

Gesundheit und menschliche Grundbedürfnisse

Vortrag am 16. Januar 2003, Dr. Barbara Kloss-Quiroga

Einleitung

Am 28. Juni 2003 erschien in der TAZ¹ (die Tageszeitung) ein Beitrag über die aktuellen Weltreichtums- und Weltsozialberichte. Zwar werden laut dieser Berichte die Entwicklungsziele der Vereinten Nationen nicht erreicht, aber es gibt langsame, zum Teil globale, zum Teil lokale Tendenzen zu einer positiven Entwicklung. So verbesserte sich weltweit gesehen die Gesundheitssituation von Kindern im Hinblick auf ihre Sterblichkeit. 51 Länder für 20% der Weltbevölkerung konnten das für 2000 gesteckte Ziel einer Kindersterblichkeitsrate von 70/ 1.000 Kinder oder weniger erreichen. Allerdings ist die Sterblichkeit nur einer von mehreren Faktoren, die Gesundheitssituation einer Bevölkerung zu beurteilen. In weite Ferne rückte das Ziel, alle Menschen ausreichend zu ernähren. Nur 16 Ländern mit 11% der Weltbevölkerung gelang es, ihren Kalorienbedarf pro Kopf zu decken. In vielen afrikanischen ebenso wie in einigen asiatischen Ländern sind fast 50% der unter fünfjährigen Kinder unterernährt. Für 1,5 Milliarden Menschen hat sich die Situation der Versorgung mit Grundnahrungsmitteln, Wohnraum und Zugang zu sauberem Wasser seit 1995 verschlechtert. Während im den meisten Ländern der Zugang zu Familienplanung und Betreuung während der Schwangerschaft besser geworden ist, sind diese wichtigen Gesundheitsdienstleistungen für Frauen in China erheblich schwieriger erreichbar. Angesichts dieser Zahlen, ist die mit Ausnahme einiger Länder Afrikas allgemein gestiegene Lebenserwartung weltweit nur ein schwacher Trost.

Der hier vorliegende Beitrag soll einige Voraussetzungen für Gesundheit klären, an Beispielen global und lokale Dynamiken darstellen und Initiativen aufzeigen, die Gesundheit als gesamtgesellschaftliche Aufgabe wahrnehmen. Das Thema stellt Gesundheit in einen Zusammenhang mit den menschlichen Grundbedürfnissen und erwartet Antworten auf die Fragen von nachhaltiger Entwicklung von Gesundheit weltweit.

Was ist Gesundheit?

Woran denken wir, wenn wir über Gesundheit sprechen; welche Attribute gehören dazu, sich gesund zu fühlen? Die Antworten auf diese beiden Fragen werden bei unterschiedlichen Menschen auch unterschiedlich ausfallen. So ist für viele arme Menschen und besonders für Frauen in den armen Ländern Gesundheit gleichbedeutend mit Arbeitsfähigkeit, während in den reicheren Ländern westlicher Kulturen Gesundheit im Zusammenhang mit körperlicher Fitness gedacht wird und in den östlichen Kulturen Gesundheit auch immer die Harmonie von Körper und Geist bedeutet. Menschen, die sich selbst als glücklich betrachten, werden weniger krank und Menschen, die sich unglücklich fühlen, sind auch anfällig für Krankheiten.

¹ Die tageszeitung, 26. Juni 2003 Seite 4: Super arm und schrecklich reich, Katharina Koufen

In den reichen Ländern ist die Frage der „gesunden“ Ernährung zum Beispiel eine Frage nach ausgewogener Nahrung; in vielen armen Ländern dagegen geht es beim Thema Ernährung zu aller erst um die Anzahl der zum Überleben und zum körperlichen Funktionieren notwendigen Kalorienzufuhr. Gesundheit wird also in unterschiedlichen Zusammenhängen jeweils anders definiert.

Dennoch ist es notwendig, eine gemeinsame universale Definition zu finden, die die unterschiedlichen Anschauungen und Erfahrungen berücksichtigt.

Die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1948 formulierte Definition von Gesundheit² postuliert Gesundheit als soziales, mentales, psychisches und körperliches Wohlbefinden und stellt damit gleichzeitig das Individuum in den Zusammenhang mit seiner Umwelt. Neuere theoretische Modelle von Gesundheit bestätigen diesen Ansatz, machen aber gleichzeitig deutlich, dass der Gesundheitsbegriff auch immer von der jeweiligen konkreten, historischen, kulturellen und sozialen Situation, in der sich ein Mensch als Individuum befindet, unterschiedliche Ausprägungen hat.

Damit wird Gesundheit nicht nur ein individuelles sondern auch ein gesellschaftliches Gut.

