Oliver Razum Hajo Zeeb Olaf Müller Albrecht Jahn
Herausgeber

Global Health

Gesundheit und Gerechtigkeit

HUBER

Razum et al. (Hrsg.)
Global Health

Verlag Hans Huber
Programmbereich Gesundheit

Wissenschaftlicher Beirat
Ansgar Gerhardus, Bremen
Klaus Hurrelmann, Berlin
Petra Kolip, Bielefeld
Milo Puhan, Zürich
Doris Schaeffer, Bielefeld

HUBER

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

Oliver Razum
Hajo Zeeb
Olaf Müller
Albrecht Jahn
(Herausgeber)

Global Health

Gesundheit und Gerechtigkeit

Verlag Hans Huber

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

Lektorat: Dr. Klaus Reinhardt
Herstellung: Jörg Kleine Büning
Bearbeitung: Ulrike Weidner, Berlin
Umschlaggestaltung: Claude Borer, Basel
Druckvorstufe: Claudia Wild, Konstanz
Druck und buchbinderische Verarbeitung: Hubert & Co., Göttingen
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über http://dnb.d-nb.de abrufbar.

Anregungen und Zuschriften bitte an:
Verlag Hans Huber
Lektorat Medizin/Gesundheit
Länggass-Strasse 76
CH-3000 Bern 9
Tel: 0041 (0)31 300 4500
verlag@hanshuber.com
www.verlag-hanshuber.com

1. Auflage 2014
© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-456-95434-9)
ISBN 978-3-456-85434-2

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

Inhalt

Geleitwort: Das neue Paradigma der globalen Gesundheit
(*Ilona Kickbusch*) 9

Vorwort der Herausgeber 13

Teil 1:
Gesundheitliche Ungleichheit: politische Dimensionen und mittelbare Ursachen 17

1. Von Rudolf Virchow zu den Millennium-Entwicklungszielen
(*Hans Jochen Diesfeld und Claudia Beiersmann*) 19

2. Millennium-Entwicklungsziele: Bilanz und Ausblick auf die Post-2015-Agenda
(*Claudia Beiersmann und Albrecht Jahn*) 25

3. Globale Krankheitslast: Daten, Methoden und aktuelle Trends
(*Dietrich Plaß und Hajo Zeeb*) 31

4. Globale Bevölkerungsentwicklung
(*Ralf E. Ulrich*) 45

Schlaglicht 1: Verstädterung und Gesundheit
(*Matthias Braubach*) 57

5. Mobilität und Globalisierung
(*Patrick Brzoska und Oliver Razum*) 61

6. Globalisierung und das Recht auf Gesundheit
(*Johanna Hanefeld*) 67

7. Wirtschaftskrisen, Austerität und Folgen für Gesundheit
(*Kayvan Bozorgmehr*) 75

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

Teil 2:
Prinzipien und Lösungsansätze im internationalen Vergleich 81

8. Global Health Governance und neue Gesundheitsinitiativen
(*Rafael Bauschke und Albrecht Jahn*) 83

9. Gesundheitsfinanzierung: Risikomischung und soziale Gerechtigkeit
(*Jens Holst*) 89

Schlaglicht 2: Trinkwasser – Menschenrecht oder Handelsgut?
(*Jens-Peter Reese und Oliver Razum*) 101

10. Diversity Management in Public Health
(*Ingrid Katharina Geiger*) 105

11. Umsetzung von Forschung in die Praxis
(*Ansgar Gerhardus*) 117

12. Unentbehrliche Arzneimittel und globale Pharmapolitik
(*Jörg Schaaber*) 125

Teil 3:
Prioritäre und neue Public-Health-Probleme 133

13. Gesundheit von Müttern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen
(*Susanne Carai, Peter Meissner, Albrecht Jahn, Olaf Müller und Martin Weber*) 135

14. Malaria, Tuberkulose, HIV/Aids
(*Olaf Müller und Florian Neuhann*) 151

15. Eradikation von Infektionskrankheiten
(*Olaf Müller und Oliver Razum*) 163

16. Nichtübertragbare Erkrankungen, Verletzungen und Unfälle
(*Heribert Ramroth, Andreas Ullrich, Florian Neuhann und Olaf Müller*) 169

17. Psychische Gesundheit
(*Wolfgang Krahl*) 181

18. Klimawandel und Gesundheit
(*Winfried Zacher*) 187

Schlaglicht 3: Schadstoffexposition am Beispiel der Goldgewinnung
in Entwicklungsländern
(*Stephan Böse-O'Reilly*) 195

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

Teil 4:
Lösungsstrategien am Beispiel relevanter Public-Health-Themen 199

19. Surveillance von Infektionskrankheiten – eine internationale Aufgabe
(*Ralf Reintjes*) 201

20. Welternährung
(*Michael Krawinkel*) 211

21. Rauchen und Tabakkontrolle
(*Heide Weishaar und Ute Mons*) 217

Schlaglicht 4: Konflikte, Terrorismus und Public Health
(*Hajo Zeeb*) 229

22. Altern und Versorgung alter Menschen
(*Monika Habermann und Maya Stagge*) 233

Schlaglicht 5: E-Health/M-Health – moderne Telekommunikationstechnologie
im Kontext von Public Health
(*Stefanie Helmer und Hajo Zeeb*) 241

