präventionskampagnen wirken am besten, wenn sie den Individuen verständlich vermitteln, welche Auswirkungen eine Ansteckung mit HIV auf ihr eigenes Leben hat, und Schutzmittel wie männliche und weibliche Kondome, Prä-expositionsprophylaxe (PreP) und Mikrobizide (z. B. antiretrovirale Vaginalgels zur Vorbeugung) möglichst überall kostenfrei zugänglich sind. Außerdem sollten freiwillige, medizinisch korrekt ausgeführte männliche Beschneidungen – die das Risiko der Übertragung von HIV beim Geschlechtsverkehr von Frau zu Mann deutlich verringern – kostenlos über das staatliche Gesundheitssystem durchgeführt werden. Es muss sichergestellt werden, dass sich jeder Mensch mit wenig Aufwand über HIV informieren kann. Dabei müssen die Programme zielgruppengerecht ausgerichtet und die Aufklärung dazu über passende Kommunikationskanäle verbreitet werden.

Test-, Beratungs- und Behandlungsangebote erreichen umso mehr Menschen, je unmittelbarer sie in Orten des Alltags integriert sind, z. B. am Arbeitsplatz, in den lokalen Gesundheitszentren, Freizeiteinrichtungen sowie durch automatisierte Medikamentenausgaben, telefonische und onlinebasierte Beratungsstellen und Apps. Die Verbindung verschiedener Programme (HIV-Programme in der Mutter-Kind-Vorsorge und als Teil der Standard-Vorsorgeuntersuchungen, Co-Diagnosen von TBC und HIV, Sexualkunde und Sozialisierung bzgl. Geschlechterbilder an Schulen) kann zu einer höheren Nutzungsrate sowie zu einem effizienterem Einsatz von Ressourcen führen.⁵⁶

Michaela Braun ist Trainee im Auslandsbüro Südafrika der Konrad-Adenauer-Stiftung.

- 1 Vgl. UNAIDS 2018: Factsheet World AIDS Day 2018, in: <http://bit.ly/2W6pAok> [18.02.2019].
- 2 Vgl. Braun, Daniela 2018: Unsichtbare Gegner. Warum Viren und Bakterien ein Thema für die Sicherheitspolitik sind, in: *Auslandsinformationen* 2/2018, S. 67 f., in: <https://bit.ly/2HTFOx8> [03.06.2019].
- 3 Vgl. Bökkes, Peter 2017: HIV / AIDS in Südafrika, S. 18–26, 02/2017, in: <http://bit.ly/2UNeu7M> [18.02.2019].
- 4 Vgl. Wogart, Jan Peter et al. 2008: AIDS, Access to Medicines and the different Roles of the Brazilian and South African Governments in *Global Health Governance*, S.17, 09/2009, in: <http://bit.ly/2TXsOx3> [18.02.2019].
- 5 Vgl. Vereinte Nationen: Sustainable Development Goals Knowledge Platform, in: <http://bit.ly/2FoNvtV> [18.02.2019].
- 6 Vgl. UNAIDS 2018, N.1.
- 7 Vgl. Human Sciences Research Council (HSRC) 2018: The Fifth South African National HIV Prevalence, Incidence, Behaviour and Communication Survey, 2017. HIV Impact Assessment Summary, 07/2017, in: <http://bit.ly/2Hx9EZ2> [18.02.2019]. Je nach Quelle weichen die HIV-Statistiken leicht voneinander ab. Wenn nicht anders gekennzeichnet, wird sich hier auf UNAIDS und HSRC bezogen. Weitere südafrikanische Quellen finden sich unter Stats SA (in: <http://bit.ly/2HILJFo>) sowie dem Themisa Modell (in: <http://bit.ly/2CuLWZl>) [18.02.2019].
- 8 Vgl. Spotlight 2018: The numbers: HIV and TB in South Africa, 04.07.2018, in: <http://bit.ly/2WeaT2W> [18.02.2019].
- 9 Vgl. Shisana, Olive et al. 2014: South Africa's Response to the HIV and AIDS Epidemics, in: HSRC 2014: State of the Nation – South Africa 1994–2014, S. 347.
- 10 Vgl. Grundlingh, Louis 2009: Challenges and Obstacles in early HIV and AIDS Education in South Africa 1989–1994, in: *Historia* 54: 1, S. 239–241.
- 11 Vgl. South African Institute of Race Relations 2018: South Africa Survey 2019, Johannesburg, S. 676.
- 12 Zum einen kamen unter anderem Personen aus benachbarten afrikanischen Ländern nach Südafrika, um dort zeitweise (z. B. im Bergbau) zu arbeiten. Zum anderen machten es die Apartheidstrukturen für nicht-weiße Bevölkerungsgruppen erforderlich, weite Strecken zu ihren Arbeitsplätzen zurückzulegen und teils zeitweise getrennt von ihren Familien zu leben.
- 13 Vgl. Cullinan, Kerry / Thom, Anso (Hrsg.) 2009: *The Virus, Vitamins and Vegetables: The South African HIV / AIDS Mystery*, Auckland Park.
- 14 Vgl. Delobelle, Peter 2013: *The Health System in South Africa: Historical Perspectives and Current Challenges*, in: Wolhuter, Charl (Hrsg.): *South Africa in Focus*, Hauppauge, NY, S. 160.



- 15 Vgl. Statistics South Africa 2015: Millennium Development Goals 6: Combat HIV / AIDS, malaria and other diseases, S.10, in: <http://bit.ly/2CtgbzM> [18.02.2019].
- 16 Vgl. Ostheimer, Andrea 2004: Auswirkungen der HIV / AIDS-Epidemie auf Südafrikas Wirtschaft, KAS-Länderbericht, 06/2004, in: <http://bit.ly/2HMJAj3> [07.03.2019].
- 17 Vgl. Burchardt, Marian 2017: Demokratisierung, Transnationalisierung und Klientelismus, in: De la Fontaine, Dana et al. (Hrsg.): Das politische System Südafrikas, Wiesbaden, S.19–24.
- 18 Vgl. Wogart et al. 2008, N. 4, S. 21f.
- 19 Motsoaledi war der südafrikanische Gesundheitsminister von 2009 bis 2019 und ist seit 29.05.2019 Minister für Home Affairs (Innere Angelegenheiten).
- 20 Vgl. Blecher, Mark et al. 2016: HIV and AIDS Financing in South Africa: sustainability and fiscal space, in: Health Systems Trust: The State of Health in South Africa 2016, S. 214, in: <http://bit.ly/2TR39Gz> [18.02.2019].
- 21 Die Gesamtkosten der im strategischen Plan entworfenen Programme belaufen sich bis 2021 auf 207 Mrd. Rand (ca. 12,7 Mrd. Euro). Vgl. South African National AIDS Council (SANAC) 2017: South Africa's National Strategic Plan for HIV, TB and STIs 2017–2022, S.38, in: <http://bit.ly/2FoqNSt> [18.02.2019].
- 22 Vgl. Spotlight 2018, N. 8.
- 23 Diese lauten: 90 Prozent aller Menschen mit HIV sollen eine Diagnose bekommen haben. 90 Prozent davon sollen eine antiretrovirale Therapie machen. 90 Prozent der Menschen unter einer HIV-Therapie sollen eine Virusbelastung unterhalb der Nachweisgrenze haben. Vgl. Low, Marcus 2018: Is South Africa on track to meet NSP targets? Daily Maverick, 30.11.2018, in: <http://bit.ly/2WcP5nY> [18.02.2019].
- 24 Vgl. Spotlight 2018, N. 8.
- 25 Berechnung basierend auf 7,9 Millionen HIV-Fällen. Vgl. UNAIDS: Country factsheets. South Africa / 2017, Data, in: <http://bit.ly/2Y8quTq> [18.02.2019].
- 26 Vgl. Furlong, Ashleigh 2018: HIV treatment programme doing well but long way to go, GroundUp, 26.06.2018, in: <http://bit.ly/2UHmEOF> [18.02.2019].
- 27 Berechnung basierend auf 275.000 jährlichen Neuinfektionen, vgl. Spotlight 2018, N. 8.
- 28 Vgl. SANAC 2017, N. 21, S. 23.
- 29 Vgl. Hopkins, Kathryn et al. 2018: Will the current National Strategic Plan enable South Africa to end AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Infections by 2022?, in: Southern African Journal of HIV Medicine 19: 1, 04.10.2018, in: <http://bit.ly/2UKor5T> [18.02.2019].
- 30 Vgl. Heywood, Mark 2012: Not ,the End of AIDS' – Moving from Quantity to Quality in Order to Sustain the Results of Global AIDS activism, Polity, 29.11.2012, in: <http://bit.ly/2Frwq2B> [18.02.2019].
- 31 Vgl. UNAIDS 2015: MDG 6: 15 years, 15 Lessons of Hope from the AIDS Response, S.168, in: <http://bit.ly/2TLP268> [18.02.2019].
- 32 Vgl. Mayosi, Bongani et al. 2014: Health and Health Care in South Africa, in: The New England Journal of Medicine 371, S.1344–1353, 02.10.2014, in: <http://bit.ly/2FhK079> [18.02.2019].
- 33 Vgl. HSRC 2018, N.7.
- 34 Vgl. Venter, Francois et al. 2011: Health in Africa, in: Mbeki, Moeletsi (Hrsg.): Advocates for Change, Johannesburg, S.148–152.
- 35 Vgl. Shisana 2014, N. 9, S.350, 355.
- 36 BBC News 2006: SA's Zuma ,showered to avoid HIV', 05.04.2006, in: <https://bbc.in/2HSRz7a> [25.03.2019].
- 37 Vgl. Furlong 2018, N.27.
- 38 Vgl. SANAC 2017, N.21.
- 39 Vgl. Amnesty International: South Africa 2017/2018, in: <http://bit.ly/2JocqSd> [18.02.2019].
- 40 Vgl. McIntyre, Di / Ataguba, John 2014: Access to Quality Health Care in South Africa: Is the health sector contributing to addressing the inequality challenge?, in: <http://bit.ly/2FhldkR> [18.02.2019].
- 41 Vgl. Bernstein, Ann (Hrsg.) 2011: Reforming Health-care in South Africa. What Role for the private Sector?, Center for Development and Enterprise: CDE Research 18, S.7–17, 11/2011, in: <http://bit.ly/2We6yAa> [20.05.2019].
- 42 Vgl. Simelela, N. P. / Venter, W. D. F. 2014: A brief history of South Africa's response to AIDS, in: The South African Medical Journal 104: 3, S.250f., 03/2014, in: <http://bit.ly/2CDNgcL> [18.02.2019].
- 43 Vgl. Chibango, Conrad 2013: South Africa's HIV and AIDS Policy and Legislation, in: Greener Journal of Medical Sciences 3: 6, S.248.
- 44 Vgl. Coovadia, Hoosen et al. 2009: The Health and Health System of South Africa: Historical Roots of Current Public Health Challenges, in: The Lancet 374: 9692, S.830 ff.
- 45 Vgl. National Treasury Republic of South Africa 2019: Budget Review 2019, S8, 20.02.2019, in: <http://bit.ly/2CsTGLn> [17.03.2019].
- 46 Vgl. Bernstein 2011, N. 41, S.7–17.
- 47 Vgl. Yawa, Anela 2018: Time to make AIDS political again, Spotlight, 24.07.2018, in: <http://bit.ly/2Jq15B4> [18.02.2019].
- 48 Vgl. Scrubb, Victoria 2011: Political Systems and Health Inequity, in: The Journal of Global Health, 01.04.2011, in: <http://bit.ly/2uf3bJL> [18.02.2019].
- 49 Vgl. UNAIDS 2015, N.32, S.168.
- 50 Es bestehen eklatante Qualitätsunterschiede zwischen dem sehr gut ausgestatteten privaten Gesundheitssektor, der insbesondere von der Minderheit der Bevölkerung in Anspruch genommen wird, die sich private Krankenversicherungen leisten kann, und dem extrem schwachen und durch Steuern finanzierten staatlichen Gesundheitssektor. Seit 2011 existieren Pläne für eine ,Nationale Krankenversicherung' und eine Reform des öffentlichen Gesundheitssystems. Deren umfassende Umsetzung blieb bisher aus.
- 51 Vgl. Mayosi et al. 2014, N.33, S.1344.

- 52 Vgl. Zewdie, Debrework 2003: Summary of Lessons Learned from Implementation of the Multi-Country HIV/AIDS Program (MAP), 01.07.2003, Weltbank, in: <http://bit.ly/2TjCjm3> [18.02.2019].
- 53 Vgl. Davis, Rebecca 2017: HIV & TB: New Government Plan raises Concerns over Practicalities and Politics, Daily Maverick, 11.04.2017, in: <http://bit.ly/2Ffc5vS> [18.02.2019].
- 54 Vgl. Gray, Glenda 2016: HIV, AIDS, and 90-90-90, The Conversation, 12.07.2016, in: <http://bit.ly/2ui5v2M> [18.02.2019].
- 55 Vgl. Scott, Vera et al. 2017: Addressing social Determinants of Health in South Africa, in: Health Systems Trust: The State of Health in South Africa 2017, S.77-88, in: <http://bit.ly/2TlqOu5> [18.02.2019].
- 56 Vgl. UNAIDS 2015, N.32, S.59.

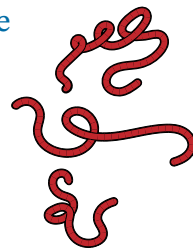


Globale Gesundheit

Ebola im Kongo – eine hausgemachte Krise

Benno Mühler

Vom Ausmaß kommt die aktuelle Krise in der Demokratischen Republik Kongo (DR Kongo) nicht an die Ebola-Epidemie in Westafrika heran. Doch neun Monate nach Ausbruch ist sie die zweitschwerste in der Geschichte der Virus-Erkrankung. Obwohl es heute einen Impfstoff gibt, gelingt es nicht, die Epidemie unter Kontrolle zu bringen. Schuld daran ist die mangelhafte Sicherheitslage im Land. In nur wenigen Wochen stiegen die Todeszahlen von Ende März bis Mai 2019 von rund 600 auf über 1.000. Darauf zu vertrauen, dass der Kongo seine Probleme alleine löst, ist ein gefährliches Spiel. Für den neu gewählten Präsidenten ist die internationale Präsenz in seinem Land eine Stütze seiner eingeschränkten Macht.



„Wir befinden uns in einem Schlüsselmoment des Ausbruchs. Keiner der Partner wird ruhen, ehe wir dem Ausbruch ein Ende gesetzt haben“, sagte der Generaldirektor der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Tedros Adhanom, Anfang März 2019 in der DR Kongo. Mit ernster Miene hatte der frühere äthiopische Außen- und Gesundheitsminister gerade ein Behandlungszentrum in der Stadt Butembo im Osten des Landes besucht. Dieses war an jenem Morgen abermals Ziel eines Rebellenangriffs geworden.¹ Spuren der Verwüstung. Die Hilfseinrichtung zerstört. Erst wenige Tage zuvor war die Station schon einmal angegriffen worden.

„Der Gedanke an die heute verletzten WHO-Mitarbeiter und den getöteten Polizisten bricht mir das Herz“, sagte der WHO-Direktor später in seiner offiziellen Erklärung. „Doch uns bleibt keine andere Wahl, als den Menschen hier weiter zu helfen, die zu den schutzlosesten der Welt gehören.“²

Eine Gefahr für die Region der Großen Seen

Über neun Monate dauert die Ebola-Krise in der DR Kongo schon an. Mittlerweile sind mehr als 1.240 Menschen an dem Virus verstorben. Damit kommt die Krise nicht an das Ausmaß der Epidemie in Westafrika heran, doch ist sie die zweitschwerste seit der Entdeckung des Virus in den

1970er Jahren. Über 11.000 Menschen starben zwischen 2014 und 2016 in Westafrika – vor allem in Liberia, Sierra Leone und Guinea. Ebola wurde zu einer globalen Bedrohung. Das Risiko im Kongo, dass das Virus auf die Nachbarländer überspringt und die Epidemie am Ende abermals zu einer regionalen oder sogar globalen Bedrohung wird, ist nicht gebannt.