Weiterentwickelt wurde die Definition der WHO in dem Primary Health Care (Basisgesundheitsversorgung) Konzept, das 1978 auf der Weltgesundheitskonferenz in Alma Ata von mehr als 140 Ländern unterzeichnet wurde. Seine Umsetzung wurde im wesentlichen als wichtig für die Länder der südlichen Hemisphäre betrachtet. Die Erklärung von Ottawa³ „Ottawa Charter“ von 1986 stellte den Gesichtspunkt der Gesundheitsförderung und der Prävention von Krankheiten in den Vordergrund und fand besonders in der „Gesunde Städte“ (Healthy Cities) Initiative ihre Entsprechung.

„Gesundheit ist das Ausmaß, mit dem ein Individuum oder eine Gruppe einerseits Vorstellungen verwirklichen und Bedürfnisse befriedigen kann, andererseits sich an die sich verändernde Umwelt anpassen kann. Gesundheit ist daher eine Ressource für das tägliche Leben, nicht ein Ziel des Lebens; es ist ein positives Konzept, das soziale und persönliche sowie auch körperliche Fähigkeiten einschließt.“ (Ottawa Charter WHO 1986)

International können wir uns bei dem Versuch, Gesundheit als Phänomen zu fassen, damit auf drei Konzepte stützen.

Gesundheit also auch abhängig von einer gesundheitsfördernden Lebenswelt. Diese basiert auf Frieden, Bildung, ausreichender Ernährung, ausreichendem Grundeinkommen, intakter Umwelt, sozialer Gerechtigkeit und Gleichberechtigung; Faktoren, die als Grundbedürfnisse für die menschliche Entwicklung definiert wurden und als Menschenrechte anerkannt sind. Auch hier sind ihre jeweiligen Definitionen abhängig von den historischen und kulturellen Werten einer Gesellschaft ebenso wie vom individuellen Empfinden.

Ein nachhaltiges Gesundheitskonzept kann nicht auf den Gesundheitssektor allein beschränkt werden. Es bettet das individuelle Gesundheitsverständnis ein in ökonomische, ökologische und soziale Nachhaltigkeit. In einer Welt, in der die sogenannten Industrieländer 75% des Reichtums besitzen, in der 20% der Weltbevölkerung gleichzeitig für 80% der globalen Umweltbelastungen verantwortlich ist, in der die wirtschaftlichen Bedingungen nach wie vor

² World Health Organisation: Basic Document, Geneva, 1982

³ Ottawa Charter for Health Promotion: An International Conference on Health Promotion, Ottawa, Ontario Canada, 1986

zum Wachstum von Armut führen statt sie zu verringern, ist Gesundheit Teil der ungleichen Verteilung der Ressourcen auf dieser Welt.

Determinanten von Gesundheit

Die Determinanten von Gesundheit und Krankheit⁴ betreffen nicht nur das Individuum sondern auch sein Verhältnis zur Gesellschaft und seiner engeren und weiteren Umwelt. Ansätze, Gesundheit als Ziel für alle Menschen global zu verwirklichen, müssen diesen komplexen Zusammenhängen gerecht werden.

