

Globale Gesundheit

Gesundheit – das vergessene Menschenrecht

Adrian Ritter

Freier Journalist

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Eingelöst ist dieser Anspruch aber bis heute insbesondere in Entwicklungsländern nicht. Neue Finanzierungsmodelle sollen den Ärmsten den Zugang zu medizinischer Behandlung ermöglichen. Bericht von der Jahreskonferenz der Direktion für Entwicklungszusammenarbeit (DEZA).

Die UN-Menschenrechtscharta sagt es ebenso klar wie die Europäische Menschenrechtsdeklaration oder etwa die Afrikanische Charta der Menschenrechte: Gesundheit ist ein Menschenrecht. Jeder Mensch soll Zugang haben zu einer medizinischen Grundversorgung. Einklagbar ist dieses Recht allerdings nur in Ausnahmefällen. Im Kontext der Europäischen Menschenrechtskonvention etwa bei Inhaftierten, deren Gesundheit lebensbedrohlich gefährdet ist.

Trotz der fehlenden Einklagbarkeit hat die internationale Staatengemeinschaft in den vergangenen Jahrzehnten viel getan, um die Gesundheit der Bevölkerung in aller Welt zu verbessern – etwa im Rahmen der Millenniumsentwicklungsziele. An der diesjährigen Jahreskonferenz der Direktion für Entwicklungszusammenarbeit (DEZA) zum Thema «Gesundheit – ein vergessenes Menschenrecht» wurden im August das bisher Erreichte und die Herausforderungen der Zukunft aufgezeigt.

Armut und Krankheit

Die Fortschritte der vergangenen Jahrzehnte sind beachtlich: Die Zahl der Aids-Todesfälle konnte zwischen 2005 und 2013 um 35 Prozent gesenkt, die weltweite Kindersterblichkeit um die Hälfte reduziert und der Zugang zu Trinkwasser vielerorts verbessert werden. Gleichzeitig führten Impfkampagnen etwa zur Ausrottung der Pocken.

Zirkulär miteinander verwoben sind insbesondere die Aspekte Gesundheit und Armut: Wer arm ist, kann sich keine medizinische Behandlung leisten, und wer krank ist, kann kein Einkommen erwirtschaften. In vielen Entwicklungsländern aber hat die Gesundheit für die Regierung keine hohe Priorität. «Gesundheit, Frieden und Entwicklung lassen sich nicht voneinander trennen», betonte Bundesrat Didier Burkhalter an der Konferenz.



© Studipto Das, Swiss Malaria Group

Jeder Mensch soll Zugang haben zu einer medizinischen Grundversorgung.



Gerhard Siegfried, Themenverantwortlicher Gesundheit bei der Direktion für Entwicklungszusammenarbeit DEZA, fordert neue, solidarische Finanzierungsmodelle mit Eigenverantwortung der Bevölkerung.

Mit der fortschreitenden Globalisierung zeigt sich aber auch, dass Gesundheitsprobleme keine Grenzen kennen: Malaria und Dengue-Fieber breiten sich mit dem Klimawandel nach Norden aus, Migration sorgt für die weltweite Verbreitung von Krankheiten und Antibiotikaresistenzen sind weltweit auf dem Vormarsch. Entwicklungsländer stehen zudem heute vor einer doppelten Belastung: Neben schon lange bestehenden Problemen wie Hunger, dem Mangel an Trinkwasser und Hygiene sowie Infektionskrankheiten breiten sich zunehmend auch nicht-übertragbare Krankheiten wie Krebs, Diabetes und Herz-Kreislauf-Krankheiten aus.

Neue Ziele bis 2030

Waren die Millenniumsentwicklungsziele der Vereinten Nationen bisweilen dafür kritisiert worden, zu sehr auf einzelne Krankheiten fokussiert zu sein, wählen die neuen Nachhaltigen Entwicklungsziele (*Sustainable Development Goals*) jetzt einen breiteren Ansatz der Gesundheitsförderung. In der Ende September von der UN-Generalversammlung verabschiedeten «Agenda 2030 für Nachhaltige Entwicklung» ist auch das Teilziel enthalten: «Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern».