Warum die Krise im Kongo nicht unter Kontrolle kommt, liegt nicht im fehlenden medizinischen Fortschritt. Anders als 2014 gibt es heute einen Impfstoff. Doch die schlechte Sicherheitslage ist das Problem: Die Krise im Kongo ist hausgemacht. Der Staat ist nicht im Stande, für Stabilität zu sorgen. Über 70 bewaffnete Gruppen sollen im Land frei walten können.³ Mehr, als dass die aktuelle Krise im Kongo daher Antworten bietet, wie eine erfolgreiche Eindämmung des Ebola-Virus heute aussehen könnte, zeigt sie die schweren politischen Versäumnisse der Regierenden im zweitgrößten Land Afrikas – und sollte damit der westlichen Staatengemeinschaft nicht nur Warnung, sondern auch Anlass sein, weiter vehement auf politische Reformen zu drängen.

Wertvolle Zeit verloren

Die Ebola-Krise im Kongo begann vor einem Dreivierteljahr. Am 1. August 2018 erklärte die Regierung der DR Kongo den Ausbruch einer

Ebola-Epidemie. Kein neues Szenario für das Land. Ebola tritt nicht zum ersten Mal im Kongo auf. 1976 wurde das Virus im damaligen Zaïre entdeckt.

Im Jahr 2018 war in der Provinz Nord-Kivu, im äußersten Osten des Landes, eine Person verstorben, nachdem sie Fieber und starke Blutungen aufgewiesen hatte. Familienmitglieder entwickelten anschließend die gleichen Symptome und starben nur kurze Zeit später. Tests

der nationalen Gesundheitsforschung ergaben, dass es sich um das tödliche Ebola-Virus wie 2014 in Westafrika handelte.

Möglicherweise war diese neue Ebola-Epidemie schon viel früher, im Mai 2018, ausgebrochen. Doch ein Streik von Beschäftigten im Gesundheitswesen wegen nicht bezahlter Gehälter könnte dazu geführt haben, dass der Ausbruch nicht bereits damals gemeldet wurde. Wertvolle Zeit mag so verloren gegangen sein. Ungehindert



Kein Ende in Sicht: Seit Jahrzehnten leiden große Teile der Bevölkerung der Demokratischen Republik Kongo unter gewalttätigen Konflikten zwischen bewaffneten Gruppen und der Regierung. [Quelle: © Baz Ratner, Reuters.](#)

breitete sich das Virus aus. Am 3. August 2018 gab es bereits 30 bestätigte Todesfälle im Land.

Von Nord-Kivu griff das Virus auf die Nachbarprovinz Ituri über. Beide Provinzen sind dicht besiedelt und grenzen an Südsudan, Uganda und Ruanda. Die Menschen der Region betreiben rege Handel. Zahlreiche Binnenflüchtlinge erschweren zusätzlich eine schnelle Eindämmung. Im Dezember 2018 überstieg die Zahl der Todesfälle bereits 350.

Verfrühter Optimismus in der WHO

Die WHO und ihre Partner schienen 2018 jedoch insgesamt besser in der Lage zu sein, das Virus einzudämmen. Anders als 2014 gibt es heute einen Impfstoff. Das Produkt der Firma Merck ist zwar nach wie vor offiziell nicht zugelassen, doch zeigten Tests so vielversprechende Ergebnisse, dass der Impfstoff im Kongo großflächig eingesetzt wurde und bislang über 120.000 Menschen geimpft worden sind. Außerdem meldete die WHO im März 2019, dass 80 Prozent der betroffenen Bevölkerung bereit seien, ihre an Ebola verstorbenen Familienmitglieder sicher beerdigen zu lassen. Die ablehnende Haltung der Bevölkerung war ein Kernproblem im Kampf gegen Ebola bei der Krise in Westafrika und ist auch heute im Kongo wieder ein Schlüsselement.

So mehrten sich bereits im Januar 2019 bei der WHO-Jahresvorstandssitzung in Genf die optimistischen Stimmen, die ein Ende der Epidemie im Kongo innerhalb der nächsten sechs Monate für möglich hielten.⁴ Sie wurden bestärkt durch den Impfstoffhersteller Merck, der kurz zuvor auf dem Weltwirtschaftsforum in Davos angekündigt hatte, weitere 120.000 Impfstoff-Dosen nach Zentralafrika zu senden.

„Es ist unser Ziel, [die Krise] innerhalb der nächsten sechs Monate zu beenden“, sagte WHO-Direktor Tedros noch im März 2019, obwohl er selbst gerade erst die schwierige Sicherheitslage beim Besuch des zerstörten Zentrums gesehen hatte.⁵ Anlass zu dieser Haltung gaben ihm gesunkene Fallzahlen. Zum damaligen Zeitpunkt lag die Zahl der Todesfälle bei rund 580.

Doch nur zwei Wochen später rückte die WHO in Person ihrer Afrika-Direktorin, Matshidiso Moeti, von dieser Position ab und räumte ein, die Krise könne weitere zwölf Monate andauern.⁶ Die Todeszahlen waren in nur wenigen Tagen auf 640 gestiegen. Hauptverantwortlich waren die fortwährenden Angriffe bewaffneter Gruppen auf Gesundheitsmitarbeiter und ihre Einrichtungen in den Ost-Provinzen. Seither ist es noch schlimmer geworden. In nur wenigen Wochen, zwischen Ende März und Anfang Mai, stiegen die Zahlen von rund 600 auf über 1.000 Todesfälle.

Schutzlose Bürger und gefährdete Gesundheitshelfer

Katwa, Beni und Butembo – das sind die Namen der Städte, in denen wiederholt Ebola-Behandlungszentren angegriffen wurden. 132 Gesundheits-Teams seien laut nationalem Gesundheitsministerium seit Beginn des Ausbruchs angegriffen worden, vier Tote Gesundheitshelfer habe es gegeben.⁷ Mehrmals schon sah sich die Organisation „Ärzte Ohne Grenzen“ (Médecins Sans Frontières, MSF) gezwungen, ihre Arbeit an verschiedenen Orten auszusetzen. Gleichzeitig stieg in der lokalen Bevölkerung die Feindseligkeit gegenüber den Gesundheitshelfern, wie MSF berichtete.⁸

Die Unfähigkeit der kongolesischen Regierung, ihr Gewaltmonopol durchzusetzen, lässt unzählige bewaffnete Gruppen im Lande ungehindert agieren.

Um die Gründe zu verstehen, bedarf es eines Blicks in die Tiefe: Die bewaffneten, oft lokal verankerten Gruppen sehen die auswärtigen Gesundheitshelfer als Partner der Regierung – und damit als Partner eines Akteurs, der ihnen zutiefst verhasst ist. Zu oft hat sich der Staat in der Geschichte des Landes an den Menschen bereichert, zu oft haben sich Polizisten und Soldaten an der Bevölkerung vergangen. Laut den

Vereinten Nationen (VN) waren 2018 nationale Sicherheitskräfte für über 50 Prozent der Menschenrechtsverletzungen in der DR Kongo verantwortlich.

So sind die Angriffe auf die Ebola-Behandlungszentren nicht Ausdruck von Unglauben, dass es das tödliche Virus gibt. Sie sind politisch motiviert: sei es, um die Regierung aus der Region fernzuhalten oder lediglich um sie zu schwächen. Dafür wird auch die Bevölkerung unter Druck gesetzt. In der Stadt Butembo soll eine der Gruppen Zettel verteilt haben, in denen sie Bürgern Gewalt androhte, wenn diese mit den Helfern kooperierten.⁹

Warum aber können in vielen Landesteilen bewaffnete Gruppen ungehindert agieren? Der Grund ist die Unfähigkeit des Staates, sein Gewaltmonopol durchzusetzen. Letztlich scheiterten alle Demilitarisierungsprogramme und Sicherheitssektor-Reformen im Land, das nach einer Übergangsphase im Jahr 2006 eine neue Verfassung verabschiedete, am fehlenden politischen Willen der Regierenden.¹⁰

Zu oft stehen im Kongo private Interessen im Vordergrund. Es fehlt eine Politik, die sich dem Wohle des Volkes verpflichtet fühlt. Einen Indikator dafür liefert ein Blick auf die Parteienlandschaft. Rund 600 Parteien sind gegenwärtig registriert. Schwach an Ideologie, innerer Struktur und demokratischen Willensbildungsprozessen, dienen sie zumeist allein dem Vorsitzenden, ein Mandat zu erlangen, um damit sich und seine Verbündeten zu versorgen. Wurde vor der letzten Wahl kurzzeitig eine Drei-Prozent-Hürde zur Nationalversammlung diskutiert, verständigten sich die Abgeordneten am Ende darauf, diese lieber auf ein Prozent zu senken.

Helfer werden zur Zielscheibe: Zuweilen müssen Einsatzkräfte der VN-Friedensmission im Kongo MONUSCO sogar Ebola-Behandlungszentren und ihre Patienten schützen, die zum Ziel von Angriffen bewaffneter Gruppen werden. [Quelle:](#)
© Goran Tomašević, Reuters.

Der neue Präsident ist ein schwacher

Für politische Reformen, egal in welchem Bereich des Landes, das trotz seiner Rohstoffreichtümer zu den ärmsten der Welt gehört, braucht



es einen starken Präsidenten. Aus der Wahl am 30. Dezember 2018 ging Félix Tshisekedi hervor. Die Wahl des oppositionellen Vorsitzenden der sozialdemokratischen UDPS-Partei, die auch Mitglied der Sozialistischen Internationalen ist,

gilt jedoch als hoch umstritten. Zahlreiche Hinweise legen nahe, dass der Zweitplatzierte der eigentliche Gewinner wäre. Hinter dem Ergebnis soll der frühere Präsident Joseph Kabila stehen. Dieser hatte zunächst die Verfassung ändern



wollen, um ein drittes Mal antreten zu können. Als Kabila jedoch erkannte, dass der Druck gegen ihn seitens der internationalen Gemeinschaft und heimischen Zivilgesellschaft zu groß war, nahm er davon Abstand und verhalf mutmaßlich dem Oppositionskandidaten Tshisekedi zur Macht, während er sich gleichzeitig mit seinem Parteienbündnis die große Mehrheit in Nationalversammlung und Senat sicherte.

Tshisekedi ist damit ein Präsident von Kabilas Gnaden, der 2023 erneut antreten könnte. Die internationale Gemeinschaft akzeptierte das Ergebnis nach anfänglichem Zögern. Sie sieht es als Chance auf dem Weg zu einer schrittweisen demokratischen Transformation des Landes. Mit der Wahl Tshisekedis geht eine 13-jährige, stark repressive Amtszeit Kabilas zu Ende, die jener unter anderem dazu genutzt haben soll, sich ein System aufzubauen, das ihm und seiner Familie Anteile an rund 80 Firmen im In- und Ausland sicherte.¹¹

In dieser komplizierten Lage bleibt Tshisekedi, der kein Freund Kabilas ist, sich für die Macht jedoch auf das Spiel einließ, nur der Weg nach vorne. So versucht er, sich durch die umfassenden Möglichkeiten, die ihm das Präsidialamt liefert, von Kabila zu emanzipieren, und reiste in den ersten hundert Tagen seiner Amtszeit durch das Land. Er zeigte sich am Ohr der Menschen, er spendete Rettungswesten nach einem Schiffsunfall auf dem Kivu-See. Er versprach, für Sicherheit in verschiedenen Städten zu sorgen und brachte von seinem Staatsbesuch in Washington D.C. die Zustimmung des Internationalen Währungsfonds (IWF) mit nach Hause, die DR Kongo bei gegebenen Voraussetzungen künftig finanziell wieder zu unterstützen – was der IWF unter Kabila zuletzt abgelehnt hatte. Die Bürgernähe Tshisekedis ist ein Unterschied zu Kabila. Auch mit der Freilassung politischer Gefangener und der Wiedereröffnung der unter Kabila geschlossenen EU-Vertretung punktete Tshisekedi – nicht zuletzt bei der internationalen Gemeinschaft.

Auch die Ebola-Gebiete besuchte Tshisekedi und machte sich ein Bild von der Lage. Während die Epidemie für ihn aber nur ein Nebenschauplatz

zu sein scheint, ist ihm an einer engen Kooperation mit den westlichen Verbündeten gelegen. Amerika und Europa, die Joseph Kabila unter keinen Umständen noch einmal an der Macht sehen wollen, sind eine Stütze seiner Macht. So dürfte Tshisekedi auch kein Interesse an einem schnellen Abzug der MONUSCO¹² haben.¹³ Mit über 10.000 Einsatzkräften ist sie die größte VN-Friedensmission der Welt und der wichtigste Garant für die Sicherheit im Land. Wenig überraschend war die MONUSCO Kabila als Gegenspieler seiner Macht seit jeher ein Dorn im Auge.

Eine Doppelstrategie zur Lösung der Ebola-Krise

Die MONUSCO ist es auch, die die Gesundheitshelfer seit Anbeginn des Ebola-Ausbruchs bei ihrer Arbeit in der unruhigen Region zum Schutz patrouillierte.¹⁴

Eine militärische Lösung scheint derzeit die einzige Möglichkeit, um die Ebola-Krise zu überwinden.

Ein Abgeordneter der kongolesischen Nationalversammlung, der anonym bleiben möchte, sagte gegenüber der Konrad-Adenauer-Stiftung, die Ebola-Krise könne nur gelöst werden, wenn der Osten vollständig befriedet werde, sodass die Gesundheitshelfer ungehindert arbeiten können. Dafür brauche es jedoch ein starkes militärisches Eingreifen in dem Gebiet unter Kapitel VII der VN-Charta durch Beschluss des VN-Sicherheitsrates.

Wie zentral die Sicherheit in der Region für einen Erfolg ist, zeigen die rasch auf über 1.000 Ebola-Tote gestiegenen Zahlen. Gleichzeitig birgt eine Militarisierung der Hilfe jedoch das Risiko, den Widerstand der lokalen, bewaffneten Gruppen noch weiter zu verstärken. Die MONUSCO hat im Kampf gegen Ebola die kongolesische Polizei fortgebildet und wird ebenso als Partner der Regierung gesehen.¹⁵ Ein zweiter Schlüssel sind



daher derzeit laufende Verhandlungen mit den lokalen bewaffneten Gruppen. Wie es aus Kreisen der Vereinten Nationen in Kinshasa heißt, sollen die Gruppen dazu bewegt werden, von den Angriffen auf Ebola-Behandlungszentren abzulassen.

An der Seite der DR Kongo

In Genf drängt WHO-Direktor Tedros auf schnelle Erfolge und ist in den vergangenen Wochen deutlicher geworden. Zu Beginn der WHO-Jahresversammlung vor wenigen Tagen in Genf rief er alle Seiten im Kongo dazu auf, sich im Kampf gegen Ebola zu vereinen: „Wir bekämpfen die Unsicherheit. Wir bekämpfen die Gewalt. Wir bekämpfen Falschinformationen. Und wir bekämpfen die politische Ausnutzung des Ausbruchs.“¹⁶ Die mangelnde Sicherheit im Kongo nannte sie als einen Hauptgrund. Gleichzeitig ernannte VN-Generalsekretär Guterres den stellv. Leiter der MONUSCO, David Gressly, zum VN-Koordinator der Ebola-Nothilfe-Strategie im Kongo.¹⁷



2014 geriet Tedros' Vorgängerin in massive Kritik, als die WHO in der Ebola-Krise in Westafrika zu langsam handelte. Eine bessere Reaktion gehörte daher zu den Grundaufgaben einer jeder neuen Leitung. In seiner Antrittsrede nach seiner Wahl im Mai 2017 sagte Tedros, er werde sich dafür einsetzen, dass die Welt besser auf die nächste Epidemie vorbereitet sei.¹⁸ Das war sie auch. Wenn es eine Lehre aus der jetzigen Krise gibt, dann, dass eine erfolgreiche Eindämmung nur so gut sein kann, wie die politische Lage vor Ort. Die internationale Gemeinschaft sollte daher die Chance nutzen und nach der Abwahl Kabilas wieder enger an der Seite der DR Kongo stehen und es bei seinen Reformen unterstützen – auch Deutschland! In den vergangenen Tagen reisten nacheinander eine diplomatische Delegation Belgiens sowie Frankreichs Außenminister Le

Drian nach Kinshasa und sagten Präsident Tshisekedi unter anderem ihre Unterstützung bei der Reform des Sicherheitssektors zu.¹⁹

Die Bundesrepublik gehört wie bereits zwischen 2014 und 2016 zu den wichtigsten Gebern von Notgeldern im Kampf gegen Ebola. Am Rande der WHO-Gesundheitsversammlung kündigte Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) weitere Sofortzahlungen von zehn Millionen US-Dollar an.²⁰ Zur Wahl Tshisekedis hat sich die Bundesregierung bislang jedoch nicht positioniert. Das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) setzte 2017 seine Regierungsverhandlungen mit der DR Kongo aus, als Kabila seine Amtszeit verfassungswidrig überschritt. Zurzeit wird im BMZ die Verringerung der 85 Partnerländer des Ministeriums diskutiert und die DR Kongo steht zur Debatte. Einen durch Fälschung gewählten Präsidenten will niemand. Zur Wahrheit gehört jedoch auch, dass Berlin 2011 mit Joseph Kabila weiter im Gespräch blieb, obwohl sich dieser nur mit massiver Wahlfälschung an der Macht halten konnte. Politik sollte alte Fehler nicht wiederholen. Jeder Fall muss aber neu geprüft und einzeln betrachtet werden.

