

Global Health – Hope oder Hype?

von Jens Holst¹

ABSTRACT

Global Health ist ein komplexer Sammelbegriff, der in den letzten zwei Jahrzehnten Bedeutung gewann, aber bis heute keine eindeutige Verwendung erfährt. Letztlich handelt es sich bei globaler Gesundheit um die Weiterentwicklung von Public Health im Hinblick auf die diversen weltumspannenden, ubiquitären Herausforderungen und die wachsende Zahl globaler Akteure. Der Begriff geht über die territoriale Bedeutung von „global“ hinaus, verbindet „lokal“ und „weltweit“ und bezeichnet ein explizit politisches Konzept, das gesellschaftliche Ungleichheit, Machtasymmetrien, Ressourcenverteilung sowie Governance-Strukturen berücksichtigt und Gesundheit als rechtbasiertes, universelles Gut betrachtet. Daraus leiten sich grundlegende Forderungen auf allen Ebenen der direkten und vor allem indirekten Gesundheitspolitik ab.

Schlüsselwörter: Global Health, soziale Determinanten, Globalisierung, globale Krankheitslast, Ungleichheit

***Global health is a complex collective term** that has gained importance over the last two decades, but has not yet been clearly defined. Ultimately, global health is the evolution of public health in the face of diverse global, ubiquitous challenges and the growing number of global players. The term goes beyond the territorial meaning of “global”, connects “local” and “worldwide”, and refers to an explicitly political concept that takes into account social inequality, power asymmetries, distribution of resources and governance structures, and considers health as a rights-based, universal good. This is the basis for fundamental demands at all levels of direct and above all indirect health policy.*

Keywords: global health, social determinants, globalization, global burden of disease, inequality

1 Einleitung

„Global Health“, globale Gesundheit, steht weit oben auf der internationalen politischen Agenda. Die deutsche Bundesregierung unter Kanzlerin Angela Merkel hat maßgeblich dazu beigetragen, das globale Gesundheitsthema bei Gipfeltreffen internationaler Foren wie der „Gruppe der 7“ (G7) und der „Gruppe der 20“ (G20) auf die Tagesordnung zu bringen. Die zunehmende politische Bedeutung von Global Health und die Betrachtung dieses Themas auf der internationalen Bühne ist aus gesundheitswissenschaftlicher und -politischer Sicht so überfällig wie begrüßenswert. Das gängige Verständnis von Global Health weist allerdings einige konzeptionelle Beschränkungen auf, Reichweite und Inhalte der Diskussion werden vielfach nicht den komplexen Herausforderungen gerecht. Der herrschende Global-Health-Diskurs erfüllt oftmals weder den implizit mit dem Begriff „global“ verknüpften Anspruch auf

Universalismus noch die Erfordernisse einer umfassenden transdisziplinären und ressortübergreifenden Gesundheitspolitik. Das liegt auch an der großen Diskrepanz zwischen aktuellem Wissensstand und globaler gesundheitspolitischer Praxis (Schubert und Bozorghmer 2008).

Gesundheitspolitik ist hierzulande primär mit den ureigenen Herausforderungen des deutschen Gesundheitswesens wie der Reform der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), der Krankenhausfinanzierung oder der ärztlichen Versorgung auf dem Land befasst. Wie global Gesundheit mittlerweile geworden ist, tritt regelmäßig dann in das Bewusstsein der Öffentlichkeit, wenn eine Gefahr durch potenziell bedrohliche Infektionskrankheiten existiert (Hein und Kickbusch 2009). Wenn tödliche Infektionskrankheiten in die Schlagzeilen geraten, ziehen länderübergreifende, internationale und zunehmend auch globale Gesundheitsprobleme die Aufmerksamkeit

¹ Prof. Dr. med. Dr. PH Jens Holst, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda · Leipziger Straße 123 · 36037 Fulda · Telefon: 0661 9640-643
E-Mail: jens.holst@pg.hs-fulda.de

keit der Menschen in den Industrieländern auf sich. Die Abfolge bedrohlicher Szenarien durch „Killerviren“ und andere Seuchen, die in den wohlhabenden Ländern des globalen Nordens als besiegt oder zumindest beherrschbar galten, ist in den letzten Jahren dichter geworden. Was ansatzweise mit der Ausbreitung der Aids-Pandemie begann, erfolgte in immer engerer zeitlicher Abfolge im Zusammenhang mit dem Auftreten lebensbedrohlicher Infektionskrankheiten wie SARS (schweres akutes respiratorisches Syndrom) 2002 in Südostasien, der Schweinegrippe im Winter 2009 bis 2010, MERS (Middle East respiratory syndrome) im Jahr 2012 und der als Vogelgrippe bezeichneten Geflügelpest ab 2013. Besondere Beachtung fand der Ebola-Ausbruch 2014 im westlichen Afrika, dem über 11.000 Menschen zum Opfer fielen, gefolgt vom Zika-Virus in Brasilien.

In Europa geraten diese Infektionskrankheiten rasch wieder aus den Schlagzeilen. Das Interesse der Öffentlichkeit an gesundheitlichen Herausforderungen anderer Länder und Kontinente ist meistens von kurzer Dauer. Ganz anders sieht es in den Niedrig- und Mitteleinkommensländern des sogenannten Globalen Südens und insbesondere im südlichen Afrika aus. Dort bestehen bestimmte Gesundheitsgefahren dauerhaft. Immer wieder sind steigende Infektionszahlen zu melden und das Risiko von Endemien oder gar Epidemien gehört zum alltäglichen Leben der Menschen in den armen Ländern dieser Welt.

Dabei stellen Infektionskrankheiten für die Gesundheitssysteme der Entwicklungsländer nicht einmal die einzige Herausforderung dar. Im Zuge des epidemiologischen Wandels erweitert sich das Krankheitsspektrum vielerorts von ansteckenden zu nicht übertragbaren, chronischen Krankheiten. Diese doppelte Krankheitslast durch bakterielle, virale oder durch andere Erreger verursachte Erkrankungen auf der einen und die landläufig als chronische oder Zivilisationskrankheiten bezeichnete Gesundheitsprobleme auf der anderen Seite belastet die Entwicklungs- und Schwellenländer schon seit über 20 Jahren (*WHO 1999, 13 ff.*). Das gleichzeitige Nebeneinander von Unter- beziehungsweise Mangelernährung und ernährungsbedingtem Übergewicht verschärft die Situation (*Min et al. 2008*).