23. Nothilfe versus Entwicklungszusammenarbeit
(*Joachim Gardemann und Oliver Razum*) 245

Glossar – interdisziplinäre Perspektiven von Global Health
(Carolin Sobiech) 255

Autorinnen und Autoren dieses Bandes 265
Sachregister 279

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

Geleitwort: Das neue Paradigma der globalen Gesundheit

Ilona Kickbusch

Die rasanten Veränderungen im Zuge der Globalisierung haben Gesundheit zu einem Politikfeld gemacht, das an Bedeutung zunimmt. Seit der ersten Auflage dieses Buches (seinerzeit unter dem Titel Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit) haben sich die Akzente in der globalen Gesundheitspolitik erneut deutlich verschoben: sie sind politischer geworden (Kickbusch 2013). Im Folgenden soll in aller Kürze auf drei wichtige Dimensionen eines neuen (sich erst herausbildenden) Paradigmas der globalen Gesundheit hingewiesen werden.

Wir blicken auf einen Zeitraum zurück, welcher häufig als das «Goldene Zeitalter» der globalen Gesundheit bezeichnet wird. Sowohl die bereitgestellten Gelder wie auch die Anzahl der Akteure im globalen Gesundheitsbereich nahmen seit den 1990er-Jahren signifikant zu. Ein Höhepunkt war die UN-Generalversammlung, welche sich im Jahr 2000 zum ersten Mal auf ein Gesundheitsthema fokussierte und HIV/Aids zur globalen Herausforderung der Weltgemeinschaft erklärte. Im Vordergrund der globalen Gesundheit stand die Frage, auf welche Weise eine Vielzahl von Akteuren – Staaten, Stiftungen, Nichtregierungsorganisationen, Berufsverbände, Organisationen der Zivilgesellschaft, der Privatsektor und wissenschaftliche Einrichtungen – durch gemeinsame Anstrengungen prioritäre Gesundheitsprobleme lösen kann. Dieses Bemühen wurde besonders vorangetrieben durch die signifikanten Geldbeträge, die durch die Neuausrichtung der größten Privatstiftung der Welt – der *Bill und Melinda Gates Foundation* – zur Verfügung standen.

Das leitende Paradigma beinhaltete, Probleme zu priorisieren, nach technischen Lösungen und Innovationen zu suchen und diese durch Partnerschaften in der Finanzierung und der Umsetzung anzugehen. Das entsprach auch den im Jahr 2000 verabschiedeten «Millennium Development Goals» (MDG, dt. Millenium-Entwicklungsziele), die der Gesundheit von Frauen und Kindern sowie dem Kampf gegen Infektionskrankheiten eine zentrale Bedeutung zumaßen (UN 2000).

Zehn Jahre später, im September 2011, fand zum zweiten Mal ein UN-Spitzentreffen der Staats- und Regierungschefs zu einer globalen gesundheitlichen Herausforderung statt. In einer wegweisenden Erklärung wurde die zunehmende Belastung durch nichtübertragbare Krankheiten (engl. non-communicable diseases, NCDs) und die damit verbundenen sozioökonomischen Folgen für alle Länder als gemeinsame Aufgabe bestätigt (UN 2011). Damit wurde die globale Gesundheitsagenda auf die NCDs ausgeweitet. Die Staats- und Regierungschefs hoben strategisch insbesondere jene Maßnahmen hervor, die außerhalb des Gesundheitssystems umzusetzen sind, um der wachsenden NCD-Problematik zu begegnen.

Das Paradigma beginnt sich zu verändern. Es sucht die Lösung nicht mehr vorrangig in mehr Geld und besseren Technologien, sondern in der Gesetzgebung und dem Schaffen von verlässlichen Institutionen, die viele Partner einbinden. Man geht von einer produktiven Interaktion des globalen und des nationalen Handelns aus. Offensichtlichstes Beispiel sind

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

die gesetzlichen Maßnahmen zur Umsetzung des WHO-Rahmenabkommens zur Eindämmung des Tabakgebrauchs. Der Privatsektor kann durchaus Partner sein, aber das bedarf in vielen Fällen einer Regulierung. Die kommerziellen Determinanten von Gesundheit – globales Marketing von Süßgetränken beispielsweise – geraten zunehmend ins Blickfeld (Kickbusch 2012).

2011 ist auch das Jahr, in dem ein Rückblick auf den 2001 von der WHO vorgelegten Bericht der Kommission über Makroökonomie und Gesundheit (WHO 2001) vorgenommen wurde. Der Bericht «Gesundheit 2035» (Jamison et al. 2012) bestätigt die strategischen Vorgaben des neuen Paradigmas. Es stellt die Fiskal- und Subventionspolitik klar ins Zentrum der erforderlichen gesundheitspolitischen Bemühungen – besonders in Hinblick auf die NCDs. Er geht aber noch einen Schritt weiter und betont die Notwendigkeit, weltweit den Zugang zu Gesundheitsdiensten (engl. universal health coverage, UHC) zu gewährleisten. Dies kann nur durch den Aufbau von Systemen der sozialen Sicherung erreicht werden.