Dieser Text erschien erstmals online Ende Mai. Mittlerweile ist das Virus auch auf Uganda übergegangen.

Benno Müchler ist Leiter des Auslandsbüros der Konrad-Adenauer-Stiftung in der Demokratischen Republik Kongo.

- 1 WHO 2019: WHO Director-General Reiterates Commitment to Ebola Response (WHO-Generaldirektor bekräftigt Engagement zur Bekämpfung von Ebola), Pressekonferenz, 12.03.2019, in: <https://youtu.be/66yCchbl00w> [14.05.2019].
- 2 WHO 2019: WHO Director-General reiterates commitment to Ebola response despite another attack, 09.03.2019, in: <https://bit.ly/2u4shel> [14.05.2019].
- 3 Vgl. Stearns, Jason K. / Vogel, Christoph 2015: The Landscape of Armed Groups in East Congo, Congo Research Group 12/2015, in: <https://bit.ly/2YngaGe> [14.05.2019].
- 4 Vgl. Depetris, Marina 2018: Congo's Ebola outbreak to last at least six more months, Reuters, 13.11.2018, in: <https://reut.rs/30jbyqDs> [14.05.2019].
- 5 Vgl. Schlein, Lisa 2019: WHO Aims to End DRC Ebola Outbreak in 6 Months, Voice of America, 14.03.2019, in: <https://voanews.com/a/4829112.html> [14.05.2019].
- 6 Vgl. Finnan, Daniel 2019: DR Congo: Ebola could be prolonged for 12 months over insecurity, Radio France Internationale, 29.03.2019, in: <http://rfi.my/3rY4.T> [12.05.2019].
- 7 Vgl. France 24 2019: Attacks on DR Congo Ebola teams kill four since outbreak: govt, 24.05.2019, in: <http://f24.my/4ypD.T> [26.05.2019].
- 8 Vgl. Médecins Sans Frontières 2019: Medical activities suspended after Ebola treatment centre attack, Statement, 28.02.2019, in: <https://bit.ly/2tNqV7n> [14.05.2019].
- 9 Vgl. Isango, Eddy 2019: Ebola Outbreak Could Spiral Beyond DRC, WHO Warns, Voice of America, 10.05.2019, in: <https://voanews.com/a/4913176.html> [14.05.2019].
- 10 Vgl. EURAC 2016: EU support to security sector reform in the DRC. Towards an improved governance of Congolese security forces?, 02/2016, in: <https://bit.ly/2VroH9p> [12.05.2019].
- 11 Vgl. Congo Research Group 2017: All The President's Wealth. The Kabila Family Business, 19.07.2017, in: <https://bit.ly/2Vo7jST> [14.05.2019].
- 12 Abk. für: *Mission de l'Organisation des Nations Unies pour la stabilisation en République démocratique du Congo* (Mission der Vereinten Nationen für die Stabilisierung in der Demokratischen Republik Kongo).
- 13 Vgl. Hansrod, Zeenat 2019: UN mission in DR Congo, MONUSCO, to downsize, Radio France Internationale, 25.04.2019, in: <http://rfi.my/3xUY.T> [14.05.2019].
- 14 Vgl. ONU Info 2018: Lutte contre Ebola en RDC: la MONUSCO apporte un appui logistique et sécuritaire, 16.10.2018, in: <https://bit.ly/2VHuj4s> [14.05.2019].
- 15 Vgl. Radio Okapi 2019: Nord-Kivu: la police de la MONUSCO forme 400 policiers congolais à Butembo, 12.02.2019 in: <https://bit.ly/2HoStGQ> [14.05.2019].
- 16 Vgl. France 24 2019: DRC must unite in Ebola fight amid 'high' risk of spread: WHO chief, 20.05.2019, in: <http://f24.my/4x8a.T> [26.05.2019].
- 17 Vgl. WHO 2019: United Nations strengthens Ebola response in Democratic Republic of the Congo, 23.05.2019, in: <https://bit.ly/2WmUge> [26.05.2019].
- 18 Vgl. WHO 2017: Director-General Dr Tedros takes the helm of WHO: address to WHO staff, 03.06.2017, in: <https://bit.ly/2HrErF> [14.05.2019].
- 19 Vgl. Jeune Afrique 2019: RDC: Félix Tshisekedi annonce la reprise de la coopération militaire avec la Belgique, 15.05.2019, in: <https://bit.ly/2EDouue> [26.05.2019]; Radio France Internationale 2019: En RDC, Jean-Yves Le Drian salue une véritable „alternance“, 21.05.2019, in: <http://rfi.my/43K9.T> [26.05.2019].
- 20 Vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2019: Deutschland erhöht Ebola-Soforthilfen um 10 Mio. Dollar, 21.05.2019, in: <https://bit.ly/2K71hEf> [26.05.2019].



Globale Gesundheit

Ulan Bator erstickt im Smog

Gesundheitsrisiko Luftverschmutzung in der Mongolei

Johann Fuhrmann

Die mongolische Metropole Ulan Bator ist nicht nur die kälteste Hauptstadt der Welt. Seit 2016 gilt die Millionenstadt vor Neu-Delhi und Peking zudem als jene mit der größten Luftverschmutzung. Die Politik hat das Problem erkannt, scheint jedoch weitgehend machtlos. Die Bürger sind zunehmend frustriert.

Giftige Luft und ihre Folgen

Bereits vor zwei Jahren schlug der Sicherheitsrat der Mongolei Alarm: Das Gremium, bestehend aus dem Staatspräsidenten, dem Premierminister und dem Parlamentssprecher, erklärte die Luftverschmutzung in Ulan Bator kurzerhand zum nationalen Katastrophenfall.¹ Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verstarben in der Mongolei allein im Jahr 2016 etwa 3.300 Menschen an den Folgen der schlechten Luft.² Zwar wurde 2017 ein „Nationales Programm zur Verringerung der Luft- und Umweltverschmutzung“ verabschiedet, doch hat sich die Situation seitdem nicht gebessert. So ergab eine im Januar vergangenen Jahres durchgeführte Messung der Luftqualität eine 133-fache Überschreitung des von der WHO empfohlenen Grenzwertes für PM_{2,5}.³ Bei PM_{2,5} handelt es sich um Feinstaub, der sich aus Partikeln besonders geringer Größe zusammensetzt und der deshalb in die kleinsten Lungenbläschen eindringen kann. Dieser Feinstaub wird mit schweren gesundheitlichen Problemen, wie etwa Schlaganfällen, Herzleiden und Atemwegserkrankungen wie Asthma in Verbindung gebracht.⁴

Zwischen Jurten und Wolkenkratzern

Das Problem der Luftverschmutzung in Ulan Bator wächst mit der Stadt, deren Bevölkerung sich seit 1990 fast verdreifacht hat. Heute lebt knapp die Hälfte der Mongolen, etwa anderthalb Millionen Menschen, in der im Tal des Flusses Tuul gelegenen Metropole. Ein Problem stellt dabei auch die geografische Lage der von Bergen umgebenen Stadt dar. In den Wintermonaten lagert sich die kalte Luft im Tal ab und die warme Luft legt sich wie eine Glocke darüber.

Da die Schadstoffe kaum entweichen können, sammeln sie sich in der kalten Luft – mit entsprechend desaströsen Auswirkungen auf deren Qualität.⁵

Die grassierende Landflucht und die unregelmäßige Stadtentwicklung haben dazu geführt, dass heute rund 60 Prozent der Bevölkerung Ulan Bators im nördlich gelegenen Jurtenviertel, dem *Ger*-Distrikt, wohnen. Als Jurten (mongolisch: *Ger*) werden die traditionellen, mit Filzdecken belegten Zelte der Nomaden bezeichnet.

Im *Ger*-Distrikt verfügt nur ein Teil der Bewohner über Zugang zu fließendem Wasser und Elektrizität. Insbesondere während der kalten Wintermonate, in denen die Temperaturen nachts regelmäßig auf unter minus 30 Grad fallen, werden die Jurten mit Rohkohle geheizt. Mehr als 80 Prozent der winterlichen Luftverschmutzung der Stadt sind auf die rund 600.000 Tonnen Rohkohle zurückzuführen, die zwischen Anfang November und Ende März im *Ger*-Distrikt zur Wärmegewinnung und zum Kochen in den Öfen verbrannt werden.⁶

Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die Zunahme des Verkehrs. Allein zwischen 2005 und 2018 ist die Zahl der Fahrzeuge in der Hauptstadt von 75.000 auf mehr als 530.000 gestiegen.⁷ Nach WHO-Angaben sind sie für rund zehn Prozent der Partikelverschmutzung verantwortlich. Derweil steigt ihre Zahl weiter: So berichtet die mongolische Zollbehörde, dass im ersten Quartal 2019 25.571 PKW aus dem Ausland importiert wurden: ein Zuwachs von 40 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Hinsichtlich der Luftverschmutzung ist dieser Anstieg auch deshalb besonders problematisch, weil es sich bei 97

Prozent der Fahrzeuge um gebrauchte PKW handelt, die mindestens zwei Jahre oder älter sind.⁸

Den drittgrößten Beitrag zur Luftverschmutzung machen die städtischen Kohlekraftwerke mit rund sechs Prozent aus. Die Kraftwerke sind stark veraltet, so ist das Kraftwerk *Ulaanbaatar TES-1* bereits seit 1988 funktionsunfähig. In Planung befindet sich jedoch seit mehreren Jahren ein fünftes Kraftwerk, *Ulaanbaatar TES-5*, welches mit einer Kapazität von bis zu 587 Megawatt durch Wassererwärmung heizen und mit einer Kapazität von bis zu 450 Megawatt Elektrizität generieren soll. Der Auftrag zum Bau wurde 2015 unterzeichnet. Es ist die erste Neuerrichtung eines Kohlekraftwerkes in der Mongolei seit 1984.⁹

Zivilgesellschaftlicher Protest und gesundheitliche Folgen

Die größten öffentlichen Proteste gegen die zunehmende Luftverschmutzung fanden im Winter 2016 statt. Sie wurden von einer mongolischen NGO, den *Mothers Against Air Pollution*, initiiert. Tausende Menschen nahmen an der Demonstration teil, die am 27. Dezember auf dem zentralen *Sukhbaatar-Platz* vor dem *Großen Staats-Chural*, dem mongolischen Parlamentsgebäude, stattfand.¹⁰ Dass die Frustration in der Bevölkerung nach wie vor groß ist, zeigt die öffentliche Aufmerksamkeit, die B. Bat-Erdene, einem Einwohner Ulan Bators, geschenkt wurde, als er sich im Dezember 2018 mit einer Online-Petition an die Vereinten Nationen (VN) wandte. Innerhalb von nur vier Tagen fand er 58.567 Unterstützer – genug, um eine offizielle Stellungnahme der VN zu erwirken. In ihrer Antwort beteuert die Organisation ihre Bereitschaft, mit allen Beteiligten – der Regierung, Unternehmen und Bürgern – zusammenzuarbeiten, um sich für saubere Luft einzusetzen.¹¹

Wie bedeutsam ein erfolgreicher Kampf gegen die Luftverschmutzung wäre, unterstreicht der jüngste Bericht von UNICEF, dem VN-Kinderhilfswerk. Denn gerade Kinder und schwangere Frauen sind von den Auswirkungen der schlechten Luft betroffen: Messungen haben ergeben, dass das Lungenvolumen der Kinder in einem

besonders betroffenen Viertel Ulan Bators im Vergleich zu dem von Kindern in der ländlichen Mongolei um bis zu 40 Prozent reduziert ist.¹² Aufgrund der Luftverschmutzung kommt es in Ulan Bator zu mehr Fehl- und Frühgeburten und viele Neugeborene weisen bei Geburt ein geringeres Gewicht auf. Laut UNICEF verstarben allein 2015 etwa 435 Kinder in Ulan Bator an Lungenentzündungen.¹³ Für die gesamte Mongolei mit ihren rund drei Millionen Einwohnern spricht die WHO für das Jahr 2016 von 3.300 Todesfällen durch Krankheiten, die mit der Luftverschmutzung im Zusammenhang stehen. UNICEF schätzt allein die durch die Luftverschmutzung direkt verursachten Kosten im Jahr 2016 – hierzu zählen vor allem die unmittelbaren medizinischen Ausgaben – auf 18,4 Milliarden Tugrik, umgerechnet mehr als 6,2 Millionen Euro.¹⁴

Politische Maßnahmen

80 Prozent weniger Luftverschmutzung bis 2025 lautet das Ziel, das sich die mongolische Regierung im März 2017 mit der Verabschiedung ihres nationalen Aktionsplans gesteckt hat.¹⁵ Zunächst hatte die Politik versucht, dem Problem mit einer gezielten Umsiedlungspolitik entgegenzutreten: Möglichst viele Bewohner des *Ger*-Distrikts sollten in Wohnungen mit entsprechenden Heizungen untergebracht werden. Doch nur wenige Menschen konnten sich die Wohnungen leisten, da sie aus Sicht der Banken nicht kreditwürdig erschienen.¹⁶

Die Verbesserung der Lebensumstände innerhalb des *Ger*-Distrikts ist Teil des Aktionsplans gegen Luftverschmutzung.

Heute konzentriert sich die Regierung deshalb auf Maßnahmen, die eine Verbesserung der Lebensumstände innerhalb des Armenviertels zum Ziel haben. So wird seit Anfang des Jahres



in Teilen des Ger-Distrikts, die über Anschluss zum Stromnetz verfügen, nachts eine kostenlose Stromversorgung angeboten. Da bisher aber nur wenige Familien Elektroheizungen besitzen, sind

die langfristigen Effekte noch nicht absehbar. Um künftig mehr Menschen Zugang zu Luftfiltern und Elektroheizungen zu verschaffen, wurden diese nun von Steuern befreit. Seit dem 15. Mai 2019



Armutsviertel ohne Strom und Wasser: Rund 60 Prozent der Bevölkerung Ulan Bators leben im nördlich gelegenen Jurtenviertel der Stadt, dem Ger-Distrikt. [Quelle: © Bazarsukh Rentsendorj, Reuters.](#)

ist das Verbrennen von Rohkohle in Privathaushalten verboten. Lediglich die städtischen Kohlekraftwerke sind hiervon ausgenommen. Welche Alternativen die Regierung der Bevölkerung für

die vergleichsweise günstige Rohkohle anbieten wird und ob das Vorhaben erfolgreich umgesetzt werden kann, wird der nächste Winter zeigen. So wies auch die stellvertretende Repräsentantin des

Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (UNDP) in der Mongolei, Daniela Gasparikova, beim Mongolischen Ökologieforum im vergangenen Oktober darauf hin, dass es vor Inkrafttreten des Verbotes notwendig sei, die Produktionskapazitäten für verbesserte Brennstoffe sicherzustellen.¹⁷ Derzeit setzt die Regierung insbesondere auf den Ausbau der Fabrik *Tavan Tolgoi*, deren Kapazität zur Herstellung von saubereren Kohlebriketts in diesem Jahr von 200.000 Tonnen auf 600.000 Tonnen gesteigert werden soll.¹⁸

Ein weiterer Plan zur Entlastung Ulan Bators und zur Verbesserung der Luftqualität wird insbesondere durch den mongolischen Staatspräsidenten Khaltmaa Battulga vorangetrieben, der als Kandidat der oppositionellen „Demokratischen Partei“ vom Volk 2017 direkt gewählt wurde. Seit Jahren setzt er sich für die Errichtung einer neuen Ökostadt mit dem Namen *Maidar City* vor den Toren Ulan Bators ein. Entworfen hat sie der Kölner Architekt Stefan Schmitz, der seit 2012 an dem Projekt arbeitet. Bereits 2030 sollen die ersten 90.000 Einwohner ihre Wohnungen in der Stadt beziehen.¹⁹ Die Stromversorgung soll im Wesentlichen durch erneuerbare Energien erfolgen und somit für saubere Luft sorgen.²⁰ Da bis heute jedoch noch keine Gebäude errichtet wurden und es an Investoren zu mangeln scheint, ist fraglich, ob das Projekt jemals realisiert werden kann.