2 Global Health oder globale Gesundheit

2.1 Motive und Entstehung von Global Health

Auch wenn sie die gesundheitspolitische Debatte in Deutschland kaum beeinflusst, ist globale Gesundheit in den vergangenen 15 Jahren zu einem der wichtigsten Bereiche der Außen-, Entwicklungs- und Sicherheitspolitik geworden. Das

mit dem deutschen Begriff „globale Gesundheit“ nur unzureichend wiedergegebene Konzept schließt neben politischen Ansätzen auch Forschung, Lehre sowie klinische Praxis ein und zielt darauf ab, nicht nur die Krankenversorgung und den erforderlichen Zugang, sondern auch die Gesundheit der Menschen weltweit zu verbessern. Global Health umfasst sowohl die individuelle klinische Versorgung als auch Prävention auf der Ebene der Bevölkerung beziehungsweise bestimmter Personengruppen im Sinne öffentlicher Gesundheit. Bei aller Vielfältigkeit beziehungsweise Heterogenität der Definitionen und beteiligten Akteure umfasst das Konzept immer auch die Auseinandersetzung mit transnationalen Zusammenhängen sowie Determinanten von Gesundheit und Lösungen bestehender Gesundheitsprobleme. Die Wahrnehmung von globaler Gesundheit reicht von Gesundheit als Instrument der inneren Sicherheit und der Außenpolitik über karitative, philanthropische Ansätze und öffentlich-private Partnerschaften bis hin zum allgemeinen Menschenrecht und solidarischen Handeln (*Stuckler und McKee 2008*).

Global Health (vergleiche zur Begriffsabgrenzung Tabelle 1) war von Anfang an untrennbar mit dem Schutz der jeweils eigenen Bevölkerung und mit kommerziellen Interessen und Erwartungen verbunden. So betonte das Institute of Medicine (*1997, 25*) in besonderem Maße den Schutz der US-Bürger und wies unverblümt darauf hin, dass vier der zehn weltweit führenden Pharmahersteller 40 Prozent des Weltmarktes kontrollieren (*ibid., 35*), die Einführung neuer Medikamente und Impfstoffe in Entwicklungsländern biete daher der Pharma- und Impfstoffindustrie in den Industrieländern gute Absatzmöglichkeiten (*ibid., 36*). Das deutsche Bildungs- und Forschungsministerium konzentriert seine Wissenschaftsförderung bisher auf vernachlässigte und armutsbegünstigte Krankheiten (*BMBF 2015*) und erweitert das Spektrum erst allmählich um Themen der globalen Gesundheitswissenschaften. Und die Bundesregierung stellte in ihrer ersten Global-Health-Strategie (*BMG 2013*) den Schutz der bundesrepublikanischen Bevölkerung und wirtschaftliche Interessen des Exportlandes Deutschland in den Vordergrund (*Holst und Razum 2018*).

Die vergleichsweise kurze Geschichte des Begriffs „globale Gesundheit“ (zunächst in der wissenschaftlichen und später auch in der politischen Debatte) zeigt eine Analyse einschlägiger Veröffentlichungen. Die Verwendung von Global Health in der englischsprachigen Literatur begann in den 1990er-Jahren, stieg seit 2000 sprunghaft an und überholte zu Beginn des Jahrtausends das bis dahin deutlich häufiger auftauchende „International Health“. Vergleichbar war die Entwicklung in französisch- und spanischsprachigen Publikationen, wobei hier allerdings die alternativen Begriffe „mondial“ beziehungsweise „mundial“ schon früher im Zusammenhang mit Gesundheit Verwendung fanden (*Garay et al. 2013*).

TABELLE 1

Global, International und Public Health im Vergleich

Dimension	Global Health	International Health	Public Health
Geografischer Bezug	Fokus auf Themen, die Gesundheit direkt oder indirekt beeinflussen und über nationale Grenzen hinausgehen	Fokus auf Gesundheitsthemen, die primär andere Länder beziehungsweise Entwicklungsländer betreffen	Fokus auf Gesundheitsthemen, die die Gesundheit einer bestimmten Gruppe oder eines Landes betreffen
Ausmaß der Kooperation	Entwicklung und Umsetzung von Lösungen erfordern überwiegend globale Kooperation	Entwicklung und Umsetzung von Lösungen erfordern überwiegend bilaterale Kooperation	Entwicklung und Umsetzung von Lösungen erfolgen primär ohne globale Kooperation
Individueller oder Gesellschaftsbezug	Beinhaltet sowohl Präventionsmaßnahmen als auch individuelle klinische Versorgung	Beinhaltet sowohl Präventionsmaßnahmen als auch individuelle klinische Versorgung	Fokus auf Präventionsmaßnahmen und die Verbesserung des gesamtgesellschaftlichen Gesundheitsniveaus
Zugang zu Gesundheit	Gleicher und gerechter Zugang zu Gesundheit unabhängig vom Land und für alle Individuen als wichtige Ziele	Unterstützung anderer Länder bei der Sicherstellung von Gesundheitsleistungen	Die Ziele „gleicher Zugang zu Gesundheit“ und „Versorgungsgerechtigkeit“ beziehen sich auf das eigene Land
Grad der Interdisziplinarität	Starke Interdisziplinarität innerhalb der Gesundheitswissenschaften und über diese hinaus	Bezieht einige Disziplinen mit ein, aber keine bewusste Betonung der Interdisziplinarität	Fördert Interdisziplinarität insbesondere zwischen Gesundheits- und Sozialwissenschaften