Damit ist ein weiterer Beitrag zum neuen Paradigma geleistet: Es geht nicht mehr nur um einzelne prioritäre Gesundheitsprobleme, sondern es gilt, in allen Ländern der Welt universell zugängliche Gesundheitssysteme aufzubauen. Das wird sowohl ökonomisch wie auch gesellschaftspolitisch begründet. Niemand soll mehr aufgrund von Gesundheitsproblemen in die Armut fallen – und umgekehrt darf es nicht sein, dass man aufgrund von Armut keinen Zugang zu Gesundheitsleistungen hat. Die Konzepte von Solidarität und universellem Zugang bahnen sich gerade wegen der zunehmenden Ungleichheiten den Weg in die Diskussionen um globale Gesundheit. Sie spiegeln aber auch die großen Herausforderungen wider, vor denen die Schwellenländer stehen.

Die Debatte über Menschenwürde, Gleichheit und soziale Gerechtigkeit ist seit der Jahrhundertwende durch den Bericht der WHO zu den sozialen Determinanten von Gesundheit vorangetrieben worden (WHO 2009). Auch diese Kommission empfiehlt, ebenso wie die anderen erwähnten Berichte, sektorübergreifende Maßnahmen und eine verstärkte globale Zusammenarbeit – aufgegriffen in der politischen Erklärung von Rio 2011. Damit ist die dritte Dimension des neuen Paradigmas angesprochen, die Betonung des ungleichen Zugangs zu Macht und Ressourcen. Dem kann ebenfalls nur mit gesellschaftspolitischen Maßnahmen begegnet werden. So gibt es Vorschläge für einen «global social compact», also ein über die Nationalgrenzen hinaus wirksames Umverteilungs- und Absicherungsmodell. Damit verstärkt sich die Diskussion um Gesundheit als Schlüsselelement der globalen kollektiven Sicherheit: die weltweite Sicherung der Gesundheit wird zunehmend zu einem globalen öffentlichen Gut (engl. global public good, GPG).

Das neue Paradigma der globalen Gesundheit hat somit drei Dimensionen: Sektorenübergreifendes Handeln, Aufbau von universell zugänglichen Gesundheitsdiensten und ein Fokus auf die gesellschaftlichen Ungleichheiten. Diesen ist nicht mehr mit rein technischen Lösungen beizukommen: sie brauchen dezidiertes politisches Handeln. Effektives Handeln setzt Kenntnisse der globalen Gesundheit und ihrer Determinanten voraus. Der vorliegende Band kann hierzu einen wichtigen Beitrag leisten.

Literatur

Jamison DT, Summers LH, Aleyne G et al. (2013). Global Health 2035: a world converging within a generation. The Lancet, 382: 1898–1955.

Kickbusch I (2013). A Game Change in Global Health: the best is yet to come. Public Health Reviews, 35 (1): 1–20.

Kickbusch I (2012). Addressing the interface of the political and commercial determinants of health. Health Promotion International 27 (4): 427–428.

United Nations (2000). United Nations Millennium Declaration. Verfügbar unter: http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.htm [20.03.2014].

United Nations (2011). Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. Resolution 66/2.

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

WHO Commission on Macroeconomics and Health (2001). Macroeconomics and health: investing in health for economic development. Geneva: WHO.
WHO Commission on the Social Determinants of Health (2009). Bridging the Gap in a Generation. Geneva: WHO.

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

Vorwort der Herausgeber

Global Health – was ist das? Dieser Begriff fügt dem bewährten, bevölkerungs- und gesundheitssystembezogenen «Public Health» eine internationale Perspektive hinzu. Sowohl die für die Gesundheit der Bevölkerung relevanten Probleme als auch die Rahmenbedingungen für eine Problemlösung oder -kontrolle weisen immer häufiger und immer stärker eine internationale Dimension auf. Dem trägt Global Health Rechnung. Ein naheliegendes Beispiel ist die schnelle Ausbreitung von Infektionskrankheiten im Rahmen einer zunehmenden internationalen Reisetätigkeit weiter Bevölkerungskreise. Ebenso sind die Gesundheitsthemen der reichen europäischen Länder, z. B. chronische Erkrankungen, zunehmend auch die Themen der ärmeren Länder des Südens. Neu auftretende Public-Health-Probleme – etwa die mit dem Klimawandel verbundenen Einflüsse auf die Gesundheit – haben eine offensichtliche internationale Komponente und können nur durch internationale Ansätze gelöst werden. Global Health lenkt also den Blick auch darauf, dass vielfach Lösungsansätze auf internationalen Erkenntnissen und enger Zusammenarbeit über Grenzen hinweg basieren. Sie nutzt dabei Elemente der Globalisierung, etwa die Vereinfachung und Beschleunigung von Informationsflüssen.