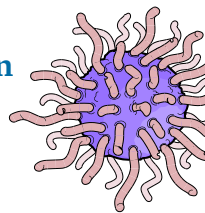
Wachsende Skepsis gegenüber der Politik

Nach der Revolution im Jahr 1990 hat sich in der Mongolei insgesamt eine stabile Demokratie mit einem Mehrparteiensystem, freien Wahlen und Gewaltenteilung etabliert. Geprägt wurde diese positive Entwicklung jedoch auch durch extrem häufige Regierungswechsel sowie zahlreiche Korruptionsskandale. Die wachsende Skepsis den verantwortlichen Politikern gegenüber wird ebenso im Bereich der Bekämpfung der Luftverschmutzung deutlich. Da die Maßnahmen bisher nicht den gewünschten Erfolg erzielt haben, wittern viele Bürger und politische Kommentatoren dahinter insbesondere Geschäftsinteressen, Vetternwirtschaft und Betrug: So beklagt etwa die Zeitung *The UB Post*, dass 2018 im Haushalt 489,6 Millionen Tugrik, über 170.000 Euro, für

die Anpflanzung von einer Million Bäumen in Ulan Bator vorgesehen waren. Das Problem: Das Geld sei zwar verschwunden, nur könne niemand die Bäume ausfindig machen.²¹

In der Bevölkerung sind die Vorbehalte kurzfristigen und kostspieligen Maßnahmen gegenüber so stark gewachsen, dass viele von ihnen in jüngerer Zeit aufgrund des öffentlichen Widerstandes gescheitert bzw. vorzeitig eingestellt worden sind. Als der damals neue Umweltminister N. Tserenbat im Oktober 2018 die Installation von Schornsteinfiltern im *Ger*-Distrikt vorschlug, wurde sein Ansinnen innerhalb kürzester Zeit aufgrund heftiger Kritik in den sozialen Netzwerken und Medien wieder zurückgezogen.²² Das gleiche Schicksal erfuhr nur wenige Wochen später ein weiterer Plan der Regierung, der vorsah, dass Schwangeren sowie Müttern mit Kindern im Alter von bis zu fünf Jahren während der Wintermonate ein fünftägiger Aufenthalt in einem Kurort außerhalb Ulan Bators finanziert werden sollte. Eine staatliche Studie kam zu dem Ergebnis, dass etwa 10.600 Schwangere, 35.000 Mütter sowie 65.000 Kinder zu einer Teilnahme an dem Programm berechtigt wären. Die Kosten sollten sich auf etwa acht Milliarden Tugrik, circa 2,7 Millionen Euro, belaufen. In der Öffentlichkeit stieß das Vorhaben auf eine so starke Ablehnung, dass die Regierung dann auch diese Idee umgehend wieder fallen lassen musste.²³

Vorbehalte und Widerstände der Bevölkerung gegenüber kurzfristigen und kostspieligen Maßnahmen haben viele von ihnen scheitern lassen.



Ein wiederkehrendes Argument der Kritiker lautet, dass das Geld effektiver in den Bau von Wohnungen investiert werden sollte. Der Journalist T. Bayarbat rechnete kürzlich nach: 557,2 Milliarden Tugrik, fast 200 Millionen Euro, hätten der Staat, die Stadt Ulan Bator und ausländische Geldgeber allein zwischen 2008 und 2016 zur Bekämpfung

der Luftverschmutzung verausgabt. Von diesem Geld hätte man mehr als 17.000 Wohnungen mit einer Fläche von 36 Quadratmetern bauen können.²⁴ Hätte man Bewohnern des *Ger*-Distrikts diese Wohnungen kostenlos angeboten, hätte dies zu einer ernsthaften Besserung der Gesamtsituation beitragen können, so die Argumentation.

Zu den kritischen Stimmen gesellte sich kürzlich auch Staatspräsident Battulga. Während einer von ihm einberufenen Anhörung im Staatspalast ließ er eine Rede verlesen. Darin kritisiert er die jetzige Regierung der „Mongolischen Volkspartei“ für den fehlenden Fortschritt in der Bekämpfung der Luftverschmutzung sowie für die Verschwendung öffentlicher Mittel. So seien hohe Summen für Werbung, Webseiten und Personal ausgegeben worden, anstatt sich der Probleme vor Ort anzunehmen. Darüber hinaus berichtet die Rede von einem Verantwortlichen des *Clean Air Fund*, der öffentliche Mittel zum Kauf eines Luxusautos und teurer Schuhe verausgabt habe – um danach unterzutauchen.²⁵

Internationale Anstrengungen und Projekte

Zwischen dem russischen Bären und dem chinesischen Drachen gelegen, ist die dünn besiedelte Mongolei um ein ausgewogenes Verhältnis zu ihren beiden Nachbarstaaten bemüht. Gleichzeitig strebt der Binnenstaat mit der sogenannten Politik des dritten Nachbarn eine Intensivierung der Bindungen an die hochentwickelten Demokratien des politischen Westens, insbesondere an die EU, Japan und die USA, an. Diese guten Beziehungen spiegeln sich auch in der Vielzahl kleinerer und größerer Projekte wider, die ausländische Staaten und Geberorganisationen zur Verbesserung der Luftqualität in Ulan Bator vorantreiben.

So ist etwa die staatliche japanische Entwicklungsbehörde, die *Japan International Cooperation Agency* (JICA), gleich mit mehreren Projekten aktiv: Im Januar diesen Jahres unterzeichnete die Behörde ein Abkommen mit der mongolischen Regierung, in dessen Rahmen die Herstellung und Nutzung von weniger schädlichen Briketts

zur Wärmegewinnung im *Ger*-Distrikt erprobt werden soll.²⁶ Bereits im November des Vorjahres war in den Medien über ein Pilotvorhaben von JICA berichtet worden, das die Installation von zunächst 25 Abgasfiltern in Bussen des öffentlichen Nahverkehrs vorsieht. Gemeinsam mit UNICEF und der mongolischen Regierung treibt die schweizerische Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit seit Ende 2018 ein Kooperationsvorhaben voran, das das Auftreten von Lungenentzündungen bei Kindern unter fünf Jahren reduzieren und mit Luftverschmutzung einhergehende Schwangerschaftsrisiken verringern soll. Im Rahmen des Projekts, das zunächst bis 2021 durchgeführt werden soll, werden die beiden Organisationen die Regierung der Mongolei dabei unterstützen, die Öffentlichkeit zu sensibilisieren, die Luftqualität der Innenräume in Kindergärten zu verbessern sowie die medizinische Betreuung und Dienstleistungen im Winter auszubauen.²⁷ Derweil zielt das Projekt „Energieeffiziente Gebäudesanierung in der Mongolei“ der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit auf Energieeinsparungen in öffentlichen Institutionen und Unternehmen ab.

Schon dieser Blick auf einige der aktuellen Initiativen zeigt, dass der Luftverschmutzung Ulan Bators auch in der Entwicklungszusammenarbeit eine herausgehobene Rolle zukommt. Nach Angaben der Präsidialkanzlei haben ausländische Geber zur Bekämpfung der Luftverschmutzung zwischen 2008 und 2019 Hilfsleistungen und Kredite in Höhe von 104,7 Millionen US-Dollar aufgewendet.²⁸ Nach Meinung von Experten des UNDP mangelt es in diesem Bereich jedoch insbesondere an ausländischen Direktinvestitionen im privaten Sektor. Gerade bei der Gewinnung von Solar- und Windenergie verfügt das Land eigentlich über gewaltige Potenziale: Mit 270 Sonnentagen im Jahr und einem Gebiet von der Größe Griechenlands, das zur Erzeugung von Windenergie geeignet ist, scheinen die Voraussetzungen eigentlich ideal.²⁹ Doch halten sich die Investoren zurück, weil sie erfahren mussten, dass sich die Politik nach Regierungswechseln nicht mehr an zuvor abgeschlossene Vereinbarungen gebunden fühlt. So reduzierten sich die



Direktinvestitionen drastisch von knapp 2,1 Milliarden US-Dollar im Jahr 2012 auf lediglich 110 Millionen US-Dollar in 2015.³⁰ In diesem Bereich glaubhaft für mehr Rechtssicherheit zu sorgen, könnte ein entscheidender Schritt sein, um die Lebensqualität der Bewohner Ulan Bators langfristig zu verbessern.

Vorbilder Dublin und Launceston?

Dass es erfolgreiche Wege aus der Luftverschmutzung gibt, zeigt ein Blick nach Irland, wo seit 1990, unter dem *Smoky Coal Ban*, der Verkauf, das Bewerben und die Verteilung von Steinkohle in *Low Smoke Zones*, darunter Dublin, verboten sind.³¹ Die Feinstaubbelastung ging in der Folge in den betroffenen Gebieten deutlich zurück. In



Stadt im Nebel: Mehr als 80 Prozent der winterlichen Luftverschmutzung Ulan Bators sind auf die rund 600.000 Tonnen Rohkohle zurückzuführen, die zum Heizen und Kochen in den Öfen verbrannt werden. Quelle: © Bazarsukh Rentsendorj, Reuters.

Bewerbung von Elektroheizungen entgegenzuwirken. Nach einem umfassenden Interventionsprogramm der Regierung, dem *Launceston Wood Heater Replacement Program*, sank von 2001 bis 2004 die Verbreitung von holzbetriebenen Öfen zur Wärmegenerierung in den Privathaushalten der Stadt von 66 Prozent auf lediglich 30 Prozent. Auch hier reduzierte sich die Feinstaubbelastung und die Anzahl der Todesfälle durch Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sank deutlich.³³

Doch schon auf den ersten Blick wird klar, dass sich die Erfahrungen aus Dublin und Launceston kaum auf Ulan Bator übertragen lassen. Neben der im *Ger*-Distrikt herrschenden Armut ist auch die mangelhafte Infrastruktur in Ulan Bator ein wesentlicher Faktor, da nur ein Teil des *Ger*-Distrikts über Zugang zu Strom verfügt und folglich elektrisch heizen könnte. Darüber hinaus nimmt der Zuzug aus der ländlichen Mongolei ungebremst zu. Die Konzentration der wirtschaftlichen Entwicklung in der Hauptstadt, die fehlende Infrastruktur in der Provinz sowie durch Klimawandel und Naturkatastrophen verödetes Land stellen die Bevölkerung in den ländlichen Gebieten vor große Herausforderungen. Setzt sich die Landflucht weiter fort, gehen Prognosen des Programms der Vereinten Nationen für menschliche Siedlungen, *UN-Habitat*, davon aus, dass sich die Einwohnerzahl Ulan Bators bis 2040 um etwa 900.000 Menschen auf 2,4 Millionen erhöhen wird.³⁴

Ausblick

Zwei Jahre nachdem der Sicherheitsrat der Mongolei die Luftverschmutzung Ulan Bators zum nationalen Katastrophenfall erklärt hat, fällt die Bilanz der Regierung gemischt aus. Vorhaben zur

Dublin allein sank die Todesrate in den folgenden 72 Monaten um 5,7 Prozent – deutlich weniger Menschen litten an Atemwegs- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.³²

Im tasmanischen Launceston begann die Stadt im Jahr 1994 der zunehmenden Feinstaubbelastung durch Brennholz mit Hilfe umfangreicher Informationskampagnen sowie durch die

Umsiedlung der Bewohner des *Ger*-Distrikts in städtische Wohnungen sind ebenso gescheitert wie die flächendeckende Installation von Schornsteinfiltern. Doch hat die Regierung mit dem Verbot des Verbrennens von Rohkohle und der steuerlichen Förderung von Elektroheizungen erste mutige Schritte unternommen, die in die richtige Richtung weisen. Der Erfolg dieser Vorhaben wird jedoch davon abhängen, ob es gelingt, der Bevölkerung kostengünstige Alternativen für die verschmutzungsintensive Rohkohle zur Verfügung zu stellen. Gerade bei den Elektroheizungen wird es neben dem finanziellen Aspekt auch darauf ankommen, den Ausbau des Stromnetzes im *Ger*-Distrikt entschieden voranzutreiben.

Mittelfristig könnte eine Ausweitung des öffentlichen Personennahverkehrs ebenso weitere Abhilfe schaffen wie die Erneuerung oder Modernisierung der städtischen Kohlekraftwerke. Auf lange Sicht scheint ein Ausbau der erneuerbaren Energien, insbesondere der Wind- und Solarkraft, in der riesigen Mongolei eine echte Alternative zur Kohle darzustellen. Hierfür wäre die Mongolei jedoch auf Auslandsinvestitionen angewiesen. Fehlende Investitionssicherheit und Korruption haben jedoch zuletzt zu einem rasanten Einbrechen ausländischer Direktinvestitionen geführt. Sollte es der mongolischen Politik gelingen, glaubhaft für Investitionssicherheit zu sorgen und die grassierende Korruption zu bekämpfen, wird dies nicht nur der Wirtschaft des Landes zuträglich sein. Perspektivisch könnte dies ein weiterer Meilenstein sein, damit das winterliche Ulan Bator und seine Bevölkerung nicht Jahr für Jahr im Smog ersticken.

Johann Fuhrmann ist Leiter des Auslandsbüros Mongolei der Konrad-Adenauer-Stiftung.

- 1 Vgl. The UB Post 2018: UN responds to ‚death from Smog in mongolia‘ petition, 28.12.2018.
- 2 Vgl. Cousins, Sophie 2019: Air Pollution in Mongolia, Bulletin of the World Health Organization 2019: 97, S.79–80, hier: S.79, in: <https://bit.ly/2WpIsTq> [22.05.2019].
- 3 Vgl. Gheorghe, Adrian / Ankhbayar, Batbayar / van Nieuwenhuyzen, Henlo / de Sa, Rogerio 2018: Mongolia’s air pollution crisis: A call to action to protect children’s health, UNICEF, 02/2018, S.15, in: <https://uni.cf/2LElFtr> [22.05.2019].
- 4 Vgl. Landesamt für Natur, Umwelt und Verbraucherschutz Nordrhein-Westfalen 2010: Gesundheitliche Wirkungen von Feinstaub und Stickstoffdioxid im Zusammenhang mit der Luftreinhalteplanung, S.5, 10/2010, in: <https://bit.ly/2MfTtCX> [22.05.2019].
- 5 Vgl. Müller, Matthias 2019: Die Mongolen ringen nach Atem, Neue Zürcher Zeitung, 15.03.2019, in: <https://nzz.ch/ld.1459796> [22.05.2019].
- 6 Vgl. Cousins 2019, N.2, S.79.
- 7 Vgl. Bold, B. 2018: 958.000 Fahrzeuge wurden auf nationaler Ebene registriert, Montsame, 13.12.2018, in: <https://montsame.mn/mn/read/174239> [22.05.2019].
- 8 Vgl. Dulguun, B. 2019: Passenger car import up 40 %, in: The UB Post, 10.05.2019.
- 9 Vgl. Tsolmon, Battulga 2019: Vertrag zum Bau von „Wärmeleistung 5“ unterzeichnet, Barilga.mn, 29.07.2015, in: <https://bit.ly/2YD5P9a> [22.05.2019].
- 10 Vgl. Batmandach, G. 2016: Twenty thousand parents to demonstrate against air pollution, NewsMN, 23.12.2016, in: <https://bit.ly/30DkD9C> [22.05.2019].
- 11 Vgl. The UB Post 2018, N.1.
- 12 Vgl. UNICEF 2018: Mongolia’s air pollution is a child health crisis, 21.02.2018, in: <https://uni.cf/3OAGv5O> [22.05.2019].
- 13 Vgl. Gheorghe et al. 2018, N.3, S.16.
- 14 Vgl. ebd., S. 25f.
- 15 Vgl. WHO 2018: Air Pollution in Mongolia: Policy Brief, 28.02.2018, in: <https://bit.ly/2Y0dGe7> [22.05.2019].
- 16 Vgl. Tugchin, K. 2018: Raising Children amid Pollution, in: The UB Post, 16.11.2018, S.2.
- 17 Vgl. Gasparikova, Daniela 2018: Keynote speech at Mongolian Ecology Forum 2018, UNDP, 19.10.2018, in: <https://bit.ly/2Radk3W> [22.05.2019].
- 18 Vgl. Misheel, B. 2019: Improved fuel factories operating 24/7, Montsame, 12.02.2019, in: <https://montsame.mn/en/read/179767> [22.05.2019].
- 19 Vgl. Jeppesen, Helle 2018: Städte für die Zukunft, Deutsche Welle, 07.02.2018, in: <https://p.dw.com/p/2sF4a> [22.05.2019].
- 20 Vgl. Damm, Andreas 2014: Metropole Mairdar City Kölner Architekt entwirft eine Metropole in der Mongolei, Kölner Stadt-Anzeiger, 24.11.2014, in: <https://ksta.de/563890> [22.05.2019].
- 21 Vgl. Bayarbat, T. 2018: Air pollution business swallows 557.2 billion MNT, in: The UB Post, 07.11.2018.
- 22 Vgl. Tugchin 2018, N.16, S.2.