Schaubild 1: Determinanten von Gesundheit und Krankheit

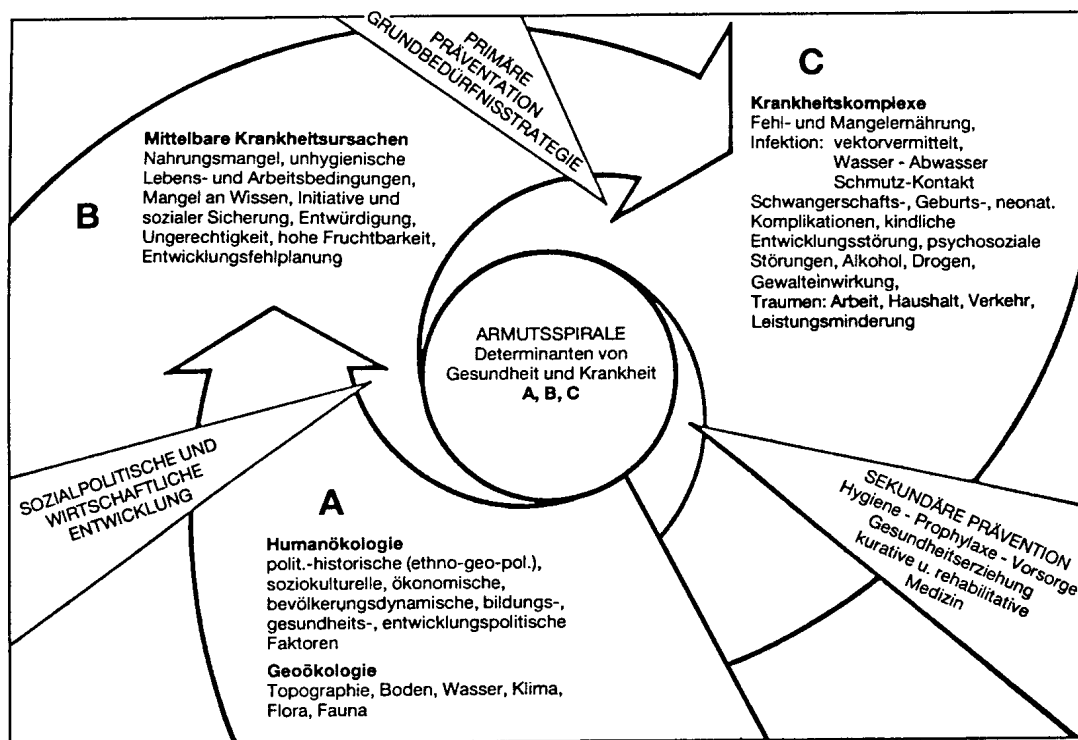


Abb. 1: Determination von Gesundheit und Krankheit [13].

Die Graphik veranschaulicht die unterschiedlichen Ebenen der Einflussfaktoren von Gesundheit und ihre Beziehung zu Armut. Grundlegende Bedingungen für Gesundheit werden durch die sozialpolitische und wirtschaftliche Entwicklung einer Gesellschaft geschaffen (A). Neben den klimatischen und umweltspezifischen Bedingungen einer Region gehören hierzu auch politische, historische und kulturelle Umfeld. Auf der zweiten Ebene der Einflussfaktoren, der Ebene der primären Prävention (B), finden wir alle Bedingungen wieder, die Ergebnis des jeweiligen sozialpolitischen und wirtschaftlichen Umfeldes einer Gesellschaft sind: Zugang zu Nahrung und Erziehung, Formen der Arbeitsbedingungen, Verteilung des gesellschaftlichen Reichtums. Erst auf der dritten Ebene (C) bestimmen die traditionellen krankheitsauslösenden Faktoren die Entwicklung.

⁴ Hans Jochen Diesfeld: Gesundheitsproblematik der Dritten Welt; Wissenschaftliche Buchgesellschaft (1989), S. 14

Das obige Schema macht die wichtige Rolle deutlich, die die primäre Präventionsebene bei der Verhütung von Krankheit und Aufrechterhaltung von Gesundheit spielt. Die dargestellten Faktoren werden allgemein als menschliche Grundbedürfnisse zusammengefasst.

Menschliche Grundbedürfnisse

Die Diskussion um die Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse ist eine entwicklungspolitische Diskussion der frühen 70er und 80er Jahre. Sie wurde geführt nachdem deutlich wurde, dass die ökonomische Entwicklung der armen Länder nicht durch einen einfachen Transfer aus den Industriestaaten bewerkstelligt werden würde. Zu den menschlichen Grundbedürfnissen zählen Frieden, Obdach und angemessene Wohnbedingungen, Erziehung und Bildung, Sicherung der Ernährung und Trinkwasserversorgung, das Recht auf Arbeit, Einkommen und Teilhabe an Ressourcen, ein stabiles Ökosystem, soziale Gerechtigkeit und Gleichberechtigung. An dieser Aufzählung wird schnell deutlich, dass heute selbst in den reichen Ländern des Nordens diese Bedürfnisse noch nicht für die gesamte Bevölkerung befriedigt sind, nicht zu reden von der großen Mehrheit der Menschen auf dieser Welt, die in absoluter Armut leben und für die keines dieser elementaren Bedürfnisse erfüllt ist.

Denken wir an die schwierige Verwirklichung von Frieden: die großen inneren und äußeren Flüchtlingsströme im afrikanischen Kontinent (Ruanda, Kongo, Somalia), im Kosovo und Albanien, in Tschetschenien. Die armen Länder tragen mit 11.790.000 Flüchtlingen im Vergleich zu 3.790.000 in den Industrieländern die Hauptlast der unzähligen Flüchtlingsströme. In Kolumbien kämpfen seit mehr als 50 Jahren Guerilla-Organisationen für eine gerechte Verteilung der Güter zwischen Arm und Reich, seit Jahrzehnten tobt der immer aussichtlosere Krieg zwischen Palästina und Israel, der die Hoffnung auf Versöhnung immer unwahrscheinlicher werden lässt. Gewalt und innere Machtkämpfe prägen zunehmend Situation in Afghanistan, an der auch die Invasion der US-amerikanischen Truppen nicht viel geändert hat; im Irak wird es noch lange dauern, bis wir von Frieden sprechen können.