Aber auch die aktuellen weltweiten Herausforderungen auf dem Gebiet der Public Health sind zum großen Teil eng mit der Globalisierung verknüpft. Eine Globalisierung, die einseitig an Wirtschaftsinteressen orientiert ist, trägt zu einer zunehmenden gesundheitlichen Ungleichheit bei. Ökonomische und in der Folge meist auch gesundheitliche Ungleichheit besteht dabei sowohl zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen innerhalb eines Landes als auch zwischen den Bevölkerungen verschiedener Länder. Während globale Eliten alle Vorteile der weltweiten Vernetzung genießen, sind die Bevölkerungen ärmerer Länder, aber auch die ärmeren Bevölkerungsschichten der reichen Länder von dieser wachsenden Ungleichheit betroffen. Gesundheitssysteme sollten einen Beitrag leisten, um zumindest die gesundheitlichen Auswirkungen solcher Ungleichheiten zu verringern. Als alleinige Akteure sind sie damit aber überfordert, nicht zuletzt wegen der in allen Ländern bestehenden, zum Teil dramatischen Finanzierungsprobleme. Daher sind Ansätze zur Erhöhung der Verteilungsgerechtigkeit erforderlich, die eine Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Sektoren der Gesellschaft umfassen und Ländergrenzen übergreifen. Global Health und Gerechtigkeit sind eng verwoben.

Unstrittig ist, dass auch heute noch viele Gesundheitsprobleme lokale Ursachen und regional typische Verbreitungsmuster haben und entsprechend angepasste Lösungsstrategien benötigen. Eine grenzüberschreitende, globale Perspektive kann jedoch über die weiterhin notwendigen regionalen und lokalen Lösungen für Gesundheitsprobleme informieren und sie stärken. Hierbei haben internationale Vergleiche eine wichtige Funktion. Daher diskutiert das vorliegende Buch viele Themen übergreifend, nicht nach Weltregionen oder Ländergruppen gegliedert. Ländervergleiche bringt es dann innerhalb der Kapitel zur Illustration ein. Die AutorInnen stellen zudem regelmäßig Bezüge zu Public Health in Deutschland und Eu-

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

ropa her und erleichtern LeserInnen so den Einstieg.

Mit dem Vorläuferband «Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit» haben wir 2006 erstmals eine deutschsprachige, *international vergleichende* Einführung in das Fachgebiet Public Health vorgelegt. Global Health ist ein dynamisches Feld, das von politischen, wirtschaftlichen, sozialen und medizinischen Entwicklungen beeinflusst und verändert wird. Daher wurde eine grundsätzliche Überarbeitung des Bandes in Bezug auf relevante Themen, Statistiken und Akteure nötig. Hierbei haben wir auch den Titel des Bandes an die Entwicklung des Faches angepasst. Auch weiterhin wollen wir die auf das deutsche Gesundheitssystem fokussierten Lehrbücher wie z. B. den von Friedrich W. Schwartz et al. herausgegebenen Band «Public Health» (2012) oder das von Klaus Hurrelmann und Oliver Razum herausgegebene «Handbuch Gesundheitswissenschaften» (2012) nicht ersetzen, sondern *ergänzen*.

Wir sind nicht der Ansicht, dass ein dezidiert «internationaler» Blick nur für eine kleine Gruppe von speziell an der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern Interessierten notwendig ist. Eine internationale Perspektive ist heute vielmehr unabdingbar für alle, die sich mit der Förderung und Erhaltung der Gesundheit von Bevölkerungen befassen, egal, wo auf der Welt. Dementsprechend richten wir uns an einen breiten Interessentenkreis: an GesundheitswissenschaftlerInnen, an Studierende von Public-Health-Studiengängen, an ÄrztInnen und andere Beschäftige im Gesundheitswesen, aber auch an Fachfremde, die sich einen Überblick über den vielschichtigen Themenkomplex Global Health in deutscher Sprache verschaffen wollen.

Der vorliegende Band vereint die Expertise von AutorInnen aus Lehre und Forschung, aus der Praxis internationaler Zusammenarbeit sowie aus nationalen und internationalen Organisationen mit Bezug zu Global Health. Akademische Expertise, u. a. aus den Universitäten Bielefeld, Bremen, Heidelberg und Gießen sowie den Hochschulen Hamburg, Bremen und Münster, verbindet sich mit wissenschaftlichen wie praktischen Kenntnissen und Erfahrungen aus der Weltgesundheitsorganisation (WHO), der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) sowie aus Nichtregierungsorganisationen wie der BUKO Pharma-Kampagne. Somit ist die Gesundheitspolitik ebenso vertreten wie etwa die Epidemiologie oder die (medizinische) Nothilfe.

Trotz dieses umfangreichen Spektrums kann der vorliegende Band keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben. Die Herausgeber mussten eine oft schmerzhafte Themenauswahl treffen, um den vorgegebenen Seitenumfang einhalten zu können. Wie für ein Buch aus dem Bereich «Public Health» zu erwarten, liegen unsere Schwerpunkte auf Bevölkerung, Gesundheitssystemen und Gesundheitspolitik in ihrer internationalen Ausprägung. Mit der Organisation von medizinischen Auslandseinsätzen etwa können wir uns nur exemplarisch befassen (vgl. das Kapitel von Joachim Gardemann und Oliver Razum) und verweisen dazu auf Literatur wie den von Elgin Hackenbruch (2009) herausgegebenen Band. Des Weiteren konnten wir auch in dieser Auflage die Medizinethnologie nicht berücksichtigen. Wir empfehlen die entsprechende spezialisierte Literatur wie beispielsweise von Katarina Greifeld (2013). Die Herausgeber sind dennoch überzeugt, dass zentrale Aspekte von Global Health behandelt und im Kontext von Globalisierung, Gerechtigkeit und Gesundheit auf wegweisende Art vorgestellt werden.