Für den möglichst flächendeckenden Zugang zu medizinischen Leistungen hat die Weltgesundheitsorganisation den Begriff *Universal Health Coverage (UHC)* geprägt. Das aktuelle Bild ist dabei gemäss WHO zwiespältig: Noch nie hatten so viele Menschen Zugang zu medizinischen Grundleistungen wie heute. Länder wie

Brasilien, Ghana, Mexiko oder die Türkei hätten in den vergangenen Jahren grosse Anstrengungen unternommen, ihre Gesundheitsversorgung breiteren Bevölkerungsteilen zugänglich zu machen.

Gleichzeitig bleiben die Herausforderungen gemäss Weltgesundheitsorganisation (WHO) enorm: Eine Milliarde Menschen weltweit leiden jährlich, weil sie die nötige medizinische Behandlung nicht erhalten. 100 Millionen Menschen verschulden sich wegen der Gesundheitskosten bis unter die Armutsgrenze. Und bis 2034 werden weltweit bis zu 50 Millionen zusätzliche Beschäftigte im Gesundheitswesen nötig sein, um den Bedarf zu decken. Die Schweiz wolle einen wichtigen Beitrag zur weiteren Verbesserung der Situation leisten, sagte Bundesrat Burkhalter. Die Schwerpunkte der DEZA liegen unter anderem bei der flächendeckenden Gesundheitsversorgung (Stärkung der Gesundheitssysteme / adäquate Gesundheitsfinanzierung) und der Bekämpfung von Armutskrankheiten.

Neue Wege der Finanzierung

Was den finanziellen Aspekt anbelangt, so galt in der Entwicklungszusammenarbeit die kostenlose Gesundheitsversorgung der Bevölkerung lange als Königsweg. Die Realität zeigte allerdings, dass viele Staaten sich dies nicht leisten können oder wollen. Private wie staatliche Geldgeber bevorzugten zudem je länger je mehr, nicht die Budgets von Gesundheitsministerien mitzufinanzieren, sondern für ausgewählte Krankheiten auf globaler Ebene Geld zu sprechen.

«Angesichts der epidemiologischen und demographischen Verschiebungen wird in Zukunft für die Gesundheit massiv mehr Geld nötig sein. Darum sind neue, solidarische Finanzierungsmodelle gefragt», sagt Gerhard Siegfried, Themenverantwortlicher Gesundheit bei der DEZA, gegenüber der *Schweizerischen Ärztezeitung*.

Die neuen Finanzierungsmodelle stärken dabei im besten Fall die Eigenverantwortung der Bevölkerung. Weil die Herausforderungen immer globaler werden, ist gemäss Siegfried gleichzeitig eine internationale Solidarität unerlässlich, indem wohlhabendere Staaten ärmere Staaten unterstützen.

Die DEZA sammelt bereits seit den 1990er Jahren Erfahrungen mit neuen Modellen – etwa Dorfkrankenkassen und Gemeinschaftsapotheken. So gelang es, in Madagaskar mehr als 300 Gemeinschaftsapotheken aufzubauen. In Tansania baute die DEZA in den letzten Jahren in zwei Regionen Krankenkassen-Systeme auf. Solche Systeme haben allerdings ihre Grenzen: «Die Ärmsten werden oft nicht erreicht und eine Abdeckung von mehr als 15 Prozent ist schwierig zu erreichen, solange das System auf Freiwilligkeit beruht», sagt Ger-

hard Siegfried. In Tansania prüft die Regierung jetzt, ob sich das System auf nationaler Ebene einrichten lässt.