Denken wir an die Obdachlosen in unseren Großstädten, an die vielen Menschen, die am Rande von Großstädten in Lateinamerika, Asien und Afrika in Slums wohnen, für die Formen der alltäglichen Gewalt zu den „normalen“ Lebensumständen gehören; denken wir an Frauen, die, um der häuslichen Gewalt zu entfliehen, in Frauenhäusern vorübergehend Zuflucht finden.

Denken wir an die vielen illegal in den Ländern lebenden Menschen, denen z.B. der Zugang zu ärztlicher Versorgung, zur angemessenen Ausbildung ihrer Kinder, zu gesunder Ernährung verwehrt ist. Der Anteil der unterernährten Kinder unter 5 Jahren beträgt z.B. in Malawi 30% in Äthiopien sogar 48%. Im Vergleich dazu sind die Daten für Nicaragua mit 12% und Costa Rica mit nur 5% ermutigend⁵.

Wie viele von uns fragen sich tagtäglich beim Einkauf der Lebensmittel, wann der nächste Skandal öffentlich wird: BSE ist nur ein besonders spektakuläres Beispiel für die vielfältigen Risiken, denen „moderne“ Menschen bei ihrer Ernährung ausgesetzt sind. Die Debatte um die Erlaubnis gentechnologisch veränderten Saatguts macht deutlich, dass unser individueller Entscheidungsspielraum mehr und mehr eingeengt wird.

Besonders für Mädchen in den armen Ländern ist der Zugang zu Bildung und Ausbildung nicht selbstverständlich. Mangelnde Bildung hat direkte Auswirkungen auf die Gesundheitssituation: die Mütter- und Kindersterblichkeit ist höher, wenn Frauen weder lesen noch schreiben können. Die Alphabetisierungsrate in vielen afrikanischen Ländern liegt oft

⁵ Weltentwicklungsbericht 2000/2001

nur knapp über 50% der erwachsenen Bevölkerung, wobei der Anteil der Frauen mit nur einem Drittel die Benachteiligung für die weibliche Bevölkerung besonders deutlich macht⁶. Selbst in dem hochentwickelten Deutschland zeigen die Ergebnisse der Pisa-Studie den Zusammenhang zwischen Armut, Ausgrenzung und unzureichender Bildung auf: Kinder aus nichtdeutschen Familien sind gegenüber Kindern aus deutschen Familien benachteiligt, Kinder aus reichen Familien haben bessere Bildungschancen als Kinder aus armen Familien.

Auch das Einkommen ist ungleich verteilt: während das Bruttonettoprodukt in US Dollar/Person im Jahr in Deutschland 25.350 beträgt, liegt es in Malawi nur bei 190 US Dollar. Im Vergleich dazu stehen Iran mit 1.760 und Marokko mit 1.200 US Dollar nicht so schlecht da. Costa Rica mit 2.740 im Vergleich zu Nicaragua mit 430 US Dollar gilt als wohlhabendes Land in Zentralamerika. Diese nationalen Durchschnittswerte berücksichtigen jedoch noch nicht die ebenfalls of extreme Ungleichverteilung des Einkommen in den Ländern selbst⁷.

Smog stellt in vielen Megastädten der Welt ein beständiges Gesundheitsrisiko dar: Mexiko, Bogota, Waldbrände um Moskau. Haut- und allergische Atemwegserkrankungen der Kinder und Erwachsenen, die auf Allergie erzeugende Stoffe in unserer Umwelt zurückzuführen sind. Die WHO schätzt, dass heute 1.1 Milliarden Menschen keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser haben. Ein Fünftel (20%) der Weltbevölkerung in den Ländern mit dem höchsten Pro/Kopf Verbrauch an organischen Brennstoffen erzeugt über 60% des gesamten Kohlendioxid-Ausstoßes. Der ökologische Fußabdruck der Menschheit ist um ein Vielfaches gestiegen: 86% des gesamten privaten Verbrauches entfallen auf die reichsten 20% der Weltbevölkerung während die ärmsten 20% nur 1.3% verbrauchen⁸.

Die Zahl der gesundheitlichen Beeinträchtigungen verursacht durch die Nichtbefriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse lässt sich beliebig erweitern und ist nicht nur eine entwicklungspolitische Diskussion sondern betrifft uns, die wir im „reichen“ Norden leben, ebenso unmittelbar wie die Menschen im „armen“ Süden.