Wir möchten uns herzlich bei Ulrich Laaser bedanken, der die erste Auflage als Mitherausgeber begleitet hat. Aufgrund anderer Verpflichtungen ist er von dieser Funktion zurückgetreten. So konnten Olaf Müller und Albrecht Jahn das Herausgeberteam erweitern. Die Herausgeber danken auch allen AutorInnen für die hervorragende und motivierte Zusammenarbeit. Besonders bedanken möchten wir uns bei Frau Carolin Sobiech und Frau Elena Köckerling

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

für die professionelle Koordination und das Lektorat der Beiträge. Dem Huber Verlag danken wir für die verlegerische Unterstützung und das Layouten des Bandes.

Bielefeld, Bremen und Heidelberg, im Juni 2014

Oliver Razum
Hajo Zeeb
Olaf Müller
Albrecht Jahn

Literatur

Greifeld K (Hrsg.) (2013). Medizinethnologie. Eine Einführung. Berlin: Reimer.

Hackenbruch E (2009). Go International! Handbuch zur Vorbereitung von Gesundheitsberufen auf die Entwicklungszusammenarbeit. Bern: Huber.

Hurrelmann K & Razum O (Hrsg.) (2012). Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim & Basel: Beltz Juventa.

Schwartz FW, Walter U, Siegrist J et al. (Hrsg.) (2012). Public Health. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier Urban & Fischer.

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

Teil 1: Gesundheitliche Ungleichheit: politische Dimensionen und mittelbare Ursachen

Oliver Razum

Zu den eindrücklichsten Belegen gesundheitlicher Ungerechtigkeit gehört auch heute noch die weltweite Ungleichheit bei der Kindersterblichkeit, trotz erfreulicher Fortschritte in den vergangenen Jahren. Im ersten Kapitel spannen Hans Jochen Diesfeld und Claudia Beiersmann anhand dieses Themas einen historischen Bogen von Rudolf Virchow zu den Millennium-Entwicklungszielen. Sie zeigen, dass Kindersterblichkeit im Deutschland des 19. Jahrhunderts ein ähnlich brennendes Problem war wie in den Entwicklungsländern des 21. Jahrhunderts. Virchows damalige Forderungen zeigen in bedrückender Weise Parallelen zu denen der WHO von heute. Bedrückend, weil eine korrekte Analyse der Ursachen offenbar bereits vor 150 Jahren vorlag und weil die erforderlichen Interventionen einfach und kostengünstig sind. Deren nachhaltige Umsetzung ist aber trotz vieler Bemühungen noch nicht ausreichend gelungen. Welche Fortschritte es gab, wo Ziele nicht erreicht wurden und mit welchen Strategien die globale Gesundheitspolitik in den nächsten Jahren voraussichtlich agieren wird, zeigen Claudia Beiersmann und Albrecht Jahn in Kapitel 2.

Nicht nur die Kindersterblichkeit, auch andere Gesundheitsrisiken und -probleme sind in ungleicher Weise über die Bevölkerungen der Welt verteilt. In den ärmeren Ländern sind die Krankheitslast sowie die Sterblichkeit an übertragbaren Krankheiten und an Gesundheitsproblemen in Zusammenhang mit Schwangerschaft und Geburt immer noch um Dimensionen höher als in den wohlhabenden Nationen. Kapitel 3 zur globalen Krankheitslast von Dietrich Plaß und Hajo Zeeb zeigt aber, dass der gesundheitliche Übergang an den ärmeren Ländern nicht vorbeigegangen ist. Auch dort erreichen zunehmend mehr Menschen ein höheres Lebensalter. Gleichzeitig verbreiten sich neue Risikofaktoren, wie z. B. das Rauchen, sodass die Krankheitslast durch chronische, nichtübertragbare Erkrankungen steigt. Gerade die ärmeren Länder sind somit einer doppelten Belastung ausgesetzt, einerseits durch die neu auftretenden Gesundheitsprobleme wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, andererseits durch die «unfinished agenda» der Infektionskrankheiten sowie der Kinder- und Müttersterblichkeit. Die Autoren erläutern auch die von der WHO eingesetzte Methodik, mit deren Hilfe die «Bedeutung» eines Gesundheitsproblems gemessen wird. Auch wenn dieser methodische Ansatz bis heute umstritten ist, so ermöglicht er doch, anhand von transparenten Kriterien die enormen weltweiten gesundheitlichen Ungleichheiten zu verdeutlichen.