- 23 Vgl. Turmunkh, R. 2018: Should [sic!] waste 8 billion MNT in the name of air pollution reduction?, in: The UB Post, 21.12.2018.
- 24 Vgl. Bayarbat 2018, N. 21.
- 25 Vgl. Unurzul, M. 2019: President attends General Inquiry Hearing on Air Pollution, Montsame, 31.01.2019, in: <https://montsame.mn/en/read/179138> [22.05.2019].
- 26 Vgl. Munkhzul, A. 2019: Third phase begins for project on reducing air pollution of Ulaanbaatar city, Montsame, 03.01.2019, in: <https://montsame.mn/en/read/176074> [22.05.2019].
- 27 Vgl. Schweizerische Eidgenossenschaft 2018: UNICEF and SDC Join Efforts for the Children of Mongolia, 17.12.2018, in: <https://bit.ly/2Jzk8rU> [22.05.2019].
- 28 Vgl. Unurzul 2019, N. 25.
- 29 Vgl. Gasparikova 2018, N. 17.
- 30 Vgl. Auswärtiges Amt 2019: Mongolei: Wirtschaft, Länderinformationen, in: <https://bit.ly/2JTRQYE> [22.05.2019].
- 31 Vgl. Department of Communications, Climate Action and Environment: Smoky Coal Ban, in: <https://bit.ly/2jyquMU> [22.05.2019].
- 32 Vgl. Clancy, Luke / Goodman, Patrick G. / Sinclair, Hamish / Dockery, Douglas W. 2002: Effect of air-pollution control on death rates in Dublin, Ireland: an intervention study, in: The Lancet 360: 9341, S. 1210–1214, hier: S. 1213.
- 33 Vgl. Johnston, Fay / Hanigan, Iva / Henderson, Sarah / Morgan, Geoffrey 2013: Evaluation of interventions to reduce air pollution from biomass smoke on mortality in Launceston, Australia: retrospective analysis of daily mortality, 1994–2007, *thebmj*, 346: 7890, 08.01.2013, in: <https://bit.ly/2HKCLG7> [22.05.2019].
- 34 Vgl. Altanbagana, M. / Davaanyam, S. / Tuvshinbat, D. / Kherlenbayar, B. 2016: Mongolia Habit III National Report, S. 8, in: <https://bit.ly/2VE1As5> [22.05.2019].



Quelle: © Danni Sagoli, Reuters

Globale Gesundheit

„Leave no one behind“

Umsetzung der *Sustainable Development Goals* im Bereich
Gesundheit in fragilen und von Konflikt betroffenen Ländern

Veronika Ertl / Martina Kaiser

In den 2015 verabschiedeten globalen Nachhaltigkeitszielen (*Sustainable Development Goals*) der Agenda 2030 nimmt das Thema Gesundheit eine zentrale Rolle ein, um nachhaltige Entwicklung zu erreichen. Insbesondere in fragilen und von Konflikt betroffenen Kontexten, wie es derzeit in Venezuela und in Jemen der Fall ist, sehen sich diese ehrgeizigen Zielsetzungen jedoch zahlreichen Herausforderungen gegenüber, die ihre Erfolgchancen in Frage stellen.

Gesundheit als Grundbedingung für nachhaltige Entwicklung

Gesundheit ist ein Gut, das allen Menschen zugänglich sein sollte – unabhängig von ihrem sozioökonomischen Status, ihrer ethnischen Zugehörigkeit, ihrem Geschlecht oder den geografischen Gegebenheiten. Zu dieser Feststellung sind die Gründerväter der Vereinten Nationen (VN) bereits 1948 gekommen, als sie mit Artikel 25 einen entsprechenden Passus in ihre „Allgemeine Erklärung der Menschenrechte“ aufgenommen haben. Im selben Jahr wurde mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine Institution gegründet, die sich zum Ziel gesetzt hat, für „alle Völker das höchstmögliche Gesundheitsniveau zu erreichen“¹ und in deren strategischer Schwerpunktsetzung sich zudem widerspiegelt, dass Gesundheit und nachhaltige Entwicklung untrennbar miteinander verbunden sind. Entsprechend ordnen sich die Aktivitäten im aktuellen Arbeitsprogramm auch den gesundheitsrelevanten Zielen der Agenda 2030 unter.²

Den Nexus zwischen Gesundheit und nachhaltiger Entwicklung haben auch die *Millennium Development Goals* (MDGs) der VN aufgegriffen, die von 2000 bis 2015 den übergreifenden weltweiten Rahmen für die Bewältigung zahlreicher entwicklungshemmender Herausforderungen bildeten und als Vorlage für die heutigen nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) der VN dienen. In beiden Entwicklungsvisionen spielt die Verbesserung der Gesundheit aller Menschen als „eine Voraussetzung, ein Indikator und ein Ergebnis nachhaltiger Entwicklung“³ eine zentrale Rolle.

Der VN-Abschlussbericht zu den *Millennium Development Goals* dokumentiert, dass in vielen gesundheitsrelevanten Bereichen bis 2015 bereits beachtliche Fortschritte erzielt werden konnten.⁴ So ist beispielsweise der Anteil unterernährter Menschen in Entwicklungsregionen von 23,3 Prozent (1990 bis 1992) auf 12,9 Prozent (2014 bis 2016) gesunken. Die Sterblichkeitsrate von Kindern unter fünf Jahren konnte zwischen 1990 und 2015 weltweit um mehr als die Hälfte gesenkt werden. Zusätzlich ist auch die Müttersterblichkeitsrate weltweit zwischen 1990 und 2015 um 45 Prozent zurückgegangen. Diese auf den ersten Blick positiven Entwicklungen dürfen jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass die meisten Zielvorgaben der MDGs nicht erreicht wurden und dass die Fortschritte ungleichmäßig, sowohl zwischen Weltregionen als auch zwischen ländlichen und städtischen Gebieten, verteilt waren. Die große Forderung für die „Post-2015-Entwicklungsagenda“, die im September 2015 als Agenda 2030 von der VN-Generalversammlung verabschiedet wurde, war entsprechend, dass weiterhin energische Anstrengungen unternommen werden, um die gesundheitliche Versorgung der Menschen weltweit zu verbessern.

Wie sehr der Bereich Gesundheit in der Agenda 2030 verankert ist, zeigt sich besonders in SDG 3: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“, mit seinen insgesamt 13 Unterzielen, unter anderem zur Reduzierung der weltweiten Mütter- und Kindersterblichkeit, der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten und dem Zugang zu

allgemeiner Gesundheitsversorgung. Gesundheitsrelevante Zielsetzungen und Indikatoren finden sich jedoch auch in den zahlreichen anderen SDGs.

Spezifische Herausforderungen in fragilen Kontexten und Konfliktsituationen

Im für Gesundheit zentralen SDG 3 wird das Unterziel 3.8 – die Einrichtung einer „allgemeine[n] Gesundheitsversorgung, einschließlich der Absicherung gegen finanzielle Risiken, den Zugang zu hochwertigen grundlegenden Gesundheitsdiensten und Zugang zu sicheren, wirksamen, hochwertigen und bezahlbaren unentbehrlichen Arzneimitteln und Impfstoffen für alle“⁵ als wichtiger Hebel gesehen, um die gesundheitsrelevanten Ziele zu erreichen.⁶ Davon sind jedoch insbesondere fragile und von Konflikt betroffene Länder weit entfernt, da die Kapazitäten dieser Staaten zur Bereitstellung selbst grundlegender Gesundheitsleistungen meist stark eingeschränkt sind.

Nur ein Bruchteil der Todesfälle in von Konflikten betroffenen Ländern ist die Folge direkter Kampfhandlungen.

So finden sich 50 Prozent der bis dato nicht erreichten gesundheitsrelevanten Ziele, beispielsweise hinsichtlich Mütter- und Kindersterblichkeit, in fragilen Kontexten.⁷ Wenn fragile Situationen darüber hinaus von Konflikt geprägt sind, erhöht sich nicht nur die Anzahl von Todesopfern und Verwundeten durch die Konflikthandlungen. Die mit Konflikt einhergehende Zerstörung von Infrastruktur und Wohnraum führt vielmehr auch zu einer Verschlechterung der allgemeinen Lebensbedingungen, mangelndem Zugang zu Nahrung, sauberem Wasser und Sanitärversorgung und schafft damit weitaus größere Gesundheitsrisiken für die betroffenen Bevölkerungen. Lediglich ein Bruchteil der Todesfälle in Konfliktsituation ist die Folge direkter Kampfhandlungen, während der Großteil

der Todesfälle durch Krankheit und Mangelernährung begründet ist⁸ – Todesfälle, die durch Zugang zu Gesundheitsleistungen oftmals vermeidbar wären. Gesundheitssysteme in fragilen Kontexten und Konfliktsituationen sind jedoch durch die mutwillige oder kollaterale Zerstörung von Einrichtungen, die Flucht von Gesundheitspersonal und die mangelnde Versorgung mit Medikamenten in ihrer Funktionstüchtigkeit meist stark eingeschränkt. In vielen Fällen treten private Anbieter an die Stelle zusammengebrochener öffentlicher Gesundheitssysteme. Der Zugang zu diesen privaten Dienstleistungen ist aus finanziellen Gründen jedoch nur einer kleinen privilegierten Bevölkerungsschicht möglich.⁹ Frauen, Kinder, chronisch Kranke und (Binnen-) Flüchtlinge zählen in fragilen Kontexten zu den am stärksten gefährdeten Gruppen.

Durch eine stark eingeschränkte Leistungsfähigkeit beschränkt sich die Bereitstellung von Gesundheitsleistungen in diesen Kontexten dementsprechend oftmals auf Notfallbehandlungen. Vorsorge- und Impfleistungen hingegen sowie die Behandlung chronisch kranker Patienten fallen als erstes mangelnder finanzieller und operativer Leistungsfähigkeit zum Opfer.¹⁰ Dies führt in vielen Fällen zu einem Wiederausbruch bereits besiegt geglaubter Krankheiten und der raschen Ausbreitung von Epidemien. So finden sich mehr als 80 Prozent der Ausbrüche größerer Epidemien in fragilen Kontexten – oftmals mit grenzüberschreitenden Auswirkungen durch Migrationsbewegungen.¹¹ Auch enden die negativen Einflüsse nicht mit dem Ende der Konflikthandlungen. Experten gehen davon aus, dass Auswirkungen auf die öffentliche Gesundheit bis zu zehn Jahre nach Ende des Konflikts bestehen.¹²

Solche Rückschritte in fragilen und von Konflikt betroffenen Staaten stellen daher ein nicht zu unterschätzendes Risiko für die weltweite Erreichung der Gesundheitsziele dar, da sie im schlimmsten Fall die Entwicklung in ganzen Regionen um Jahre zurückwerfen können.

Fragile Gesundheit: Venezuela und Jemen

Im Folgenden sollen diese Herausforderungen exemplarisch an zwei Fallbeispielen aufgezeigt werden. Mit Venezuela wird ein fragiler Staat beleuchtet, der aufgrund seiner wirtschaftlichen und politischen Situation derzeit nicht in der

Lage ist, das Gesundheitsniveau seiner Bevölkerung stabil zu halten oder gar zu steigern, und sich stattdessen von bereits erreichten Standards hinsichtlich der gesundheitsrelevanten Ziele der Agenda 2030 wieder entfernt. In Jemen, mit einer bereits schwachen Ausgangslage gesundheitsrelevanter Indikatoren, haben Jahre des

Abb. 1: SDG 3 und seine 13 Unterziele sowie andere gesundheitsrelevante SDGs



Quelle: Sustainable Development Goals, VN 2015.

Konflikte bestehende Schwächen verschlimmert, das Aufkommen neuer Bedrohungen gefördert und das Land in der Erreichung der Ziele weit zurückgeworfen.

Venezuela – Ein Land im Ausnahmezustand

Ursachen und Ausmaß der aktuellen Krise

Venezuela, das erdölreichste Land der Erde mit einer Bevölkerung von 32 Millionen Menschen (2018), befindet sich in einer politischen, wirtschaftlichen, sozialen und humanitären Krise, die dazu geführt hat, dass seit 2015 über 2,7 Millionen Menschen das Land verlassen haben.¹³ Im gleichen Zeitraum ist das BIP um rund 50 Prozent eingebrochen; die Inflation wird für 2019 auf siebenstellige Raten geschätzt.¹⁴ Das stark von Importen abhängige Venezuela hat durch den signifikanten Rückgang der nationalen Ölfördermenge von 54 Prozent seit 1998 und dem internationalen Fall der Rohölpreise im vergangenen Jahr 18 Prozent seines GDP eingebüßt.¹⁵

Die Folgen dieser wirtschaftlichen Krise bekommt in erster Linie die Bevölkerung des Landes zu spüren, die unter einem weitverbreiteten Versorgungsnotstand leidet. Im ganzen Land herrscht seit Ausbruch der Krise ein Mangel an Lebensmitteln, sauberem Trinkwasser und medizinischer Versorgung – was den zentralen Zielsetzungen der Agenda 2030, zu deren Umsetzung sich auch die Regierung von Nicolás Maduro verpflichtet hat, entgegensteht.¹⁶ Gesundheitsrelevante Infrastrukturen können aufgrund dieser Beeinträchtigungen nur eingeschränkt funktionieren. Die unzureichende Versorgungslage schwächt die Menschen, vor allem besonders gefährdete Gruppen wie Kinder, Frauen und Kranke, und macht sie anfälliger für Krankheiten. Der Preis eines durchschnittlichen Warenkorb ist 2018 durch die Hyperinflation um 283.880 Prozent gestiegen.¹⁷ Die Mehrheit der Bevölkerung kann sich den Grundbedarf an Lebensmitteln und Medikamenten nicht mehr leisten, zumal der staatlich festgelegte Mindestlohn nicht ausreicht und durch die Inflation schnell an Wert verliert.¹⁸

Auswirkungen der Krise auf gesundheitsrelevante Aspekte

Die wirtschaftliche und politische Krise in Venezuela hat zu einer Verschlechterung zahlreicher gesundheitsrelevanter Indikatoren des Landes geführt. Hierzu zählen u. a. Ernährungssicherheit (SDG 2.1, 2.2), Kindersterblichkeit (SDG 3.2), Müttersterblichkeit (SDG 3.1), eine grundlegende Gesundheitsversorgung (SDG 3.8), die Verbreitung von Infektionskrankheiten (SDG 3.3) sowie der Zugang zu einer sicheren Trinkwasser-, Sanitär- und Energieversorgung (SDG 6.1, 6.2 und 7.1), aber auch die Zahl der Opfer vorsätzlicher Tötung und konfliktbezogener Todesfälle (SDG 16.1). Als Ursache hierfür ist in erster Linie der akute wirtschaftliche und medizinische Versorgungsnotstand zu nennen. Hinzu kommt der Anstieg von Gewalt und Kriminalität, der teilweise durch den Versorgungsnotstand hervorgerufen wird.