Gesundheitsrisiken

Globale Gesundheitsrisiken

Weltweit können wir allgemeine Gesundheitsrisiken identifizieren und gleichzeitig feststellen, dass auch diese ungleich verteilt sind. Umweltbedrohungen wie z.B. das Ozonloch wirken sich über den Ländern der südlichen Hemisphäre stärker aus als in den Ländern der nördlichen Hemisphäre, die einen hohen Anteil der Verantwortung für diese Bedrohung tragen. Allerdings haben neuere Untersuchungen der NASA eine Verkleinerung des Ozonlochs über der Antarktis festgestellt⁹ und sehen diese im Zusammenhang mit dem Verbot der Produktion von Fluor-Chlor-Kohlenwasserstoffen in der EU und der Erderwärmung in der Antarktis. Aber auch andere Umweltbedrohungen wie ausgedehnte Waldbrände, Überschwemmungen oder Dürren bedrohen große Bevölkerungsgruppen in ihren Lebensräumen und ihrer individuellen Gesundheit.

Die Verschwendung von Ressourcen wie Nahrungsmitteln, Treibstoffen und anderen Gütern findet hauptsächlich in den Ländern der nördlichen Hemisphäre statt. Allerdings steigt auch der Verbrauch in den armen Ländern –hier ist ein Beispiel die undiskriminierte Abholzung

⁶ Bericht über die menschliche Entwicklung, UNDP, 1996

⁷ Bericht über die menschliche Entwicklung, UNDP, 1996

⁸ UN Weltbevölkerungsbericht 2001

⁹ Die Welt, 2. 10. 2002

von Wäldern, die zu immer größeren Erosionen führen und der in diesen Gegenden lebenden Bevölkerung die Basis für den Anbau von Nahrungsmitteln nimmt- und führt zu steigender globaler und lokaler Umweltbelastung.

Weltweit steigt die Mobilität, sei es im Zusammenhang mit dem wachsenden Fern-Tourismus, sei es auf Grund von bewaffneten Auseinandersetzungen besonders in den armen Ländern des afrikanischen Kontinents. 20 Millionen Menschen sind heute vertrieben aus Gründen von Kriegen, Umweltkatastrophen oder wegen ökonomischen Zusammenbrüchen. Über 40 Millionen Menschen reisen jährlich und tragen so zur Verbreitung von Infektionen und Krankheiten bei, die vorher lokal beschränkt waren.

Wir leben in einer Welt, die uns Entwicklung oder Rückschritt ermöglicht. Die zunehmende Globalisierung nicht nur der Möglichkeiten sondern auch der Risiken vernetzt diese in großem Maßstab. Dies hat Auswirkungen nicht nur in ökonomischer Hinsicht, sondern auch für Gesundheitsrisiken, wie oben dargestellt.

Bevölkerungswachstum und Gesundheit

Ein weiterer Faktor, der nach wie vor kontrovers und leidenschaftlich diskutiert wird, stellt die Gesundheitsdiskussion in den Zusammenhang zum Bevölkerungswachstum im globalen Maßstab. Seit Malthus wird das Bevölkerungswachstum als Bedrohung für ausreichende Nahrung, Platz und Energie gesehen.¹⁰ Die Weltbevölkerung wächst, aber sie wächst in regional unterschiedlicher Ausprägung. In Ländern mit hohem Bevölkerungsanteil wie China (Bevölkerung 1.280,7 Mil.) wird das Wachstum um ein Vielfaches schneller sein als in bevölkerungsarmen Ländern wie Namibia (Bevölkerung 1,8 Mill.). In den kommenden Jahren wird der größte Zuwachs (97%) der Weltbevölkerung in denjenigen Ländern der Welt erfolgen, in denen Armut und Arbeitslosigkeit Strukturelemente sind. Der Anteil Afrikas an der Weltbevölkerung wird von heute 13% auf 22% im Jahr 2050 angestiegen sein. Auch die Alterstruktur der Weltbevölkerung wird trotz der Bedrohung durch HIV/AIDS wachsen und global neue Herausforderungen im Hinblick auf das Profil der gesundheitlichen Risiken und dem Umgang mit ihnen stellen. Der Anteil der über 60 jährigen wird von heute 9% auf 21% im Jahr 2050 steigen. Steigendes Lebensalter bedeutet auch höhere Kosten im Krankheitsfall, die durch die bestehenden Gesundheitssysteme abzudecken sind. In Westeuropa fallen 70% der Krankheitskosten nach dem 65sten Lebensjahr an¹¹. Sinkende Geburtenraten verteilen die notwendige Finanzierung der immer teurer werdenden Alterssicherung auf immer weniger Personen. Wo in früheren Jahren viele junge Menschen für die individuelle Pflege der Alten in den Familien selbst aufkamen, hat der gesellschaftliche Strukturwandel in den industrialisierten Ländern dazu geführt, dass Alterssicherung ein Problem des Einzelnen wird und über staatliche oder private Systeme finanziert wird. Der „Generationenvertrag“ ist durch die Bevölkerungsentwicklung, wie sie sich zur Zeit in Nordeuropa darstellt, in Frage gestellt. Die Diskussionen in Deutschland um die Gesundheits- und Rentenreform machen dies sehr deutlich.