Die gesundheitliche Situation von Bevölkerungen hängt eng mit ihrer demografischen Dynamik zusammen. Ralf E. Ulrich analysiert in Kapitel 4 die weltweite Bevölkerungsent-

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

wicklung, insbesondere hinsichtlich Größe, Zusammensetzung sowie Altersstruktur der Bevölkerungen, und ihren Zusammenhang mit der Gesundheit. Während in vielen ärmeren Ländern noch die Effekte einer hohen Fertilität überwiegen, befinden sich die wohlhabenden Länder des Nordens bekanntermaßen in einem fortgeschrittenen Prozess der demografischen Alterung. Dass auch viele Schwellenländer bereits große ältere Bevölkerungen haben, wird noch nicht genug wahrgenommen. Daraus ergeben sich neue Herausforderungen für die Gesundheits- und Sozialversorgung. Matthias Braubach ergänzt diese Ausführungen im Schlaglicht 1 zum Thema Verstädterung und Gesundheit. Er zeigt auf, dass bereits heute der größere Teil der Weltbevölkerung in Städten lebt und dort Umweltbedingungen ausgesetzt ist, die mit chronischen, nichtübertragbaren Krankheiten assoziiert sind.

Weltweite Unterschiede in Wohlstand und wirtschaftlicher Entwicklung, aber auch Konflikte innerhalb oder zwischen Ländern gehen mit Migration oder Flucht einher, wie Patrick Brzoska und Oliver Razum im Kapitel zu Migration und Mobilität verdeutlichen. Die weltweit zunehmenden Migrationsbewegungen beeinflussen Größe, Alters- und Sozialstruktur von Bevölkerungen und verändern die Epidemiologie von Krankheiten. Zu den daraus resultierenden direkten Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme kommt der indirekte, aber oft dramatische Effekt des «Brain-Drain» hinzu, wenn wohlhabende Länder versuchen, ihren Mangel an ausgebildetem Personal durch Anwerbung in ärmeren Ländern zu beheben.

Den Schritt von einer objektivierbaren Darstellung der gesundheitlichen Ungleichheit zur Analyse der damit einhergehenden Ungerechtigkeit vollzieht Johanna Hanefeld in Kapitel 6. Sie erläutert, was das «Recht auf Gesundheit» beinhaltet und welche internationalen Normen es dazu gibt. Besonders geht sie auf die Umsetzung und die dazugehörigen verfahrensrechtlichen Schritte ein. Zur Verbesserung der Gesundheit ist letztendlich eine Politik erforderlich, die effektive und verlässliche Strukturen schafft und das Empowerment benachteiligter Bevölkerungsgruppen fördert.

Kayvan Bozorgmehr thematisiert in Kapitel 7 die Zusammenhänge zwischen Wirtschaftskrisen in einer sich zunehmend globalisierenden Welt und Gesundheit. Angesichts von Armut und Ungleichheit, verstärkt durch Austeritätspolitiken, zeigt er die Machtlosigkeit des Gesundheitssektors auf, Probleme im Alleingang und losgelöst von der Wirtschaftspolitik anzugehen. Sein Beitrag belegt eindrücklich die Bedeutung der sozialen Sicherung für die Verbesserung der Gesundheit – und das keineswegs nur in ärmeren Ländern.

Gesundheit ist ein weltweit gültiges Menschenrecht, dessen Umsetzung für *alle* Menschen aber noch in weiter Ferne liegt. Wie Teil 1 zeigt, reicht es nicht aus, auf dem Weg zu diesem Ziel nur lokale oder nur medizinische Lösungsansätze zu verfolgen. Gesundheitliche Ungleichheit hat eine internationale politisch-historische Dimension und mittelbare wirtschaftliche Ursachen. Ohne deren Berücksichtigung wird Public Health keine nachhaltigen Erfolge erzielen können.

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

1. Von Rudolf Virchow zu den Millennium-Entwicklungszielen

Hans Jochen Diesfeld und Claudia Beiersmann

Am 8. September des Jahres 2000 proklamierte die Vollversammlung der Vereinten Nationen, die Gunst des Jahrhundertwechsels nutzend, acht Millenniums-Entwicklungsziele (engl. Millennium Development Goals, MDG) im Kampf gegen Armut, Hunger und Krankheit, darunter drei spezifische Gesundheitsziele: MDG 4 (Senkung der Kindersterblichkeit), MDG 5 (Verbesserung der Gesundheit der Mütter) und MDG 6 (Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten). Aus der Sicht von Public Health war dies von der Sache her keineswegs ein Jahrhundertereignis. Man war an Rudolf Virchows Forderungen von vor 152 Jahren ebenso erinnert wie an die Präambel der WHO 1948 oder an das Konzept von PHC 1978. Aber die Hoffnung und das Bemerkenswerte daran war die hohe staatspolitische Ebene, auf der das Recht auf Gesundheit und seine Wechselwirkung mit Entwicklung diskutiert und der Kampf gegen Unterentwicklung ausgerufen wurde.

Die acht Millennium-Ziele der Vereinten Nationen (MDGs) sind:

1. Beseitigung der extremen Armut
2. Verwirklichung der Primarschulbildung
3. Förderung der Gleichstellung der Geschlechter und Stärkung der Rolle der Frau
4. Senkung der Kindersterblichkeit
5. Verbesserung der Gesundheit der Mütter
6. Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten
7. Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit
8. Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft.