Quelle: eigene Darstellung, Grafik: G+G Wissenschaft, 2019

Das Konzept der globalen Gesundheit fiel allerdings nicht vom Himmel, sondern entwickelte sich aus verschiedenen Vorgängen, die in der „Kolonialmedizin“ des späten 19. und frühen 20. Jahrhunderts ihren Anfang nahmen und über die „Tropenmedizin“ zur „internationalen Gesundheit“ wurden. In den vergangenen Jahrzehnten erfolgten dann einige Paradigmenwechsel in Bezug auf internationale Aspekte von Gesundheit (Koplan et al. 2009). Zunächst ging es in erster Linie um Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit europäischer Kolonialherren und um deren Schutz vor Gesundheitsgefahren durch tropische Krankheiten. Hieraus entwickelte sich in enger Verbindung mit den Fachgebieten Hygiene und Öffentliches Gesundheitswesen das überwiegend klinische Fach der Tropenmedizin (Müller et al. 2018). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts standen Begriffe wie Medizin in den Tropen und Tropenhygiene im Vordergrund. In diesem Zusammenhang entstanden auf dem europäischen Kontinent auch die Tropeninstitute, die sich in den wichtigen Hafenstädten wie Antwerpen, Hamburg oder London vor allem um anlandende Seeleute kümmerten und im Binnenland seuchenhygienische Aufgaben erfüllten, die später teilweise in den Zuständigkeitsbereich der Öffentlichen Gesundheitsdienste (ÖGD) übergingen.

Die damals vorherrschende, letztlich aber bis heute zumindest für einflussreiche Global-Health-Ansätze gültige Auffassung beschrieb der britische Pathologe und Bakteriologe Harold Scott (1939, vii) bereits vor 80 Jahren treffend in seiner Analyse der historischen Entwicklung der Tropenmedizin: „Wir können dann nachvollziehen, wie die Verbesserungen erfolgten, nämlich meistens mit vorrangigem Blick auf den Schutz der Gesundheit von Kolonialbeamten und europäischen Händlern, und erst danach bei der Behandlung von Einheimischen, womit zwei Zwecke gleichzeitig verbunden waren, und zwar bessere Gesundheit und Wohlbefinden der Eingeborenen und darüber hinaus der Schutz der Weißen vor der Ansteckung mit deren Infektionen.“

In der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts und insbesondere während des Kalten Krieges setzte sich zunehmend das Konzept von International Health (siehe auch Tabelle 1) durch, das eine vergleichsweise geradlinige Weiterentwicklung der traditionellen Tropenmedizin darstellte (Bradley 1996, 2). Internationale Gesundheit befasst sich hauptsächlich mit Gesundheitsproblemen und -herausforderungen in den sogenannten Entwicklungsländern. Hierbei stehen ins-

besondere Maßnahmen zur Prävention und Therapie von Infektionskrankheiten, zur Verbesserung der Hygiene und der Wasserversorgung sowie zur Förderung der Kinder- und Müttergesundheit im Vordergrund (*Brown et al. 2006*). Ethische universitäre und andere wissenschaftliche Einrichtungen verwenden diesen Begriff bis heute, allerdings mit einem erweiterten Verständnis, das jenseits von tropischen Erkrankungen auch Themen wie nicht übertragbare Krankheiten, Verletzungen und die Stärkung von Gesundheitssystemen einschließt.

Internationale Gesundheit bezieht sich neben den gesundheitlichen Problemen in Entwicklungsländern auf das Engagement der einkommensstarken Industrieländer beziehungsweise der überwiegend von diesen getragenen internationalen Organisationen (*Birn 2009, 63*). Die Entstehung der Entwicklungshilfe, der eher paternalistisch aufgestellten Vorgängerin der späteren Entwicklungs- und heutigen internationalen Zusammenarbeit, umfasste auch die Unterstützung einkommensschwacher Länder bei der Überwindung ihrer Gesundheitsprobleme.

Etwa zeitgleich gewann das nach dem Zweiten Weltkrieg zunächst im angelsächsischen Raum weiterentwickelte Public-Health-Konzept (siehe auch Tabelle 1) zunehmend an Bedeutung. Public Health, also öffentliche Gesundheit, entwickelte sich aus der Sozialhygiene beziehungsweise Sozialepidemiologie und grenzt sich in wichtigen Aspekten vom herkömmlichen individualmedizinischen Umgang mit Gesundheitsrisiken und -problemen ab. Anders als bei den sogenannten Krankheitswissenschaften mit ihrem Individualbezug steht bei der öffentlichen Gesundheit beziehungsweise den Gesundheitswissenschaften der Populationsbezug im Mittelpunkt. Public Health befasst sich vor allem mit den sozialen Einflussfaktoren von Gesundheit und Krankheit sowie den gesellschaftlich bedingten ungleichen Gesundheitschancen.

2.2 Globale und planetare Gesundheit

In den letzten zwei Jahrzehnten hat sich das erweiterte Konzept der globalen Gesundheit (Global Health) durchgesetzt (*Jamison et al. 2006*). In der weitgehend globalisierten Welt des 21. Jahrhunderts ist die Gesundheit der Menschen und der Bevölkerung durch zahlreiche Faktoren beeinflusst, die über nationale Grenzen hinausgehen und von Pandemien über Patente auf Medikamente bis hin zur Erderwärmung reichen. Mit der Verschiebung der weltweiten Gesundheitslast von infektiösen zu nicht übertragbaren Krankheiten gerieten zudem die gesundheitlichen Auswirkungen des Lebensstils und aller anderen Umwelt- und Verhältnisfaktoren stärker in den Fokus. Globale Gesundheit beschränkt sich nicht auf grenzüberschreitende Gesundheitsprobleme im engeren Sinne. Vielmehr bezieht sich „global“ in diesem Zusammenhang auf alle gesundheitlichen Herausforderun-

gen oder länderübergreifenden Determinanten, von der weltweiten Ausrottung von Krankheiten (zum Beispiel Kinderlähmung) über Antibiotikaresistenzen, Ernährungssicherheit, Urbanisierung und Migration bis zum Klimawandel (*Koplan 2009*).