Als Folge der staatlichen Misswirtschaft ist Venezuela stark vom Import von Lebensmitteln und Konsumgütern abhängig. Durch die stetig sinkende Agrarproduktion kann das heutige Produktionsniveau lediglich 25 Prozent des nationalen Bedarfs abdecken.¹⁹ Gleichzeitig wurde die Einfuhr von Grundnahrungsmitteln zwischen 2016 und 2017 um 67 Prozent reduziert.²⁰ Trotz der staatlichen Verteilung von Lebensmitteln mithilfe von *Comité Local de Abastecimiento y Producción* (CLAP)-Boxen²¹ litten 2018 80 Prozent der Haushalte an Nahrungsmittelknappheit,²² in deren Folge immer häufiger Mangelernährung auftritt. Waren 2013 nur 3,6 Prozent der Venezolaner davon betroffen, ist der Anteil 2017 auf 11,7 Prozent angestiegen. Etwa 280.000 Kinder unter fünf Jahren litten 2017 an akuter, lebensgefährlicher Mangelernährung.²³

Die grundlegende medizinische Versorgung der Bevölkerung, wie in SDG 3.8 gefordert, ist seit der Verschärfung der politischen und wirtschaftlichen Krise im Land nicht mehr möglich, da Medikamente, medizinische Hilfsmittel und Geräte wie Spritzen und Skalpelle nicht in ausreichender Menge zur Verfügung stehen. Laut





Versorgungskrise: In Venezuela herrscht seit Ausbruch der Wirtschafts- und Regierungskrise ein Mangel an Lebensmitteln, sauberem Trinkwasser und medizinischer Versorgung. Quelle: © Carlos Garcia Rawlins, Reuters.

offiziellen Angaben der venezolanischen Regierung ist die Kindersterblichkeitsrate zwischen 2015 und 2016 um 30 Prozent angestiegen, die Müttersterblichkeitsrate sogar um 65 Prozent. Mit Blick auf die von der Agenda 2030 geforderten Ziele ist dies eine verheerende Entwicklung.²⁴

Von dem medizinischen Versorgungsnotstand sind insbesondere chronisch Kranke betroffen. So waren beispielsweise 87 Prozent der registrierten AIDS-Patienten von der Versorgung mit Medikamenten abgeschnitten,²⁵ was bei über 5.000 Betroffenen zum Tod geführt hat.²⁶ Durch den illegalen Handel mit Medikamenten auf dem Schwarzmarkt ergeben sich zusätzliche gesundheitliche Risiken. Zudem sind medizinische

Einrichtungen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. So gaben in einer nationalen Krankenhausstudie im März 2018 70 Prozent der befragten Einrichtungen an, nur unregelmäßig mit Strom und Trinkwasser versorgt zu werden.²⁷ Aufgrund von niedrigen Löhnen haben darüber hinaus zwischen 2012 und 2017 22.000 Ärzte das Land verlassen,²⁸ was die medizinische Versorgungslage zusätzlich erschwert. Einen Hebel, dieser Entwicklung entgegenzuwirken, würden die Unterziele 3.c und 3.d der Agenda 2030 bieten, die die Rekrutierung, Ausbildung und Bindung von Gesundheitsfachkräften fördern und dazu aufrufen, „die Kapazitäten aller Länder [...] in den Bereichen Frühwarnung, Risikominde- rung und Management nationaler und globaler

Gesundheitsrisiken [zu] stärken.“²⁹ Würden diese Ziele nachhaltig verfolgt und umgesetzt, wären auch fragile und von Konflikt betroffene Staaten Gesundheitskrisen gegenüber besser gewappnet.

Der Mangel an Medikamenten, medizinischer Versorgung und sauberem Trinkwasser führt dazu, dass vermeidbare Infektionskrankheiten und Krankheiten, die bereits als besiegt galten, wieder auf dem Vormarsch sind. So traten zwischen Juni 2017 und September 2018 5.500 Fälle von Masern auf, von denen 64 tödlich endeten. Zwischen 2008 und 2015 gab es dagegen lediglich einen Fall.³⁰ Bei Tuberkulose war 2017 die höchste Krankheitsrate seit 40 Jahren zu verzeichnen.³¹ Auch Diphtherie- und Malaria-Fälle sind im Zuge der Krise massiv angestiegen. Letztere Krankheit galt in Venezuela seit 1961 als ausgerottet; zwischen 2010 und 2015 stieg die Anzahl der Fälle um 359 Prozent. Aufgrund rückläufiger Anstrengungen bei der Bekämpfung der Malaria-Mücke und Engpässen bei den Malaria-Medikamenten ist dieser Wert zwischen 2016 und 2017 noch einmal um 71 Prozent auf 411.586 Fälle gestiegen.³²

Ebenfalls zentrale Indikatoren für die Erreichung von SDG 3 sind der Zugang zu sauberem Trinkwasser und Strom, der sich im Zuge der Krise massiv verschlechtert hat. So kam es im März dieses Jahres fast im gesamten Land zu anhaltenden Stromausfällen und dem damit verbundenen Zusammenbruch der Trinkwasserversorgung. Nur 18 Prozent der Bevölkerung haben derzeit regelmäßig Zugang zu sauberem Wasser.³³ Die in erster Linie auf Versäumnisse der Regierung zurückzuführenden Schwachstellen in der Strom- und Wasserversorgung wurden durch klimabedingte Ereignisse weiter verschärft.³⁴

Eine Verbesserung der gesundheitsrelevanten Indikatoren ist in Venezuela aufgrund der anhaltenden politischen Krise nicht in Sicht. Ein kleiner Lichtblick ist vor diesem Hintergrund, dass das Rote Kreuz seit Mitte April die Erlaubnis hat, die notleidenden Menschen in Venezuela mit dem Nötigsten an Medikamenten, Trinkwasser und Nahrung zu versorgen.

Flüchtlinge im eigenen Land: Wegen des → Konflikts mussten Millionen Jemeniten ihre Häuser verlassen und in provisorische Flüchtlingscamps ziehen.

Quelle: © Khaled Abdullah, Reuters.

Jemen – Humanitäre Krise auf der Arabischen Halbinsel

Von den Römern aufgrund seines Reichtums als *Arabia Felix*, das glückliche Arabien, bezeichnet, lässt sich heute von dieser Beschreibung des Jemen nicht mehr viel erkennen. Nach über vier Jahren Krieg befindet sich das Land in einer der schwersten humanitären Krisen weltweit. Nach VN-Schätzungen sind 24,1 Millionen Menschen – 80 Prozent der Bevölkerung – auf humanitäre Hilfe angewiesen. Ernährungsunsicherheit und akute Mangelernährung gefährden große Teile der Bevölkerung; rund 18 Millionen Menschen haben keinen Zugang zu sicherer Wasser- und Sanitärversorgung und mehr als vier Millionen Menschen mussten ihr Zuhause verlassen. Seit 2017 breiten sich darüber hinaus vermeidbare Krankheiten wie Cholera und Diphtherie aus.³⁵

Bereits vor Ausbruch des Konflikts war Jemen aufgrund mangelnden Zugangs zu Gesundheits-, Sanitär- und Trinkwasserversorgung und hoher Armutsraten weit von der Erreichung der internationalen gesundheitsrelevanten Ziele entfernt. Durch die Konflikthandlungen und damit einhergehenden Zerstörungen hat sich diese schwache Ausgangslage in eine humanitäre Krise ausgeweitet.

Zerstörung der Gesundheitsinfrastruktur

Ein wichtiger Faktor in der derzeitigen Krise ist die Zerstörung der ohnehin schwachen Gesundheitsinfrastruktur. Durch Luftangriffe und Kämpfe, aber auch durch limitierte Medizinvorräte und Unterbesetzung aufgrund seit 2016 nicht bezahlter staatlicher Gehälter, ist inzwischen nur noch die Hälfte der Gesundheitseinrichtungen funktionsfähig.³⁶ Damit haben 19,7 Millionen Jemeniten keinen angemessenen Zugang mehr zu Gesundheitsleistungen.³⁷



Eine Abdeckung der grundlegenden Gesundheitsleistungen wie in SDG 3.8 gefordert, ist in dieser Situation nicht annähernd gewährleistet. Darüber hinaus wurden seit 2015 120 Angriffe auf Gesundheitseinrichtungen registriert, die zu weiteren Schließungen und zur Flucht des Gesundheitspersonals führen.³⁸ Die teils noch verfügbaren privaten Gesundheitsdienstleister sind für den Großteil der Bevölkerung aufgrund der hohen Kosten nicht zugänglich.

Ausbruch vermeidbarer Krankheiten

Im Kontext des mangelnden Zugangs zu Gesundheitsleistungen, des fast kompletten Wegfalls von Impfleistungen³⁹ und des mangelnden Zugangs zu sicherer Trinkwasser- und Sanitärversorgung für inzwischen knapp 18 Millionen Personen haben sich seit 2016 zunehmend vermeidbare und besiegt geglaubte Krankheiten ausgebreitet. So erlebt das Land seit 2017



In Trümmern: Nach vier Jahren Konflikt, Luftangriffen und Kämpfen sind große Teile der Gesundheitsinfrastruktur in Jemen zerstört. Quelle: © Khaled Abdullah, Reuters.

einen der schlimmsten Choleraausbrüche seiner Geschichte, mit inzwischen mehr als 1,3 Millionen Krankheits- und fast 2.800 Todesfällen.⁴⁰ Auch Diphtherie hat sich seit Ende 2017 mit 3.200 vermuteten Krankheitsfällen ausgebreitet⁴¹ und die saisonal auftretenden Malaria- und Dengue-Fieberausbrüche haben sich seit Beginn des Konflikts deutlich verschlimmert.⁴² Der Großteil dieser Krankheitsfälle wäre durch den Zugang zu rascher medizinischer Versorgung

behandelbar, verläuft unter den aktuellen Bedingungen jedoch meist tödlich. Hinsichtlich der Bekämpfung der durch Wasser übertragene und vernachlässigten Tropenkrankheiten (SDG 3.3) und der Erhöhung der Bevölkerung mit Impfschutz (SDG 3.b) zeigt sich entsprechend eine deutlich negative Entwicklung der SDG-Zielerreichung.

Ernährungsunsicherheit

Nach vier Jahren Konflikt sind zudem mehr als 20 Millionen Menschen – 67 Prozent der Bevölkerung – von Ernährungsunsicherheit betroffen, davon fast zehn Millionen Menschen, die an extremem Hunger leiden.⁴³ Rund zwei Millionen Kinder sind akut mangelernährt.⁴⁴ Da Jemen zu 90 Prozent von Nahrungsimporten abhängig ist, treffen konfliktbedingte Unterbrechungen und Behinderungen von Importen die Bevölkerung besonders hart.⁴⁵ Auch hinsichtlich der Bekämpfung von Hunger und Ernährungsunsicherheit (SDG 2.1 und 2.2) entfernt sich Jemen also zunehmend von der Erreichung der Nachhaltigkeitsziele. Darüber hinaus sind durch den Zusammenbruch der Wirtschaft, den Wertverlust der Währung und den massiven Preisanstieg für Nahrungsmittel und Benzin inzwischen 81 Prozent der Bevölkerung unter die Armutsgrenze gerutscht. Selbst dort, wo Lebensmittel verfügbar sind, können viele Jemeniten sich diese schlicht nicht mehr leisten.⁴⁶ Die in SDG 1 postulierte Armutsbekämpfung scheint damit in weite Ferne gerückt.

Mangelnder Zugang zu Trinkwasser- und Sanitärversorgung

Bereits vor 2015 war Jemen durch gering ausgeprägte Wasser- und Sanitärversorgung gekennzeichnet – lediglich 52 Prozent der Bevölkerung hatten Zugang zu sauberem Trinkwasser und 46 Prozent zu sicherer Sanitärversorgung.⁴⁷ Die konfliktbedingte Zerstörung der Wassersysteme hat diese Ausgangssituation merklich verschlimmert und verhindert damit jegliche Verbesserung auf dem Weg zur Zielerreichung der entsprechenden SDGs (6.1 und 6.2). So fehlt inzwischen für 17,8 Millionen Menschen der



Zugang zu sicherem Trinkwasser und sanitären Einrichtungen.⁴⁸ Dies macht die Bevölkerung anfälliger für Krankheiten sowie den Ausbruch von Epidemien und steht konträr zu den SDGs 3.3 und 3.9.2, die eine Verringerung der Verbreitung und der Todesfälle durch Krankheiten aufgrund von verunreinigtem Wasser zum Ziel haben.

Auswirkungen auf besonders gefährdete Gruppen

Wie auch in anderen fragilen und von Konflikt betroffenen Kontexten sind Kinder, Frauen, chronisch Kranke und (Binnen-)Flüchtlinge in Jemen besonders gefährdet. So ist für die rund 4,3 Millionen Binnenflüchtlinge der Zugang zu sicherer Wasser- und Sanitärversorgung und Nahrung noch eingeschränkter als für den Rest der Bevölkerung.⁴⁹ Fehlende Schwangerschaftsuntersuchungen und die steigende Zahl von Geburten ohne qualifiziertes Gesundheitspersonal tragen zu einer Zunahme der Mütter- und Neugeborenensterblichkeit bei, die bisherige Verbesserungen dieser Indikatoren für SDG 3.1 und 3.2 rückgängig machen.⁵⁰ Chronisch kranke Menschen sowie Schwerkranke leiden ebenfalls besonders unter der Situation. Seit Beginn des Konflikts starben jedes Jahr 25 Prozent der jemenitischen Dialysepatienten, da die lebensnotwendigen Sitzungen nicht ausreichend verfügbar sind.⁵¹ Der Anteil der Todesfälle aufgrund nichtübertragbarer Krankheiten (u. a. Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs) hat sich durch fehlende Behandlungsmöglichkeiten von 23,1 Prozent (2015)⁵² auf 57 Prozent (2018) erhöht – eine Entwicklung, die konträr zur entsprechenden Zielsetzung von SDG 3.4 läuft.⁵³ Kinder sind insbesondere durch die Kombination aus Mangelernährung, fehlendem Zugang zu sicherem Trinkwasser und Gesundheitsleistungen sowie der hohen psychischen Belastung gefährdet.⁵⁴ Es lässt sich somit eine negative Entwicklung des Indikators der Anzahl von Kindern mit einer altersgemäßen Entwicklung hinsichtlich Gesundheit, Lernen und psychosozialen Wohlbefinden (SDG 4.2.1) attestieren. *Save the Children* geht von 85.000 Kindern unter fünf Jahren aus, die seit Beginn des Konflikts in Folge von Krankheit und Mangelernährung gestorben sind.⁵⁵

Direkte Opfer von Gewalt

Das *Armed Conflict Location & Event Data Project* (ACLED) registrierte von Januar 2016 bis November 2018 mehr als 60.000 konfliktbedingte Todesfälle.⁵⁶ VN-Angaben sprechen von mindestens 17.640 zivilen Opfern, darunter 6.872 Todesopfer von März 2015 bis November 2018.⁵⁷ Diese Zahlen bedeuten eine drastische Verschlechterung auf dem Weg zur Zielerreichung der Verringerung aller Formen der gewaltbedingten Sterblichkeit (SDG 16.1).

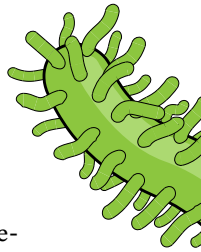
Von einer raschen Stabilisierung der humanitären Krise ist in Jemen derzeit nicht auszugehen.

Ausblick

Im Rahmen von VN-vermittelten Friedensgesprächen im Dezember 2018 einigten sich die Regierung von Präsident Hadi und die Huthis unter anderem auf eine Waffenruhe. Der Erfolg der Vereinbarung bleibt jedoch ungewiss⁵⁸ und eine rasche Stabilisierung des Landes als notwendige Voraussetzung für bedeutende Verbesserungen der humanitären Lage der Bevölkerung ist damit derzeit nicht in Sicht.