In den armen Ländern haben wir parallel zum Problem der steigenden Lebenserwartung und dem damit verbundenen wachsenden Spektrum chronischer Krankheiten zusätzliche Faktoren, die die globale Krankheitsbelastung erhöhen: 2 Millionen Kinder sterben jährlich an Krankheiten, die zu verhüten gewesen wären, 7.5 Millionen sterben wegen mangelnder

¹⁰ An Essay on the Principle of Population As it affects the future improvement of society with remarks on the speculations of Mr. Godwin, M. Condorcet, and other writers, by T. Robert Malthus (1798)

¹¹ Veeba Soni Raleigh, Centre for Public Health Monitoring, LSHTN, London, BMJ.com ; 1999

Gesundheitsversorgung der Mutter im Zusammenhang mit der Geburt, 200 Millionen Kinder sind unterernährt und 30 Millionen Abtreibungen jährlich sind Ursache hoher Müttersterblichkeit und schwerwiegender gesundheitlicher Beeinträchtigungen der Frauen. Die Müttersterblichkeit ist in armen Ländern bis zu 250 mal höher als in reicheren Ländern. Auch hierin drückt sich die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheit in der Welt aus.

Krankheit und Gesundheit

Die wachsende Globalisierung bringt nicht nur die Menschen näher zueinander, sondern fördert auch die Ausbreitung von Krankheiten in Regionen, in denen diese bisher nicht vorkamen: Touristen bringen Malariaerkrankungen von ihren Reisen mit, das Ebola-Fieber, obwohl eine relativ seltene und nicht hoch infektiöse Krankheit, wird durch die Schwere seiner Auswirkungen in Europa plötzlich zu einem ernststen Gesundheitsproblem. Weltweit lässt sich im Zusammenhang mit der HIV/AIDS Epidemie ein Anstieg von Tuberkulose-Erkrankungen beobachten.

Dennoch sind nach wie vor die Krankheiten, die für die meisten Menschen auf der Welt totbringend sind, zwei Krankheiten, die uns Nordeuropäern eher nicht gefährlich erscheinen: Durchfallerkrankungen und Lungenentzündungen (wobei die jüngste SARS Epidemie auch dieses wieder relativiert hat). Weltweit stehen Mangelernährung, Mangel an sauberem Trinkwasser und fehlende Abwasserversorgung sowie ungeschützter Sex an erster Stelle, wenn es um Ursachen für die globale Krankheitsbelastung (DALY¹²) geht. Die Länder des Südens, die armen Länder, sind nach wie vor mit Infektionskrankheiten, Problemen der reproduktiven Gesundheit und Mangelernährung konfrontiert, die zu hoher Mütter- und Kindersterblichkeit führen; gleichzeitig müssen sie aber auch mit der zunehmenden Anzahl von chronischen Krankheiten als Folge der gestiegenen Lebenserwartung und traumatischen Erkrankungen als Folgen von Verstädterung, Bürgerkrieg und Flüchtlingsbewegungen fertig werden (s.o.). Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebserkrankungen, neuropsychiatrische Probleme und Verletzungen werden die Hauptursachen für Behinderung und vorzeitigen Tod in den meisten Regionen der Welt darstellen.

Auf internationaler Ebene führen globale Umweltrisiken zu zusätzlichen Gesundheitsgefährdungen; als Beispiel sei das Ozonloch genannt, dessen hauptsächliche Verursacher nicht diejenigen Länder sind, die unter der gefährlichen Strahlung leiden und in denen das Hautkrebsrisiko ansteigt. Ein anderes Beispiel ist der Tabakgebrauch, der zwar in einigen Industrieländern tendenziell sinkt, dafür in vielen armen Ländern zunehmende Gesundheitsgefährdungen für weite Bevölkerungsgruppen darstellt. Der Handel mit Tabak trägt dazu bei, dass im Jahr 2050 die Zahl der dem Tabakkonsum zuzurechnenden Toten weltweit 12 Millionen betragen wird. Der Konsum illegaler Drogen wie Heroin und Kokain ist in den vergangenen 20 Jahren weltweit 10fach größer geworden und gefährdet besonders junge Menschen. Gesundheitsdienste sind darüber hinaus nicht immer und überall für die gesamte Bevölkerung zugänglich. Auch hierin zeigen sich große Unterschiede zwischen armen und reichen Ländern und in den Ländern selbst im Hinblick auf ungleiche Verteilung zwischen Stadt und Land¹³.