Noch umfassender ist das erst seit wenigen Jahren von der Wissenschaftsszene beachtete, letztlich aber schon seit den 1970er-Jahren diskutierte Planetary-Health-Konzept, das explizit auch die gesundheitlichen Auswirkungen menschlichen Handelns auf das Leben in der Biosphäre betrachtet (*Prescott und Logan 2019*). Planetare Gesundheit entspricht einer Lebenseinstellung und -philosophie, stellt den Menschen und nicht seine Gesundheit in den Mittelpunkt und befasst sich mit dem Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten aufgrund von Einkommen, Bildung, Geschlecht und Lebensumfeld mit dem Ziel, allen Menschen auf dem Globus das Recht auf Gesundheit und Wohlbefinden zu gewährleisten (*Horton et al. 2014; Hanefeld 2014*). Im Mittelpunkt stehen die Auswirkungen von Umweltveränderungen auf Mensch und Gesundheit. Planetary Health konzentriert sich auf die menschliche Gesundheit im Anthropozän, die Bedrohungen der Spezies Mensch durch Pandemien oder Klimawandel, auf die natürlichen Räume, in denen sich diese Spezies entwickelt, und die Gesundheit und Vielfalt der Biosphäre (*Schütte et al. 2018*).

3 Global Health als Teil der Globalisierung

Gegen Ende des letzten Jahrhunderts nahm die Dynamik der übergreifend als Globalisierung bezeichneten Tendenz zunehmender internationaler Verflechtungen in wichtigen Lebensbereichen wie Politik, Wirtschaft, Kultur und Umwelt deutlich an Fahrt auf. Wesentliche Voraussetzungen und Ursachen für die Globalisierung waren der technische Fortschritt mit Produkt- und Prozessinnovationen vor allem in Kommunikation und Transport durch die Verbreitung des Internets und die deutliche Zunahme des weltweiten Luftverkehrs sowie der flexiblen und zugleich effizienteren Transportmöglichkeiten für Güter und Dienstleistungen. Hinzu kamen die Internationalisierung und Liberalisierung von Handel und Produktion, die zunehmende Digitalisierung, neue Kommunikationsmittel und wachsender Migrationsdruck aufgrund von Bevölkerungswachstum, langwierigen Konflikten und ökologischen Herausforderungen.

3.1 Wachsende globale Gesundheitslast

Die mit der Globalisierung einhergehenden, teilweise massiven Veränderungen im täglichen Leben haben in allen Ländern der Welt erkenn- und messbare gesundheitliche Folgen

gezeigt. So erhöht die Beschleunigung des Alltags für viele Menschen den Leistungsdruck, erzeugt Stress und setzt viele Erwerbstätige großen direkten und indirekten Risiken aus. Die veränderte Arbeits- und Lebensweise mit ihren Folgen für die physische, psychische und soziale Gesundheit trägt zur globalen Angleichung des Krankheitsspektrums bei, was in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern mit einer doppelten Krankheitslast aufgrund des gleichzeitigen Auftretens von Infektions- und nicht übertragbaren Krankheiten verbunden ist (*GBD 2017 Causes of Death Collaborators 2018; GBD 2017 Mortality Collaborators 2018*).

Am offenkundigsten ist die zunehmend globale Bedeutung von gesundheitlichen Themen und Herausforderungen zwar bei den hochansteckenden, dramatischen Infektionskrankheiten, bei ihrer möglichen Verbreitung über den Globus und bei den damit verbundenen Bedrohungen des reichen Teils der Welt. Aus epidemiologischer Sicht viel bedeutsamer sind allerdings die sogenannten nicht übertragbaren, chronischen Erkrankungen, die in der Regel dauerhafte oder lebenslängliche Inanspruchnahme des Gesundheitswesens mit den entsprechenden Versorgungskosten für Betroffene und Systeme bedeuten (*Ramroth et al. 2014*). Trotz eines in diesem Ausmaß noch nie da gewesenen Wohlstandes nimmt die Ungleichverteilung des Zugangs zu Gesundheit eher zu als ab. Aus der extrem ungleichen Verteilung gesundheitlicher Probleme beziehungsweise der Krankheitslast über den Erdball ergeben sich besondere Herausforderungen für die globale Gesundheit. Als konsequente Weiterentwicklung von Public Health auf der internationalen Ebene bearbeitet Global Health nationale, regionale und internationale Gesundheitsprobleme, Determinanten und Lösungen in den verschiedenen für die Gesundheit direkt oder indirekt relevanten Sektoren und an deren Schnittstellen. Dies erfordert nicht nur interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Politik, Wissenschaft und Gesellschaft, sondern auch analytisches Verständnis der komplexen Zusammenhänge und ressortübergreifendes Handeln.

Das Konzept der globalen Gesundheit verfolgt einen umfassenden, ganzheitlichen, multi- beziehungsweise transdisziplinären und menschenrechtsbasierten Ansatz. Als Synthese von Public Health, der die internationale Ausrichtung fehlt, und International Health, die zwar einen länderübergreifenden Ansatz verfolgt, aber enger auf direkte Gesundheitspolitik abhebt und den Fokus auf Entwicklungszusammenarbeit und Tropenmedizin legt, schließt das Global-Health-Konzept ausdrücklich Gesundheitsprobleme jenseits des Einflusses einzelner Staaten ein und verfolgt einen explizit politischen Ansatz. Besondere Aufmerksamkeit gilt dabei Fragen und Herausforderungen der Governance, also der politisch verantwortlichen Steuerung der unterschiedlichen Akteure im Gesundheitswesen und in anderen relevanten Bereichen durch die öffentliche Hand.

3.2 Gesundheit für alle

Global Health schließt auch das Ziel „Gesundheit für alle“ ein, und zwar für alle Menschen weltweit, auf das sich die damals 134 Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation bereits vor vierzig Jahren im kasachischen Alma-Ata verständigt hatten (*WHO 1978*). Dieses Ziel ist aber bis heute eine Utopie geblieben, nicht zuletzt, weil selbst ernannte Pragmatiker das damals als Strategie verabschiedete Konzept der Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care), in dessen Mittelpunkt soziale Gerechtigkeit und demokratische Teilhabe standen, teilweise auf rentable medizinische Interventionen beschränken konnten. „Selective Primary Health Care“ schien die Lösung für armutsbedingte Krankheiten zu versprechen, ohne sich mit der Armut als struktureller Bedingung für Krankheit auseinandersetzen zu müssen (*Wulf 2003*).