Fazit

Wie in den SDGs durch zahlreiche Querverbindungen in den Zielsetzungen verdeutlicht, ist Gesundheit ein Querschnittsthema, dessen Erreichung durch zahlreiche Faktoren beeinflusst wird und wiederum zur Erreichung anderer Zielsetzungen beiträgt. Während sich in stabilen und ausreichend finanzierten Kontexten dadurch positive Synergieeffekte ergeben, entsteht in fragilen und von Konflikt betroffenen Ländern oftmals eine Art Abwärtsspirale, in der sich die Auswirkungen fehlender Gesundheits-, Sanitär-, Ernährungs- und Energieversorgung gegenseitig verstärken. Dies führt zu einer Stagnation oder



sogar einem Rückschritt auf dem Weg zur Erreichung gesundheitsrelevanter Ziele. Statt sich in Richtung einer allgemeinen, hochwertigen und bezahlbaren Gesundheitsversorgung zu bewegen, entfernen sich fragile Staaten vielmehr von diesem Ziel, wie die beiden Fallbeispiele Venezuela und Jemen zeigen. Trotz der grundsätzlichen Verpflichtung der dortigen Regierungen und anderer am Konflikt beteiligten Staaten zur Umsetzung der Agenda 2030 ist aufgrund der Verschlechterung der gesundheitsrelevanten Indikatoren in beiden Fällen davon auszugehen, dass diese im Zuge der jeweiligen Krisensituation nicht prioritär verfolgt wird. Die Gründe hierfür unterscheiden sich von Fall zu Fall, sind jedoch tendenziell in mangelnden Kapazitäten, fehlendem politischen Willen und gegensätzlichen Interessen zu verorten.

Mit einem prognostizierten Anstieg des Anteils der Menschen, die weltweit in fragilen Kontexten leben, wird sich der Graben zwischen Bevölkerungen mit Zugang zu angemessener Gesundheitsversorgung und Menschen in fragilen Ländern, die diesen Zugang nicht oder nur in Ansätzen haben, zunehmend weiten. Dies stünde im klaren Gegensatz zum Leitsatz der globalen Nachhaltigkeitsziele: *Leave no one behind*.

Einer solchen Entwicklung sollte sich die internationale Gemeinschaft entschlossen entgegenstellen und für Gesundheit als öffentliches Gut und Menschenrecht eintreten. Hier bietet die Agenda 2030, die von über 190 Staaten der Welt unterzeichnet wurde, eine wichtige Chance, um den komplexen Herausforderungen in fragilen Kontexten zu begegnen.

So postuliert die Agenda den Zugang zu Gesundheit für alle als grundlegendes Menschenrecht und etabliert damit das Erreichen universaler Gesundheitsversorgung für sich genommen als zentrales Ziel, um ein besseres Leben für alle zu ermöglichen. Gleichzeitig verortet die Agenda durch ihren vernetzten Charakter Gesundheit als Querschnittsthema im Nexus von Sicherheit, humanitärer Hilfe, nachhaltiger Entwicklung und Friedensförderung – und verweist damit auch auf die zentrale Rolle von Gesundheit als – wie

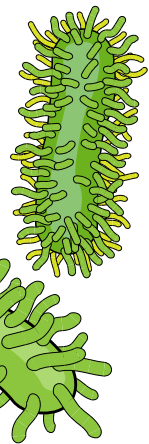
eingangs erwähnt – „eine Voraussetzung, ein Indikator und ein Ergebnis nachhaltiger Entwicklung“.⁵⁹

Durch die Betonung globaler Partnerschaften weist die Agenda ebenso den Weg zur Erreichung der Ziele. Nur durch eine koordinierte und vernetzt gedachte Vorgehensweise aller involvierten Akteure, die sich aus den Bedürfnissen der jeweiligen Bevölkerungen ableitet, können die komplexen Herausforderungen zur Erreichung gesundheitsrelevanter Ziele in fragilen Kontexten erfolgreich angegangen werden. Hierfür ist auch eine entsprechende Anpassung der Finanzierungsprioritäten internationaler Geber notwendig. Um die globalen gesundheitsrelevanten Ziele der Agenda 2030 zu erreichen, schätzt die WHO die Kosten bis zum Jahr 2030 auf 134 bis 371 Milliarden US-Dollar pro Jahr. In armen – und hier insbesondere in fragilen und von Konflikt betroffenen – Ländern ergibt sich für die Erreichung dieser Ziele jedoch eine Finanzierungslücke von jährlich bis zu 54 Milliarden US-Dollar und damit ein massiver Bedarf für finanzielle Unterstützung.⁶⁰ Letztendlich ist es wichtig, dass internationale Bemühungen auch darauf abzielen, die Relevanz der Agenda 2030 in den jeweiligen Ländern zu stärken und diese dazu zu befähigen, ihre Gesundheitsinfrastrukturen nachhaltig zu stärken und resilienter zu machen.

Entscheidend ist jedoch auch die Bereitschaft aller Beteiligten – sowohl Staaten, Konfliktparteien als auch sonstiger Akteure – die Agenda 2030 mit ihrem vernetzten Charakter gezielt als Instrument zur Prävention und Eindämmung von Konflikten und Krisen zu erkennen und zu nutzen.

Veronika Ertl ist Referentin für Entwicklungspolitik der Konrad-Adenauer-Stiftung.

Martina Kaiser ist Referentin für nachhaltige Entwicklung der Konrad-Adenauer-Stiftung.



- 1 Vgl. WHO-Regionalbüro für Europa: Die WHO in der Welt, in: <https://bit.ly/2oPOwR1> [27.03.2019].
- 2 Vgl. WHO 2018: Draft thirteenth general programme of work, 2019–2023, 05.04.2018, in: <https://bit.ly/2RHdkbj> [27.03.2019].
- 3 VN 2015: Millenniums-Entwicklungsziele. Bericht 2015, S.50, in: <https://bit.ly/2Qp3onW> [14.06.2019].
- 4 Ebd. Alle Daten im folgenden Abschnitt stammen aus dem VN-Abschlussbericht zu den Millenniums-Entwicklungszielen von 2015.
- 5 Schweizerische Eidgenossenschaft, Eidgenössisches Departement für auswärtige Angelegenheiten (EDA) 2017: Ziel 3: Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern, 27.11.2017, in: <https://bit.ly/2WbX89r> [25.03.2019].
- 6 Vgl. High-Level Political Forum on Sustainable Development 2017: 2017 HLPF Thematic Review of SDG3: Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages, S.1, in: <https://bit.ly/2pNSbjz> [19.03.2019].
- 7 Vgl. WHO 2018: Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All, S.26, in: <https://bit.ly/2I3bEGf> [19.03.2019].
- 8 Vgl. Siem, Frederik Francois 2017: Leaving them behind: healthcare services in situations of armed conflict, in: Tidsskr Nor Legeforen 17, 18.09.2017, in: <https://bit.ly/2YTfNnk> [19.03.2019].
- 9 Vgl. Brinkerhof, Derick W. 2008: From Humanitarian and Post-conflict Assistance to Health System Strengthening in Fragile States: Clarifying the Transition and the Role of NGOs, USAID Health Systems 20/20 Policy Brief, S.1–2, 11/2008, in: <https://bit.ly/2T5J2jW> [19.03.2019].
- 10 Vgl. Pavignani, Enrico et al. 2013: Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country case studies, in: International Review of the Red Cross, 95: 889, S.41–60, hier: S.49.
- 11 Vgl. WHO 2018, N.7, S.26.
- 12 Vgl. Siem 2017, N.8, S.2.
- 13 Vgl. ACAPS 2019: Venezuela. Situational update and 2019 outlook. Briefing note, 28.03.2019, in: <https://bit.ly/2Qsjogp> [31.03.2019].
- 14 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) 2019: Länderreport 8. Venezuela, 02/2019, S.9, in: <https://bit.ly/2HFxLUt> [21.03.2019].
- 15 Vgl. ACAPS 2019, N.13, S.2.
- 16 Vgl. Xinhuanet 2019: Venezuela's Maduro confirms commitment to UN Agenda 2030, 13.01.2019, in: <https://bit.ly/2W6wheI> [12.03.2019].
- 17 Vgl. ACAPS 2019, N.1, S.1.
- 18 Vgl. BAMF 2019, N.14, S.10.
- 19 Vgl. ACAPS 2019, N.13, S.3.
- 20 Vgl. ACAPS 2018: Venezuela. Humanitarian crisis. Thematic report, S.3, 23.05.2018, in: <https://bit.ly/2x5sEtn> [21.03.2019].
- 21 CLAP steht für *Comité Local de Abastecimiento y Producción*, Lokale Komitees für Versorgung und Produktion.
- 22 Vgl. Human Rights Watch: World Report 2019. Venezuela: Events of 2018, in: <https://bit.ly/2CtPaws> [18.06.2019].
- 23 Vgl. ACAPS 2019, N.13, S.3.
- 24 Vgl. ACAPS 2018, N.20, S.4.
- 25 Vgl. The Washington Post 2018: Venezuela's public health is in ruins. It must open the gates to aid, 23.11.2018, in: <https://wapo.st/2WpgNBT> [12.03.2019].
- 26 Vgl. ACAPS 2019, N.13, S.3.
- 27 Ebd. S.3.
- 28 Vgl. Phillips, Tom 2019: Venezuela crisis takes deadly toll on buckling health system, The Guardian, 06.01.2019, in: <https://bit.ly/2H2Mydt> [21.03.2019].
- 29 Vgl. EDA 2017, N.5.
- 30 Vgl. The Washington Post 2018, N.25.
- 31 Ebd.
- 32 Vgl. Boseley, Sarah / Graham-Harrison, Emma 2019: Venezuela crisis threatens disease epidemic across continent, in: The Guardian, 21.02.2019, in: <https://bit.ly/2EjrGu3> [12.03.2019].
- 33 Vgl. ACAPS 2019, N.13, S.4.
- 34 Konrad-Adenauer-Stiftung 2016: Der Letzte macht das Licht aus. Dramatische Wasser- und Stromkrise in Venezuela, KAS-Länderbericht, 03/2016, S.5–6, in: <https://bit.ly/2IoyREj> [18.06.2019].
- 35 Vgl. UNOCHA 2018: 2019 Humanitarian Needs Overview. Yemen, S.4, 12/2018, in: <https://bit.ly/2Vi50RR> [25.03.2019].
- 36 Vgl. ebd., S.9.
- 37 Ebd., S.37.
- 38 Ebd.
- 39 Impfschutzraten haben sich in den letzten Jahren um 20 bis 30 Prozent verringert. Ebd., S.37.
- 40 Ebd., S.25.
- 41 Vgl. UNOCHA 2019: Yemen. Humanitarian Update. Covering 20 February – 6 March 2019, Nr. 4, S.3, in: <https://bit.ly/30Iqb2M> [25.03.2019].
- 42 Vgl. Onus, Robert 2018: „When you add it all up, you're looking at a devastating situation for the people of Yemen“, Interview, Médecins sans Frontières, 06.12.2018, in: <https://bit.ly/2wmWWEX> [25.03.2019].
- 43 Vgl. UNOCHA 2018, N.35, S.33.
- 44 Ebd., S.17.
- 45 Ebd., S.10.
- 46 Ebd., S.2.
- 47 Ebd., S.36.
- 48 Ebd., S.26, 35.
- 49 Ebd., S.15, 35.
- 50 Ebd., S.37.
- 51 Vgl. International Committee of the Red Cross 2018: Hidden cost of war: In Yemen, thousands could die of kidney failure, 06.02.2018, in: <https://bit.ly/2EQvzpS> [25.03.2019].
- 52 Vgl. WHO 2016: World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs (Sustainable Development Goals), Schweiz, S.61.
- 53 Vgl. UNOCHA 2018, N.35, S.37.
- 54 Ebd., S.17.

- 55 Vgl. Save the Children 2018: Yemen: 85,000 children may have died from starvation since start of war, 21.11.2018, in: <https://bit.ly/2HFMbEa> [25.03.2019].
- 56 Vgl. Armed Conflict Location & Event Data Project (ACLED) 2018: Yemen War death toll now exceeds 60,000 according to latest ACLED data, Press Release, 11.12.2018, in: <https://bit.ly/2Cjp6Ew> [25.03.2019].
- 57 Vgl. Security Council Report 2018: January 2019 Monthly Forecast. Yemen, 27.12.2018, in: <https://bit.ly/2VurNuv> [25.03.2019].
- 58 Vgl. Slemrod, Annie 2019: Whatever happened to the ceasefire deal in Yemen?, The New Humanitarian, 06.02.2019, in: <https://bit.ly/2W6j00N> [25.03.2019].
- 59 VN 2015, N. 3.
- 60 Vgl. Stenberg, Karin et al. 2017: Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries, in: The Lancet Global Health 5: 9, S. 875–887, hier: S. 882.

Ai: Herr Milde, für Ihr Buch „In Transformationsgewittern“ sind Sie in 90 Tagen um die Welt gereist und haben dabei 16 Städte besucht, von São Paulo über Kairo und Nairobi bis nach Shanghai – mit welchem Ziel?

Georg Milde: Der Begriff Transformation ist seit einigen Jahren in aller Munde, und doch lässt sich

dieser vielschichtige Prozess nicht exakt definieren. Digitalisierung von Arbeitswelt und Privatem, wachsende Macht der Algorithmen, neue politische Anführer-Typen, veränderte Gewohnheiten des Einzelnen und vieles mehr. Nicht jede Tendenz hängt mit einer der anderen zusammen, und so lässt sich weder *die* Transformation noch gar die Weltformel entdecken. Was allerdings möglich ist: an sehr unterschiedlichen Orten der Welt die Spuren des aktuellen Wandels zu betrachten. So reiste ich los, um jede Woche in einem neuen Land möglichst viel Energie aufzuspüren, die Veränderung bewirkt.

Ai: Wo haben Sie denn besonders viel dieser Transformationsenergie vorgefunden und wo ist sie eher Mangelware?

Georg Milde: Der Wille zu Veränderung hängt nicht unmittelbar mit der wirtschaftlichen Stärke eines

Landes zusammen. So begegnete mir etwa in Tokio und auch später in meiner Heimat viel geistige Satttheit. Natürlich bewegen sich Japan und Deutschland weiterhin auf hohem Niveau, aber in Südkorea und China habe ich zum Beispiel viel mehr Drängen gespürt. Transformationsenergie beschränkt sich jedoch nicht nur auf wirtschaftliche Dynamik: Außerhalb von Europa sind mir immer wieder Beispiele begegnet, bei denen wachsender Glaube eine zentrale Antriebsquelle darstellt – sowohl bei Muslimen als auch etwa bei der wachsenden Zahl von evangelikalen Christen, auf die ich von Rio de Janeiro bis Seoul immer wieder stieß. Meine generelle Beobachtung war: Wo Menschen Sinn und eine Chance zur Teilhabe am Wandel sehen, ist der Eigenantrieb am größten. Wo dies aber nicht der Fall ist, wird bloße Konsumteilhabe, selbst wenn sie zunimmt und das Leben verbessert, sogar eher zum Narkotikum – etwa in den brasilianischen Favelas, wo sich Bewohner lieber von den Telenovelas auf dem neuen Flachbildschirm berieseln lassen, statt sich um eine bessere Bildung für ihre Kinder zu kümmern.

Ai: In Ihrem Buch vertreten Sie deshalb die These: Wir müssen mehr Sinn vermitteln. Wen meinen Sie in diesem Zusammenhang mit „wir“ und welche Art von Sinnsuche schwebt Ihnen vor?