Fehlende Kaufkraft

Neue Wege der Finanzierung sind auch bei der Entwicklung und Bereitstellung von Medikamenten gefragt. Krankheiten wie die afrikanische Schlafkrankheit oder Dengue-Fieber betreffen mehrheitlich arme Menschen. Deren fehlende Kaufkraft macht es für die Pharmaindustrie aber unattraktiv, in die entsprechende Forschung und Entwicklung zu investieren. Seit der Jahrtausendwende wurden deshalb Public-Private-Development-Partnerships (PPDP) geschaffen, etwa im Bereich Tuberkulose, HIV oder Malaria. Dabei arbeiten Pharmaunternehmen, Universitäten, staatliche Stellen und Nichtregierungsorganisationen zusammen. Die DEZA unterhält enge Partnerschaften mit solchen PPDPs. Diese handeln die Verkaufspreise der neu zu entwickelnden Medikamente gemäss Siegfried schon zu Beginn so aus, dass die Medikamente auch für die Ärmsten erschwinglich sein werden.

100 Millionen Menschen verschulden sich wegen der Gesundheitskosten bis unter die Armutsgrenze.

Inzwischen gibt es rund 20 solche Public-Private-Development-Partnerships. Gemäss Schätzungen finanzieren sie 40 Prozent der Gelder zur Erforschung vernachlässigter Krankheiten. An der DEZA-Jahreskonferenz stellte ein Vertreter von «Medicines for Malaria Venture» drei neue Wirkklassen von Malaria-Medikamenten in Aussicht, die in wenigen Jahren verfügbar sein sollten.

Demokratisch Prioritäten setzen

Public-Private-Partnerschaften werden bisweilen kritisiert, sie seien zu sehr von einer Handvoll potenter, aber freiwillig handelnder Spender abhängig und finanziell nicht nachhaltig. Vorzuziehen wäre ein demokratischer Prozess auf globaler Ebene, bei dem die Prioritäten für Forschung und Entwicklung gemeinsam festgelegt werden.

Der Versuch der WHO, einen globalen Fonds zu schaffen, der von den Mitgliedstaaten mit 0,01 Prozent ihres Bruttosozialprodukts verbindlich finanziert wird, ist 2012 gescheitert. Die DEZA versucht aber, die Idee gemeinsam mit der WHO auf freiwilliger Basis zu verwirklichen. So sollen finanzielle Anreize entwickelt werden, um die Forschung und Entwicklung von Medikamenten von der späteren «Belohnung» durch hohe Marktpreise zu entkoppeln.



Steckte ihre WHO-Rente in ein Spital: Edna Adan Ismail, Pflegefachfrau und Hebamme aus Somaliland.

Für Gerhard Siegfried von der DEZA ist aber wichtig, *Universal Health Coverage* nicht auf die Finanzierungsfrage zu reduzieren. Wer die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig stärken wolle, müsse auch andere Aspekte berücksichtigen – etwa die Gesundheitsförderung, ungesunde Umweltbedingungen und die zu Problemen führende Abwanderung des Gesundheitspersonals in Entwicklungsländern.

Ein Panzer oder 100 Ärzte

Wie herausfordernd die Situation sein kann, davon berichtete an der DEZA-Konferenz Edna Adan Ismail aus Somaliland – einem von der internationalen Gemeinschaft bisher nicht anerkannten Staat nördlich von Somalia. Edna Adan Ismail ist gelernte Pflegefachfrau und Hebamme, hatte in verschiedenen Funktionen für die WHO gearbeitet und war Sozial- und später Aussenministerin von Somaliland.

In eindringlichen Worten berichtete sie von der hohen Kinder- und Müttersterblichkeit. Ihre WHO-Rente hat die inzwischen Pensionierte 2002 in die Gründung eines Spitals investiert. 2012 ist das «Edna Adan Maternity Hospital» um eine Universität ergänzt worden. Seit seiner Gründung haben im Spital rund 17000 Frauen geboren, bei nur einem Viertel der sonst in Somaliland üblichen Müttersterblichkeit. «Das Geld für einen Panzer würde mir 100 Ärzte und Hebammen finanzieren», zeigte Ismail den für Somaliland nötigen weiteren Bedarf an medizinischem Personal und gleichzeitig die politischen Realitäten auf. Umso mehr dankte sie in ihrem Referat der Vielzahl von Spendern aus zahlreichen Ländern. Gesundheitsfinanzierung als Patchwork. Der Weg zur Gesundheit als Menschenrecht ist noch lang.

adrianritter[at]gm.ch