Dieses Denken bestimmt bis heute das Handeln einflussreicher globaler Gesundheitsakteure. Auch Bill Gates, ehemaliger Microsoft-Mogul und heute über die gemeinsam mit seiner Ehefrau geführte Bill & Melinda Gates Foundation weltweit größter Financier von Gesundheitsprojekten in den armen Ländern der Welt, steht für diesen Ansatz. Als prominenter Gastredner auf der Weltgesundheitsversammlung 2005, dem höchsten Entscheidungsgremium der Weltgesundheitsorganisation (WHO), erklärte er vor den anwesenden Ministern und Regierungschefs: „Aber die Welt musste nicht die Armut beseitigen, um die Pocken zu beseitigen – und wir müssen die Armut nicht beseitigen, bevor wir die Malaria besiegen. Wir müssen einen Impfstoff herstellen und liefern – und der Impfstoff wird Leben retten, die Gesundheit verbessern und die Armut verringern“ (*Gates 2005*).

Die Aussage verdeutlicht zum einen den uneingeschränkten Glauben an die grenzenlose Heilkraft der Biomedizin, ist zum anderen aber nachvollziehbar bei einem der reichsten Menschen auf dem Globus. Denn die Überwindung der Armut ist nur über die Beseitigung des extremen Reichtums möglich. Umverteilung heißt das Zauberwort, das interessierte Kreise hierzulande gerne mit dem Begriff „Neiddebatte“ verunglimpfen. Strategien der Armutsbekämpfung müssen nicht auf „die Armen“ zielen, wie es Anfang des Jahrhunderts verräterisch in der Entwicklungszusammenarbeit hieß (*Alatas et al. 2012*), sondern auf die Reichsten der Reichen, also jenes eine Prozent der Weltbevölkerung, das heute über die Hälfte des weltweit verfügbaren Einkommens und Vermögens verfügt. Daran kann ein Bill Gates natürlich kein Interesse haben. Aber gerade die sozioökonomische Ungleichheit verstärkt die weltweite Armut (*Alvaredo et al. 2018*), ebenso wie sie sich negativ auf die Bevölkerungsgesundheit in Gesellschaften auswirkt (*Pickett und Wilkinson 2015*).

3.3 Überwindung globaler Ungleichheit

Gesundheitliche Gerechtigkeit als zentrales Moment von Global Health erfordert die Anerkennung von Gesundheit als Menschenrecht und öffentliches Gut. Dieses Verständnis tritt aber zunehmend in den Hintergrund, während ökonomische Interessen beziehungsweise die Vermarktungsfähigkeit an Bedeutung gewinnen. Zurzeit spielen vielerorts soziale Bewegungen eine stärkere Rolle bei der Er kämpfung gesundheitlicher Rechte als der Staat, der eigentlich für die Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit verantwortlich ist (*UN 2008*). Kernziel globaler Gesundheitspolitik muss die Verringerung beziehungsweise Überwindung der weltweit bestehenden Ungleichheiten sein. Sie steht damit in engem Zusammenhang mit den Nachhaltigen Entwicklungszielen (Sustainable Development Goals, SDG), auf die sich die internationale Gemeinschaft im Jahr 2015 einigte (*VN 2019*), und den Maßnahmen zur Umsetzung der Agenda 2030 (*BMZ 2019*). Ziel der von den Regierungen mit Beteiligung der Zivilgesellschaft in aller Welt entwickelten Agenda ist „weltweiter wirtschaftlicher Fortschritt im Einklang mit sozialer Gerechtigkeit und im Rahmen der ökologischen Grenzen der Erde“ (*BMZ 2019*). Bemerkenswert ist, dass die Agenda und damit die Nachhaltigen Entwicklungsziele den Anspruch verfolgen, für alle Staaten dieser Welt gleichermaßen zu gelten – zumindest abgesehen von so grundlegenden Problemen wie Hunger, Armut oder Mutter-Kind-Sterblichkeit (*Vandemoortele 2016*). Anders als bei den vorangegangenen Millenniumsentwicklungszielen (Millennium Development Goals, MDG) (*UN-Millenniumskampagne 2019*) sind also nicht mehr nur die Entwicklungs- und Schwellenländer gefordert, sondern auch die Industriestaaten.

3.4 Weniger Medizin, mehr Public Health

Gängige Definitionen verkürzen globale Gesundheit auf eine bloße, aktualisierte Neuauflage früherer Konzepte. Bis heute betrachten vor allem Akteure aus Medizin, Biotechnologie und Politik Global Health primär als Weiterentwicklung von International Health. Dieses Verständnis ist erkennbar durch das Erbe des Kolonialismus und westlich dominiertes Fachwissen über die „tropische“ Welt und ihre Herausforderungen geprägt (*Biruk 2019*). Insbesondere der offizielle Teil der globalen Gesundheitspolitik konzentriert sich auf grenzüberschreitende Gesundheitsprobleme und die Zusammenarbeit im Sinne der Gefahrenabwehr und entbehrt nicht selten eines politischen Verständnisses.

So wichtig eine gute medizinische Versorgung ist, sie hat doch geringeren Einfluss auf die gesundheitliche Lage von Menschen als die Lebensumstände. Ohne angemessene Berücksichtigung der sozialen Determinanten von Gesundheit, der Frage der Einkommensverteilung, der Lebens- und Arbeitsbedingungen, der Bildung, Umwelt und anderer gesell-

schaftlicher Bedingungen lässt sich die Gesundheit der Weltbevölkerung nicht nachhaltig verbessern (*DPGG 2018*). Darauf weist die Deutsche Plattform für Globale Gesundheit hin, ein Zusammenschluss von Gewerkschaften, Nichtregierungsorganisationen und Wissenschaftlern, der die Bedeutung der gesellschaftlichen Bedingungen von Gesundheit und Krankheit stärker in die nationale und internationale Gesundheitsdebatte einbringen und dabei die Trennung zwischen nationaler und globaler Gesundheitspolitik überwinden will. In der heutigen globalisierten Welt sind die wichtigsten Einflussfaktoren für Wohlbefinden und Gesundheit der Menschen zwar immer weniger allein auf nationaler Ebene steuer- und beeinflussbar. Es gilt aber auch: Globale Gesundheit fängt zu Hause an.