Georg Milde: Von den Volkskirchen bis zu den großen Parteien ist seit Jahren ein massiver

Mitgliederschwund zu verzeichnen, und rund jede zweite Ehe wird wieder geschieden. Der Mensch lebt immer individueller und strebt von festen Strukturen weg, was ihn freier macht, ihn jedoch zugleich früherer Planbarkeiten und Gewissheiten beraubt. In Zeiten des Wandels suchen viele Menschen daher nach anderen Formen von Koordinaten und Sinn – von Yoga über Ratgeberliteratur für ein glückliches Leben bis zu strikten Ernährungsregeln. „Anything goes“ mag am Anfang reizvoll erscheinen, wird jedoch irgendwann beliebig. Das konnte ich bei meinen Gesprächspartnern von den USA bis Indien unisono beobachten. Die neue Lücke zu schließen ist eine der großen Herausforderungen der Menschheit, vor allem die Frage, wie das Grundbedürfnis nach Spiritualität bei der steigenden Zahl von Atheisten gefüllt werden soll. Ich sehe hier etwa

die Bildungspolitiker in der Pflicht, Schülern von Lebenskunde und Einblicken in unterschiedliche Denkschulen bis zur Medienkompetenz eine breitere und tiefere Bildung zu ermöglichen als dies in vielen anderen Erdregionen der Fall ist. Allen voran im fernen Osten, wo in den Schulen das Auswendiglernen im Mittelpunkt steht statt der Förderung von individuellem Reflektieren. Wenn hier bei uns zukünftige Generationen mehr Sinn sehen, werden sie nicht nur die besseren Entwickler und Tüftler sein, sondern auch stärkere Säulen für unser demokratisches System mit Werten und Zusammenhalt.

Ai: Und das gilt wirklich für alle Länder, in denen Sie unterwegs waren? Oder anders und allgemeiner gefragt: Besteht bei 16 Städten in 90 Tagen nicht generell die Gefahr, die eigene, in dem Fall westliche Perspektive auch auf den Rest der Welt zu projizieren?

Georg Milde: Sinnvermittlung ist ebenso wenig ein westliches Phänomen wie Sinnsuche. Zu Ihrer zweiten Frage: Wir sollten den Anspruch haben, unser Wertegerüst auch in anderen Teilen der Welt selbstbewusst zu vertreten. Nicht im Sinne einer kolonialen Moralpolizei oder als Kreuzritter im Digitalzeitalter – aber auch nicht gegenteilig als Laissez-faire-Haltung, die alles den eigenen Wirtschaftsinteressen unterordnet. So muss Entwicklungspolitik an bestimmte Standards gekoppelt sein: Menschenrechte, Gleichberechtigung, Verbot von Kinderarbeit. Immer wieder habe ich im Ausland Europäer getroffen, die die jeweilige Bevölkerung vor Ort für kaum demokratiefähig hielten. Das finde ich vermessen, denn es lässt jene zurück, die somit ihr Land nicht zum Besseren verändern können. Die resignative Einstellung „Andere Länder koppeln ihre Überweisungen nach Afrika ja auch nicht an Bedingungen“ ist schlichtweg zynisch. Ebenso wie die These, chinesische Bürger könnten mit flächendeckenden Gesichtserkennungskameras besser zurechtkommen, da in ihrer Kultur das Individuum weniger zähle.

Ai: Es ging mir bei meiner Frage gar nicht so sehr um Wertelativismus, sondern eher um die Frage, inwieweit es bei einer solchen Kurzweltreise überhaupt möglich ist, tiefere Einsichten jenseits von Oberflächenanmutungen und bereits vorhandenen Überzeugungen zu gewinnen. Dass Japan und Deutschland alternde, nicht sonderlich dynamische Gesellschaften sind und Sinnsuche ein weit verbreitetes Phänomen, sind ja keine sonderlich überraschenden Erkenntnisse. Vor diesem Hintergrund vielleicht die Frage: Was hat Sie auf Ihrer Reise am meisten überrascht oder wo mussten Sie Ihr Bild von einem Land am stärksten revidieren?

Wer etwa im Wochenabstand Tokio, Seoul, Peking und Shanghai bereist, nimmt umso intensiver wahr: Diese Nachbarn wurden jeweils durch den Konfuzianismus geprägt, doch ergeben sich daraus ganz unterschiedliche Folgen: Die blanke Angst vor dem Gesichtsverlust wirkt im einen Land stark bremsend, während sie im anderen Ehrgeiz und Tempo fördert. Zu den generellen Überraschungen zählte für mich der Blick auf die neue Mittelschicht weltweit: In vielen Ländern entwickeln sich Chancen-Aufsteiger

Georg Milde: Zeitlich verdichtete Eindrücke bieten die Chance einer besseren Vergleichbarkeit.



zünftig zu Besitzstandswahrern, die die alten Machtgefüge eher zementieren statt neue Formen der Mitsprache einzufordern. Wer sich selbst mühsam hochgearbeitet hat, lenkt seine Energie rasch auf das Ausbremsen möglicher Konkurrenten von unten. Vor meiner Reise hatte ich noch gehofft, dass diese Menschen stattdessen auch den Reformdruck nach oben erhöhen – spätestens in Ostafrika wurde ich aber vom Gegenteil überzeugt. Überrascht war ich auch von der Intensität des Streits und der Gewalt, ja des Hasses, im Alltag vieler Menschen auf der ganzen Welt. Natürlich hatte ich nicht das rosarote Gegenteil erwartet, doch trägt insbesondere die Verbreitung von Fake News und Hate Speech durch die sozialen Medien zu einer massiven Verschärfung von Konflikten



Die Macht der Künstlichen Intelligenz: In den kommenden Jahren wird Künstliche Intelligenz zentrale Prozesse übernehmen. Verlieren wir Menschen dadurch immer mehr die Kontrolle? [Quelle: © Jason Lee Reuters.](#)

bei – besonders stark in Ländern wie Indien. Und nicht zuletzt musste ich mein Bild von der sogenannten Generation Z verändern: Die um die Jahrtausendwende Geborenen sind viel aktiver und ausdauernder als die meisten Älteren ihnen dies gemeinhin attestieren. Zu Ihrer Frage, welches Länderbild ich am meisten revidieren musste: Wir im Westen mögen vieles derzeit in China Entstehende aus politischen und ideologischen Gründen ablehnen – aber faktisch entsteht es eben doch, und das mit einer enormen Dynamik, die vieles in den Schatten stellen oder gar verdrängen wird.

Ai: Nun ist Wandel, oder meinetwegen auch „Transformation“, ja wahrlich nichts Neues. Ein in diesem Zusammenhang gern zitierter Aphorismus lautet: Die einzige Konstante ist die Veränderung. Mich würde deshalb interessieren, was die aktuellen Veränderungsprozesse von anderen Phasen des Wandels unterscheidet. Oder anders gefragt: Hätte man ein Buch mit dem Titel „In Transformationsgewittern“ nicht genauso gut auch 1990 schreiben können oder 2001 oder 2008?

in den kommenden Jahren viel von unserer persönlichen Entscheidungshoheit abgeben werden. Künstliche Intelligenz übernimmt zentrale Prozesse – und das war vor zehn oder 25 Jahren noch anders. Wir denken dabei zumeist an Alexa und Amazon-Kaufempfehlungen, doch rate ich auch zu einem genaueren Blick auf den Wähler der Zukunft. Durch Algorithmen auf das Profil des jeweiligen Social-Media-Nutzers zugeschnittene Wahlwerbung gibt es bereits heute en masse – genutzt wird diese überdurchschnittlich von den Populisten der politischen Ränder. Diese Zuspitzungen verstärken die erwähnten Spaltungstendenzen in vielen Gesellschaften noch weiter. Die Macht der Künstlichen Intelligenz nimmt täglich zu, und wir Menschen verlieren immer mehr Kontrolle, die wir nicht mehr zurückgewinnen werden. Banken und Fintechs wissen schon heute häufig nicht mehr, auf welcher Datengrundlage Computer einen Kunden als kreditwürdig einstufen. Wir sind noch weit weg vom sogenannten Social Scoring in Fernost, aber auch wir haben – frei nach Goethe – die Geister bereits gerufen. Damit kommen auch neue ethische Fragen auf uns zu: Wie stehen wir etwa zu autonomen Waffensystemen? Oder auch im Alltag: Werden wir die zunehmende Videoüberwachung des öffentlichen Raums vielleicht eines Tages als zu weitgehend beurteilen?

Georg Milde: Phasen des Wandels gab es auch früher schon, das absolut Neuartige ist aber nun, dass wir

Ai: Am Ende Ihres Buches beschreiben Sie die Rückkehr nach Berlin und Ihren durch die Eindrücke der Reise veränderten Blick auf Deutschland. Wie viel vom Wandel ist denn bei uns schon angekommen und was steht uns noch bevor?

in zwanzig Jahren werden wir deutlich anders leben. Ich denke dabei weniger an spektakuläre Innovationen wie Flugtaxis, sondern an viele Aspekte unseres täglichen Miteinanders, die auf den ersten Blick klein wirken: Heutige Bezugspersonen älterer Menschen werden durch Pflegeroboter und automatische Kassensysteme im Supermarkt ersetzt. Was bedeutet solcher Wandel für unsere Gesellschaft? Deshalb muss unser Bildungssystem verschiedene Kompetenzen stärken. Es geht nicht nur um die

Georg Milde: Bei den globalen Transformationsprozessen steht uns das meiste noch bevor – in

Nutzer und Verbraucher, sondern auch um die Mitmenschen. Wie kommunizieren wir miteinander, wie gehen wir persönlich mit den neuen Kommunikationsmitteln um? Ein Gedanke, der mir wichtig ist: Die geistige Satttheit, die ich meiner Heimat eingangs attestiert habe, und die mir nach meiner Rückkehr auch in Berlin-Mitte begegnete, betrachte ich keineswegs als unabänderlich. Es gibt ja auch Gegenbeispiele, die zeigen, wie der Wandel bereits heute erfolgreich genutzt wird: Zwei deutsche Unternehmen forschen in der KI-Weltspitzengruppe. Wir dürfen uns aber nicht auf solchen Erfolgen ausruhen, denn die kommenden Jahre werden entscheidend sein. Ganze Berufsbilder fallen weg, neue entstehen. Die Veränderungen samt der damit einhergehenden Verunsicherung haben Folgen für die einzelnen sozialen Gruppen, vor allem aber auch für die Wähler: Entwickelt sich der im Onlinehandel prekär beschäftigte Paketbote zum Angst- und Wutbürger, oder können die etablierten Parteien mit ihren derzeit sinkenden Mitgliederzahlen hier auf neue Weise ankoppeln? Dieser Frage müssen sich die politischen Akteure dringend stellen.

Das Gespräch führte Sebastian Enskat.

ISSN 0177-7521
35. Jahrgang
Ausgabe 2|2019



Konrad-Adenauer-Stiftung e.V.
Klingelhöferstraße 23
10785 Berlin
Telefon (030) 269 96-33 83
Telefax (030) 269 96-53 383
www.auslandsinformationen.de
[www.fb.com/internationalreports](https://www.facebook.com/internationalreports)
www.twitter.com/auslandsinfo
auslandsinformationen@kas.de

Herausgeber:
Dr. Gerhard Wahlers

Chefredakteur:
Sebastian Enskat

Redakteur:
Samuel Krug

Redaktion:
Thomas Birringer
Dr. Peter Fischer-Bollin
Dr. Stefan Friedrich
Dr. Lars Hänsel
Dr. Peter Hefe
Frank Priess
Stefan Reith
Sabina Wölkner
Nils Wörmer

Unter Mitwirkung von:
Stella Hunger, Laura Kruse, Lottemarie Mischke
und Oday Uraiqat

Gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt
die Meinung der Redaktion wieder.

Einzelheftpreis: 10 €. Im Abonnement
günstiger. Für Schüler und Studenten wird ein
Sonderrabatt gewährt. Für weitere Informa-
tionen und Bestellungen wenden Sie sich bitte
an: auslandsinformationen@kas.de

Bankverbindung:
Commerzbank Bonn
IBAN DE43 3804 0007 0103 3331 00
BIC COBADEFFXXX

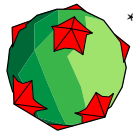
Das Copyright für die Beiträge liegt bei den
Auslandsinformationen (Ai).

Titelillustration:
Unsere Titelillustration zeigt einige der Viren, die
derzeit die Globale Gesundheit bedrohen.
© racken.
Alle weiteren wie jeweils gekennzeichnet.

Übersetzung:
Eleonore Topolinski

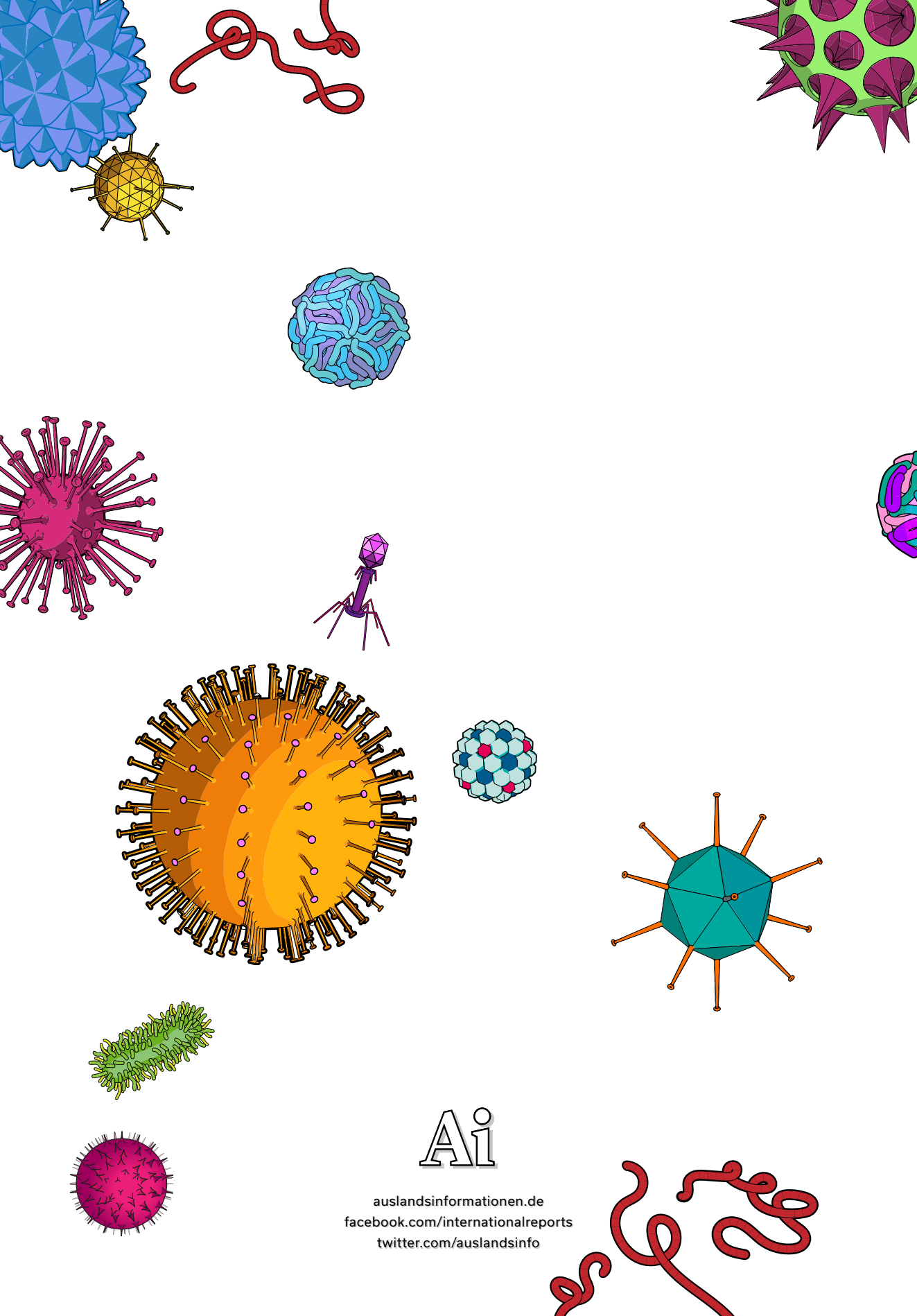
Lektorat:
Dr. Benedikt Helfer

Gestaltung / Satz:
racken GmbH, Berlin



CO₂-neutral mit Farben auf Pflanzenölbasis nach
DIN ISO 12647-2 gedruckt auf chlorfrei gebleichtem
Papier, das mit dem europäischen Umweltzeichen
ausgezeichnet ist.

* Dem Tetraparvo-Virus wurde bis jetzt keine spezifische
Infektionskrankheit zugeordnet. Es gilt als nicht-krank-
machendes Virus. (Quelle: ICTV)



Ai

auslandsinformationen.de
facebook.com/internationalreports
twitter.com/auslandsinfo