Nicht angepasste Medizintechnologie in den armen Ländern schadet durch fehlerhafte Anwendung mehr als dass sie nutzt und verschlingt große Anteile der sowieso schon geringen Gesundheitsbudgets in den Ländern¹⁴.

¹² disability adjusted life years

¹³ Julio Frenk et.al.; The Future of World Health: The New World Order and International Health; BMJ 1997;314;1404

¹⁴ Julio Frenck, Center for Health and the Economy, Mexican Health Foundation, BMJ.com; 1997

Nicht nur die Verteilung und Erreichbarkeit sondern auch die Qualität der Gesundheitsdienste beeinträchtigen Prävention und Behandlung von Krankheiten. In den armen und ärmsten Ländern werden die sowieso schon schwachen Gesundheitssysteme durch das Anwachsen von chronischen Krankheiten bei gleichzeitigem Weiterbestehen der Infektionskrankheiten (s.o.) vor ungeahnte Probleme gestellt. Ein wichtiger Indikator für die Qualität der Dienste ist die Müttersterblichkeit. Hier haben wissenschaftliche Untersuchungen bewiesen, dass die (strukturelle und personelle) Erreichbarkeit der Dienste und die damit einhergehende Möglichkeit zur vorgeburtlichen Beratung und Verfügung der Dienste bei unvorhergesehenen Komplikationen während der Geburt einen wichtigen Faktor zur Verhinderung von Müttersterblichkeit darstellen. Die Müttersterblichkeit beträgt z.B. in Äthiopien, wo für 14.286 Menschen nur eine Krankenpflegekraft zur Verfügung steht, 1.400/100.000, während sie in Costa Rica nur 25/100.000 beträgt. Hier ist das Verhältnis des Krankenpflegepersonals pro Bevölkerung mit 1:2.222 wesentlich günstiger. Ähnliches gilt für das Verhältnis von Ärzten zur Bevölkerungszahl. Die mögliche positive Auswirkung einer größeren Dichte von Krankenpflegepersonal und damit der Erreichbarkeit der Gesundheitsdienste sehen wir, wenn wir im Vergleich zu Äthiopien Malawi heranziehen: Auf 1.800 Menschen kommt hier eine Krankenpflegekraft; die Müttersterblichkeit ist mit 620/100.000 um mehr als die Hälfte niedriger als in Äthiopien¹⁵.

An drei besonders wichtigen Krankheiten soll kurz ein Vergleich zwischen armen und reichen Ländern geführt werden. Im Juli 2000 hat die UNO Sondersitzung in New York den Global Fund for TB, Malaria and HIV/AIDS gegründet. Dieser spezielle Fond hat die Aufgabe drei Hauptursachen für die globale Krankheitsbelastung im internationalen Maßstab zu bekämpfen.

Von den ca. 54 Millionen Toten/ Jahr weltweit sterben 1 Million an Malaria, 1,7 Millionen an Tuberkulose und mehr als 3 Millionen an AIDS. AIDS ist die Haupttodesursache bei Infektionskrankheiten und steht an vierter Stelle weltweit nach Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall und akuten Atemwegserkrankungen. In den von AIDS am stärksten betroffenen Ländern ist die Lebenserwartung bei Geburt um 28 Jahre im Durchschnitt zurückgegangen.

Tuberkulose

In den kommenden Jahren rechnet die WHO mit einer Milliarde Neuinfektionen an Tuberkulose, mit 200 Millionen Neuerkrankungen und mit 70 Millionen Toten. Diese Zahlen stehen im Zusammenhang mit der Ausbreitung der HIV/AIDS Epidemie auf der einen Seite und dem Verfall der Gesundheitssysteme in den ehemals sozialistischen Staaten. So hat die Tuberkulose in Russland und Rumänien inzwischen wieder epidemische Ausmaße angenommen.¹⁶

Malaria

90% der Menschen, die an Malaria sterben, leben in Afrika. Malaria ist die Haupttodesursache für Kinder unter 5 Jahren (20%). 40% der gesamten Kosten im öffentlichen Gesundheitsdienst werden für die Behandlung von Malaria aufgebracht: ca. 12 Milliarden US Dollar.