Um eine angemessene und wirksame globale Gesundheitspolitik zu entwickeln und durchzusetzen, braucht es erheblich mehr als biomedizinisch-klinische oder auch gentechnologische Lösungsansätze. Vertikale Programme oder die Entwicklung neuer Medikamente und Impfstoffe mögen hilfreich sein, sie ändern aber nichts an den grundlegenden Bedingungen und Gesundheitsproblemen der Welt. Globale Gesundheitspolitik muss nicht nur eine entscheidende Änderung des Verständnisses von Gesundheit bewirken und die Komplexität von Gesundheit in ihrer ganzen Breite und Vielfalt berücksichtigen; sie kann erst dann wirksam werden, wenn sie als Querschnittsthema in sämtlichen Politikbereichen anerkannt ist und sich eine „Health in All“-Politik durchgesetzt hat. Die Fokussierung auf Sicherheitsfragen und die Betrachtung von globaler Gesundheitspolitik als Mittel zur Wahrung von Besitzstand und Privilegien in der ungleichen Welt wird diesen Herausforderungen nicht ansatzweise gerecht. Globale Gesundheit braucht mehr Gesundheitsförderung als Krankheitswirtschaft, sie braucht gute Arbeits- und Einkommensverhältnisse für alle, Chancengleichheit, die Verringerung der sozioökonomischen und gesundheitlichen Ungleichheit, Ernährungssouveränität, verantwortungsvolle Umweltpolitik, soziale Sicherheit, Frieden, Demokratie und Partizipation (*DPGG 2014*).

3.5 Hegemonie in der globalen Gesundheit

Die historischen Wurzeln des vorherrschenden Verständnisses von Global Health stammen aus der Zeit des europäischen Kolonialismus und sind eng mit den Bestrebungen der Kolonialmächte verbunden, ihre Vormachtstellung und Interessen in den ehemals abhängigen Ländern und Regionen zu sichern. Dieser von Beginn an hegemoniale Ansatz und Anspruch von globaler Gesundheit ist bis heute immer wieder mehr oder weniger deutlich zu erkennen (*Guinto 2019*). Die ungleichen Machtverhältnisse waren in Zeiten des politisch und militärisch durchgesetzten Kolonialismus zwar unverblümt erkennbar und ideologisch durch rassische Überlegenheitsvorstellungen gedeckt, aber bis heute spiegelt Global

Health die ungleichen Beziehungen in der Welt und globale Ungleichheiten wider. Die wissenschaftliche Debatte über globale Gesundheit ist in erheblichem Maße von nordamerikanischen und europäischen Universitäten bestimmt, die auf diesem Gebiet die wesentliche Rolle spielen. Auch die politische Diskussion ist in starkem Maße von den Zusammenkünften der Staats- und Regierungschefs im Rahmen von G7 und G20 geprägt, die im Übrigen keine internationale Organisation darstellen und kein politisch legitimes Mandat jenseits der real existierenden Machtverhältnisse innehaben – ebenso wenig wie die philanthropischen Stiftungen, die den öffentlichen Haushalten der Länder des Nordens Steuern vorenthalten, aufgrund ihrer schieren Finanzstärke bei chronisch abgemagerten öffentlichen Haushalten die Global-Health-Agenda maßgeblich mitbestimmen und dabei die Privatisierung grundlegender Dienste in Gesundheit und Bildung durchsetzen (*People's Health Movement 2017, 263 ff.*).

3.6 Entkolonialisierung von Global Health

Es wächst die Kritik, Global Health sei in Wirklichkeit selbst ein ungleiches Projekt, das die Tradition des Kolonialismus fortsetzt (*Guinto 2019*). Dies zeigt sich zum einen bei der Analyse der vielfältigen globalen Partnerschaften im Bereich der Forschung und der Gesundheitsversorgung, die sich in den letzten Jahren vor allem zwischen Institutionen des Nordens und solchen des Südens entwickelt haben. Von derartigen Kooperationen profitieren in erster Linie die reichen Partner aus den Industrieländern, da meistens eine angemessene politische und gesellschaftliche Einbettung der Ergebnisse und Erfolge in die Systeme der Entwicklungs- und Schwellenländer fehlt (*Kenworthy et al. 2018*). Oft fließen die von den reicheren Partnern zur Verfügung gestellten Gelder auch an den nationalen Gesundheitssystemen vorbei oder die Projekte binden sogar zusätzliche Mittel, die nicht mehr für die Regelversorgung von Patienten in ländlichen Gebieten oder im ganzen Land zur Verfügung stehen (*Pfeiffer et al. 2008*). Letztlich reproduzieren viele solcher Partnerschaften die globalen Ungleichheiten im Zugang zu und bei der Nutzung von Ressourcen (*Fourie 2018*). Auch wenn die Ergebnisse der laufenden Evaluierung des Klinikpartnerschaftsprogramms der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz) (*Initiative Klinikpartnerschaften 2018*) noch ausstehen, ist davon auszugehen, dass dieses Vorhaben zur Stärkung der Nord-Süd-Kooperation die hegemoniale Beziehung zwischen reichem Norden und armem Süden nicht nennenswert verändern kann.

Am Nord-Süd-Gefälle hat die fortschreitende Globalisierung ebenso wenig geändert wie der angestrebte Paradig-