Trotz großer Fortschritte werden viele Länder diese Ziele nicht wie geplant bis zum Jahr 2015 erreichen. Die Debatte um eine Weiterführung und neue Ausrichtung nach 2015 ist daher in vollem Gange und wird in Kapitel 2 weiter ausgeführt. Das Entscheidende und Neue an den Zielen waren die detaillierten Unterziele und mit Ziel 8 die nachdrückliche Forderung einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft (UNDP 2003). Zu dieser hatten sich bereits in den 1970er-Jahren die reichen Nationen bereit erklärt, wovon die meisten jedoch immer noch weit entfernt sind. Ein Großteil der Weltbevölkerung leidet immer noch unter Armut, Hunger und Krankheit, obwohl alle Mittel und Möglichkeiten vorhanden wären, diesem Übelstand zu begegnen (World Bank 1993). Der Begriff »10/90 gap» wurde eingeführt (WHO 1996): 10 % der Weltbevölkerung verfügen über 90 % der Ressourcen bzw. 90 % der Weltbevölkerung müssen sich mit 10 % der Ressourcen zufrieden geben.

Die Deklaration der MDGs hat eine 150-jährige Vorgeschichte. Auf der Gründungskonferenz der Vereinten Nationen in San Francisco wurden die «Menschenrechte» proklamiert. Dieser Begriff stammt aus der aufgeklärten Naturrechtslehre des 18. Jahrhunderts und bezeichnet die dem Menschen aufgrund seiner Würde zustehenden, unverletzlichen und unveräußerlichen Rechte (Nohlen 2002). Unter

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

diesem Einfluss hat Rudolf Virchow (1821–1902) 1848 das konstitutionelle Recht des Bürgers auf ein gesundes Leben postuliert (Virchow 1849, zit. bei Ackerknecht 1957). Mitte des 19. Jahrhunderts hat Virchow die Problematik der Wechselwirkung von Armut, Krankheit und Unterentwicklung untersucht, erkannt, Lösungen aufzeigt und diese politisch gegen erhebliche Widerstände durchgesetzt. Bekannt sind seine Berichte über die Fleckfieberepidemie in Oberschlesien im Auftrag der preußischen Regierung 1848 und über die «Hungertyphus»-Epidemie im Spessart im Auftrag der Bayerischen Regierung 1852 (Virchow 1852, zit. bei Ackerknecht 1957).

Virchow stand als Medizinalreformer allerdings in der damals sehr autoritären politischen Landschaft in Deutschland in dem Dilemma, einerseits die Verantwortung des Staates zu fordern, während er andererseits als «Liberaler» die Rolle des Staates nur als notweniges Übel betrachtete.

Von ihm stammt der Begriff «Öffentliche Gesundheitspflege», den wir heute mit dem Begriff Public Health umschreiben müssen. Von ihm stammen auch die Feststellungen: «Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion.», und ».Medizin ist eine soziale Wissenschaft und die Politik ist weiter nichts als Medizin im Großen» (Virchow 1849, zit. bei Ackerknecht 1957). Medizingeschichtlich gilt Rudolf Virchow nicht nur als Begründer von Public Health, sondern vor allem der Zellularpathologie (Virchow 1859). Sein 1847 begründetes «Archiv für pathologische Anatomie und Physiologie und für klinische Medicin» existiert bis heute. Bis 1868 war er überzeugter «Antikontagionist». Seine klinischen und pathologisch-anatomischen Beobachtungen kennzeichnen jedoch den Beginn moderner naturwissenschaftlicher Medizin noch vor Beginn der Ära der Bakteriologie, die mit den Namen Robert Koch und Louis Pasteur eingeleitet wird. Mit Koch lag er in heftigem Streit. So lehnte er noch 1885 Kochs Entdeckung der bakteriologischen Ursache der Tuberkulose ab. Gleichwohl ist seine Bedeutung am Anfang der modernen naturwissenschaftlichen Medizin nicht hoch genug einzuschätzen.

Die epidemiologische Situation in Europa, in Deutschland in Berlin oder auf dem Land war Ende des 19. Jahrhunderts mindestens so verheerend wie in den Entwicklungsländern in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts oder wie in einigen «Least Developed Countries» immer noch zu Beginn des 21. Jahrhunderts (UNICEF 1999; UNDP 2004). So fand Flügge 1915, dass die Sterblichkeit in Berlin mit zunehmender Industrialisierung anstieg. Die saisonalen Gipfel der Säuglingssterblichkeit, ausgelöst durch die berüchtigte «Sommerdiarrhoe» waren ihm ebenso bekannt wie die Tatsache, dass künstlich ernährte Säuglinge eine höhere Sterberate hatten als Brustmilch-Ernährte und dass sich dies vorwiegend in den Arbeitervierteln Berlins fand. 1901 waren von 7823 Todesfällen 90 % der Säuglinge mit Tiermilch ernährt. In armen Wohnvierteln lag die Säuglingssterblichkeit 50-mal höher als in wohlhabenden (Flügge 1915). Virchow verglich seine Beobachtungen mit denen Englands und Frankreichs und fand dort die Situation deutlich besser. Dort haben sich philanthropische Vereine der Problematik angenommen (Virchow 1848; Göckenjahn 1985) und nicht der Staat. Virchow, der als Liberaler die philanthropen Bemühungen des Bürgertums Englands und Frankreichs schätzte, war trotzdem sehr dafür, dass der Staat in seine Verantwortung genommen wird. Ein Thema, das heute erneut diskutiert wird. Der beispiellose Aufschwung der naturwissenschaftlichen Medizin, der experimentellen Hygiene und Bakteriologie führte einerseits zu einem raschen Erkenntniszuwachs und spezifischer Bekämpfungsmaßnahmen in Form von Antiseren und Impfstoffen, drängte jedoch das Konzept der «öffentlichen Gesundheitspflege», die ja von «Antikontagionisten» stammte, in den Hintergrund (Eckart 1994). Trotz deren falschen Konzepts waren ihre Beobachtungen und Erklärungs- und Vermeidungsmodelle richtig. Die