menwechsel in der Entwicklungs- beziehungsweise internationalen Zusammenarbeit, den die Pariser Deklaration zur Wirksamkeit der Entwicklungshilfe und der Aktionsplan von Accra einleiten sollten (*OECD 2005/2008*). In der Kooperation zwischen Institutionen aus einkommensstarken und ärmeren Ländern besteht in der Regel und fast unvermeidlich ein hierarchisches Verhältnis (*McCoy et al. 2008*). Nur allmählich entwickeln Wissenschaftler aus Entwicklungsländern eigene Anforderungen und Anpassungsprofile für den sinnvollen Austausch mit dem globalen Norden (*Ouma und Dimaras 2013*). Das teilweise als „medizinischer Neokolonialismus“ oder „neue Ära des Imperialismus“ (*Kenworthy et al. 2018; Kim et al. 2017, 402*) bezeichnete Verhältnis zwischen Institutionen in Nordamerika, Europa und Australien auf der einen und Forschungs- und Versorgungseinrichtungen in einkommensschwachen ehemaligen Kolonialländern auf der anderen Seite schlägt sich vielfach in einer als ahistorisch, unpolitisch und unkritisch bewerteten Zusammenarbeit nieder (*Harvard Chan Student Committee for the Decolonization of Public Health 2019*). Die Verbindung aus Hegemonie und Ungleichheit in der globalen Gesundheit zeigt sich auch darin, dass ein großer Teil der Finanzen für weltweite Gesundheitsvorhaben von ehemaligen Kolonialmächten oder philanthropischen Stiftungen kommt. Das ist angesichts der globalen Verteilung nicht verwunderlich und gut zu rechtfertigen. Problematisch ist dabei allerdings, dass die vom reichen Teil dieser Erde getragenen und dominierten Global-Health-Ansätze oft genau die Prozesse reproduzieren, die zu ihrem Wohlstand und damit zur extremen Ungleichverteilung geführt haben.

4 Fazit

In der globalisierten Welt ist globale Gesundheitspolitik eine bedeutende wie auch vielschichtige Querschnittsaufgabe. Es ist ermutigend, dass die weltweiten Zusammenhänge von Gesundheit in den vergangenen Jahren verstärkt in den Blick gerückt sind. Erforderlich ist ein menschenrechtliches Verständnis, das Gesundheit nicht als profitables Geschäftsmodell betrachtet, sondern als Anspruch jedes Menschen. Global Health muss auch die Ursachen der Verarmung des globalen Südens thematisieren, nämlich Kolonialismus, die auf kurzfristige Gewinnmaximierung orientierte Wirtschaftsordnung und die ökologische Ausbeutung insbesondere der natürlichen Ressourcen. Verantwortliche globale Gesundheitspolitik muss die Ursachen für die bestehenden Probleme angehen und darf sich nicht darauf beschränken, die Verhältnisse wiederherzustellen, die in die globale und planetare Gesundheitskrise geführt haben.

Literatur

- Alatas V et al. (2012):** Targeting the Poor: Evidence from a Field Experiment in Indonesia. *American Economic Review*, Vol. 102, No. 4, 1206–1240
- Alvaredo F et al. (2018):** World Inequality Report 2018. Paris: World Inequality Database; wir2018.wid.world
- Birm AE (2009):** The Stages of International (Global) Health: Histories of Success or Successes of History? *Global Public Health*, Vol. 4, No. 1: 50–68
- Biruk C (2019):** Review Essay: The Politics of Global Health. *Journal of the Association for Political and Legal Anthropology*, 8. Januar 2019; polar-journal.org/2019/01/08/review-essay-the-politics-of-global-health
- BMBF (Bundesministerium für Bildung und Forschung) (2015):** Globale Gesundheit im Mittelpunkt der Forschung. Förderkonzept: Vernachlässigte und armutsbegünstigte Krankheiten; gesundheitsforschung-bmbf.de → Gesundheit gestalten → Internationales – Globale Gesundheit
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2013):** Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen. Konzept der Bundesregierung; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Unsere Publikationen → Titel
- BMZ (Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) (2019):** Die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. bmz.de → Ministerium → Ziele → Agenda 2030
- Bradley D (1996):** Editorial: Change and Continuity in Tropical Medical Science and International Health. *Tropical Medicine & International Health*, Vol. 1, No. 1, 1–2
- Brown TM et al. (2006):** The World Health Organization and the Transition from “International” to “Global” Public Health. *American Journal of Public Health*, Vol. 96, No. 1, 62–72
- DPPG (Deutsche Plattform für Globale Gesundheit) (2014):** Globale Gesundheitspolitik – für alle Menschen an jedem Ort. Grundlagen für eine künftige ressortübergreifende Strategie für globale Gesundheit; plattformglobalesgesundheit.de → Hintergrund → 1. Oktober 2015
- DPPG (Deutsche Plattform für Globale Gesundheit) (2018):** Empfehlungen der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit für die Globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung; plattformglobalesgesundheit.de → Hintergrund → 3. September 2018
- Fourie C (2018):** The Trouble with Inequalities in Global Health Partnerships. *Medicine Anthropology Theory*, Vol. 5, No. 2, 142–155
- Garay J et al. (2013):** Global Health: Evolution of the Definition, Use and Misuse of the Term. *Face à face 12*; faceaface.revues.org/745
- Gates B (2005):** Prepared Remarks to the 2005 World Health Assembly. 16. Mai 2005; gatesfoundation.org/Media-Center → Speeches
- GBD (Global Burden of Disease) 2017 Causes of Death Collaborators (2018):** Global, Regional, and National Age-Sex-Specific Mortality for 282 Causes of Death in 195 Countries and Territories, 1980–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, Vol. 392, No. 10159, 1736–1788
- GBD (Global Burden of Disease) 2017 Mortality Collaborators (2018):** Global, Regional, and National Age-Sex-Specific Mortality and Life Expectancy, 1950–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, Vol. 392, No. 10159, 1684–1735
- Guinto R (2019):** #DecolonizeGlobalHealth: Rewriting the Narrative of Global Health. *International Health Policies Network*; internationalhealthpolicies.org → articles → February 11, 2019
- Hanefeld J (2014):** Globalisierung und das Recht auf Gesundheit. In: Razum O, Zeeb H, Müller O, Jahn A (Hrsg.): *Global Health. Gesundheit und Gerechtigkeit*. Bern: Verlag Hans Huber, 67–72
- Harvard Chan Student Committee for the Decolonization of Public Health (2019):** Decolonizing Global Health: A Student Conference at the Harvard T. H. Chan School of Public Health; www.hsph.harvard.edu/decolonization-of-public-health-so/
- Hein W, Kickbusch I (2009):** “Global Health Diplomacy” – Welche Rolle spielt Deutschland? *pulsb.de – Magazin für Akteure der Gesundheit*, Beiträge 01/09; <https://pulsb.de>
- Holst J, Razum O (2018):** Globale Gesundheitspolitik ist mehr als Gefahrenabwehr. *Das Gesundheitswesen*, Jg. 80, Heft 10, 923–926
- Horton R et al. (2014):** From Public to Planetary Health: A Manifesto. *The Lancet*, Vol. 383, No. 9920, 847
- Initiative Klinikpartnerschaften (2018):** Partner stärken Gesundheit; klinikpartnerschaften.de
- Institute of Medicine (1997):** America’s Vital Interest in Global Health: Protecting Our People, Enhancing Our Economy, and Advancing Our International Interests (1997). Washington DC: The National Academies Press; nap.edu/5717
- Jamison DT et al. (2013):** Global Health 2035: A World Converging within a Generation. *Lancet*, Vol. 382, No. 9908, 1898–1955
- Kenworthy N, Thomas LM, Crane J (2018):** Critical Perspectives on US Global Health Partnerships in Africa and Beyond. *Medicine Anthropology Theory*, Vol. 5, No. 2, i–ix
- Kim J et al. (2017):** A Time for New North-South Relationships in Global Health. *International Journal of General Medicine*, Vol. 10, 401–408
- Koplan JP et al. (2009):** Towards a Common Definition of Global Health. *The Lancet*, Vol. 373, No. 9679, 1993–1995
- McCoy D, Mwansambo C, Costello A, Khan A (2008):** Academic Partnerships between Rich and Poor Countries. *The Lancet*, Vol. 371, No. 9618, 1055–1056
- Min J, Zhao Y, Slivka L, Wang Y (2018):** Double Burden of Diseases Worldwide: Coexistence of Undernutrition and Overnutrition-Related Non-communicable Chronic Diseases. *Obesity Reviews*, Vol. 19, No. 1, 49–61
- Müller O, Jahn A, Gabrysch S (2018):** Planetary Health – Ein umfassendes Gesundheitskonzept. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 115, Heft 40, A 1751–1752, B 1473–1474, C 1459–1460; aerzteblatt.de → Archiv → Titel
- OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development) (2005/2008):** The Paris Declaration on Aid Effectiveness and the Accra Agenda for Action; oecd.org/dac/effectiveness/34428351.pdf
- Ouma B, Dimaras H (2013):** Views from the Global South: Exploring how Student Volunteers from the Global North Can Achieve Sustainable Impact in Global Health. *Globalization and Health*, Vol. 9, No. 32

People's Health Movement (2017): Global Health Watch 5.

An Alternative World Health Report. London: ZED Books

Pfeiffer J et al. (2008): Strengthening Health Systems in Poor Countries: A Code of Conduct for Nongovernmental Organizations. American Journal of Public Health, Vol. 98, No. 12, 2134–2140

Pickett K, Wilkinson R (2015): Income Inequality and Health: A Causal Review. Social Science & Medicine, Vol. 128, 316–326

Prescott S, Logan A (2019): Planetary Health: From the Wellspring of Holistic Medicine to Personal and Public Health Imperative. Explore, Vol. 15, No. 2, 98–106

Ramroth H et al. (2014): Nichtübertragbare Erkrankungen, Verletzungen und Unfälle. In: Razum O, Zeeb H, Müller O, Jahn A (Hrsg.): Global Health. Gesundheit und Gerechtigkeit. Bern: Verlag Hans Huber, 169–180

Scott H (1939): History of Tropical Medicine. Vol. I. London: Edward Arnold & Co

Schubert K, Bozorghmer K (2008): Neue Disziplin "Global Health" – Die Herausforderung der Globalisierung. Pulsb.de – Magazin für Akteure der Gesundheit; puls.de → Ältere Beiträge

Schütte S et al. (2018): Connecting Planetary Health, Climate Change, and Migration. The Lancet Planetary Health, Vol. 2, No. 2, E58–E59

Stuckler D, McKee M (2008): Five Metaphors about Global Health Policy. The Lancet, Vol. 372, No. 9597, 95–97

UN (United Nations) (2008): The Right to Health. Fact Sheet No. 31; ohchr.org → Publications and resources → Fact sheets

UN-Millenniumskampagne (2019): Die UN-Millenniumentwicklungsziele; www.un-kampagne.de/index-11305.php

Vandemoortele J (2016): SDGs: the Tyranny of an Acronym? Impakter, 13. September 2016; impakter.com/sdgs-tyranny-acronym

VN (Vereinte Nationen) (2019): Ziele für nachhaltige Entwicklung: 17 Ziele, die unsere Welt verändern; unric.org/de

WHO (World Health Organization) (1978): Erklärung von Alma-Ata. Internationale Konferenz über Primäre Gesundheitsversorgung,

Alma-Ata, UdSSR, 6.–12. September 1978, euro.who.int > Search

WHO (World Health Organization) (1999): Making a Difference. The World Health Report 1999. Genf: Weltgesundheitsorganisation; who.int/whr/1999/en/whr99_ch2_en.pdf

WHO (World Health Organization) (2018): World Health Statistics 2018: Monitoring Health for the SDGs. Sustainable Development Goals; who.int → Health Topics → Publications

WHO (World Health Organization) (2019): Global Health Observatory (GHO) Life Expectancy. Data; who.int/gho/mortality_burden_disease/life_tables/situation_trends/en

Wulf A (2003): Die Zukunft der Vergangenheit; medico.de/die-zukunft-der-vergangenheit-13689

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 21. März 2019)

DER AUTOR



Prof. Dr. med. Dr. PH Jens Holst,

Jahrgang 1958, hat ein Lehramtsstudium an der Westfälischen Wilhelmsuniversität Münster absolviert, anschließend Medizin an der Freien Universität Berlin und Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld studiert. Er arbeitet seit 1999 als selbstständiger Gutachter und Berater in der Entwicklungszusammenarbeit und seit vielen Jahren als Journalist für verschiedene Medien. Er unterrichtete ab 2002 regelmäßig an der Hochschule Magdeburg sowie wiederholt an anderen Universitäten im In- und Ausland, bevor er 2015 an die Hochschule Fulda wechselte. Dort hat er heute die Professur für Medizin mit Schwerpunkt Global Health inne.

Foto: privat