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.

Forderung Virchows und weiterer reformbemühter ÄrztInnen nach einer staatlich organisierten Gesundheitspflege fanden erst nach dem Ersten Weltkrieg Gehör. So kam es erst ab Mitte der 20er-Jahre des 20. Jahrhunderts zu einem merklichen Abfall der Säuglings- und Kindersterblichkeit (Gärtner & Reploh 1969).

Gründung der WHO 1948

Es bedurfte der Erfahrungen zweier verheerender Weltkriege und ihrer Folgen, bis 100 Jahre nach Virchow erneut Gesundheit als Menschenrecht definierte wurde. Während der Gründungskonferenz der Vereinten Nationen 1945 in San Francisco wurde unter dem Schock des Zweiten Weltkriegs und seiner Folgen für die Gesundheit der Völker und in einer internationalen Aufbruchsstimmung der Gedanke einer «Welt-Gesundheits-Organisation» vorgetragen, 1948 wurde sie als World Health Organization (WHO) formell als «Specialized Agency» des Systems der Vereinten Nationen gegründet. In der Präambel zur Verfassung wird die Erreichung des höchstmöglichen gesundheitlichen Niveaus aller Völker als ihr Ziel proklamiert. Vier zentrale Prinzipien liegen dieser Vision persönlicher, nationaler und globaler Gesundheit zugrunde:

1. Gesundheit als Zustand des kompletten physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit, wird
2. als Menschenrecht definiert.
3. Fortschritt und Chancengleichheit in Gesundheit werden als übernationales Anliegen und Voraussetzung für globale Sicherheit und Frieden angesehen, Armut wird als eine mittelbare Ursache von Krankheit erkannt.
4. Als weitere Voraussetzung für verbesserte Gesundheit wird die Ausweitung des Nutzens medizinischer und entsprechender Kenntnisse auf alle Menschen und die Mitbeteiligung einer informierten Gesellschaft gesehen.

Das Konzept von «Primary Health Care» 1978

Nachdem die WHO sich in den ersten 20 Jahren mehr technischen Fragen der Krankheits- und Seuchenbekämpfung gewidmet hat, nahm sie sich Mitte der 1970er-Jahre auch ihres weiter gefassten gesundheitspolitischen Mandats an. Denn gemäß der Präambel zur Konstitution der WHO von 1948 war es ebenfalls ihre Aufgabe, Gesundheitsversorgungssysteme in ihrem sozialpolitischen Kontext zu berücksichtigen und gesundheitspolitische Konzepte und Normen zu entwickeln und den Mitgliedsländern nahezulegen. 1977 erklärte die Weltgesundheitsversammlung, dass das wichtigste soziale Ziel aller Regierungen und der WHO in den kommenden Dekaden sein sollte, «ein Gesundheitsniveau zu erreichen, dass es allen Bürgern der Erde erlauben sollte, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen» («Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000», WHO 1981). Dieser Prozess fand seinen Höhepunkt mit der Internationalen Konferenz zu «Primary Health Care», in Alma Ata 1978 (vormals Kasachische Sowjetrepublik). Delegierte von 134 Ländern und 67 UN-Organisationen- und Nicht-Regierungsorganisationen unterzeichneten diese weltgesundheitspolitisch historische «Deklaration von Alma Ata» (WHO 1978).

Die Definition von «Primary Health Care» (PHC) in der Alma-Ata-Deklaration lautet wie folgt:

> Primäre Gesundheitspflege, gegründet auf praktischen, wissenschaftlich soliden und sozial annehmbaren Methoden und Techniken, ist wesentliche Gesundheitspflege, allgemein zugänglich für Individuen und Familien der Gemeinschaft durch ihre Teilhabe und zu Kosten, die das Gemeinwesen und das Land auf Dauer und in jeglichem Stadium seiner Entwicklung im Geiste von Selbstvertrauen und Selbstbestimmung zu tragen im Stand ist. Primäre Gesundheitspflege ist integraler Bestandteil des Gesundheitssystems des Landes, es bildet dessen Schwerpunkt, ist aber auch Bestandteil der gesamten sozialen und

© 2014 by Verlag Hans Huber, Hogrefe AG, Bern
Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.
Aus: Oliver Razum, Hajo Zeeb, Olaf Müller, Albrecht Jahn (Hrsg.); Global Health. 1. Auflage.