HIV/AIDS

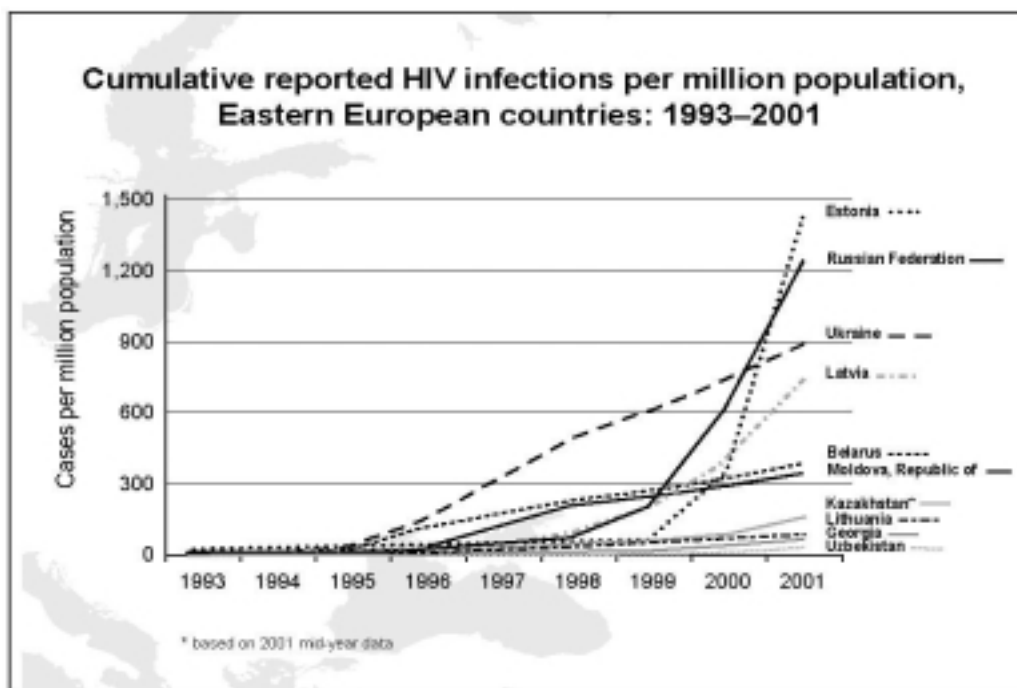
Ende 2002 lebten nach Schätzungen 42 Millionen Menschen mit HIV/AIDS, gab es ca. 5 Millionen Neuinfektionen und 3,1 Millionen Tote auf Grund von HIV/AIDS. 2000 der 14.000 Neuinfektionen täglich betreffen Kinder unter 15 Jahren. Von den restlichen 12.000 sind fast

¹⁵ Weltentwicklungsbericht 2000

¹⁶ World Socialist Website, Juli 1999

die Hälfte Frauen und ebenso die Hälfte Menschen zwischen 15 und 24 Jahren. Die künftige Generation wird hier ein vielfach schwereres Erbe zu übernehmen haben, als dies heute denkbar erscheint. Dies gilt sowohl im Hinblick auf die wirtschaftlichen Auswirkungen als auch auf die Auswirkungen auf die sozialen Versorgungssysteme. Sub Sahara Afrika ist mit ca. 30 Millionen der am stärksten betroffene Kontinent. Allerdings entwickelt die Epidemie in den asiatischen Ländern, besonders Indien und China, und in den Ländern des ehemaligen Ostblocks trotz noch relativ geringer absoluter Zahlen eine Dynamik, die mittelfristig Afrika in den Schatten stellen könnte.

Schaubild 2: Cumulative Reported HIV Infections per Million Population Eastern European Countries: 1993 - 2001



Source: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS surveillance in Europe. End-year report 2001. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire, 2001. No.66

Zusätzlich zu der hohen Belastung durch Malaria, Tuberkulose und HIV/AIDS stellen die nach wie vor hohen Geburtenraten, inadäquate Mutter-Kind-Dienste, sexuell übertragbare Krankheiten, Abtreibungen, mangelnder Zugang zu Familienplanungsdiensten und die fortbestehenden Geschlechter-Ungleichheit die wesentlichen Hindernisse für eine nachhaltige Entwicklung dar. Sowohl im globalen als auch im nationalen Maßstab tragen diese Faktoren zur wachsenden Krankheitsbelastung bei¹⁷.

Gesundheitsfördernde Lebensbedingungen

¹⁷ Veena Soni Raleigh, World Population and Health in Transition, BMJ 1999; 319; 981-984

Bevor wir beginnen können uns mit den Voraussetzungen für gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu befassen, müssen wir uns damit auseinandersetzen, wie allgemein Krankheit entsteht und an welchen Schnittstellen Interventionsmöglichkeiten bestehen.

Schaubild 3: Schematic Representation of the Natural History of Disease¹⁸.

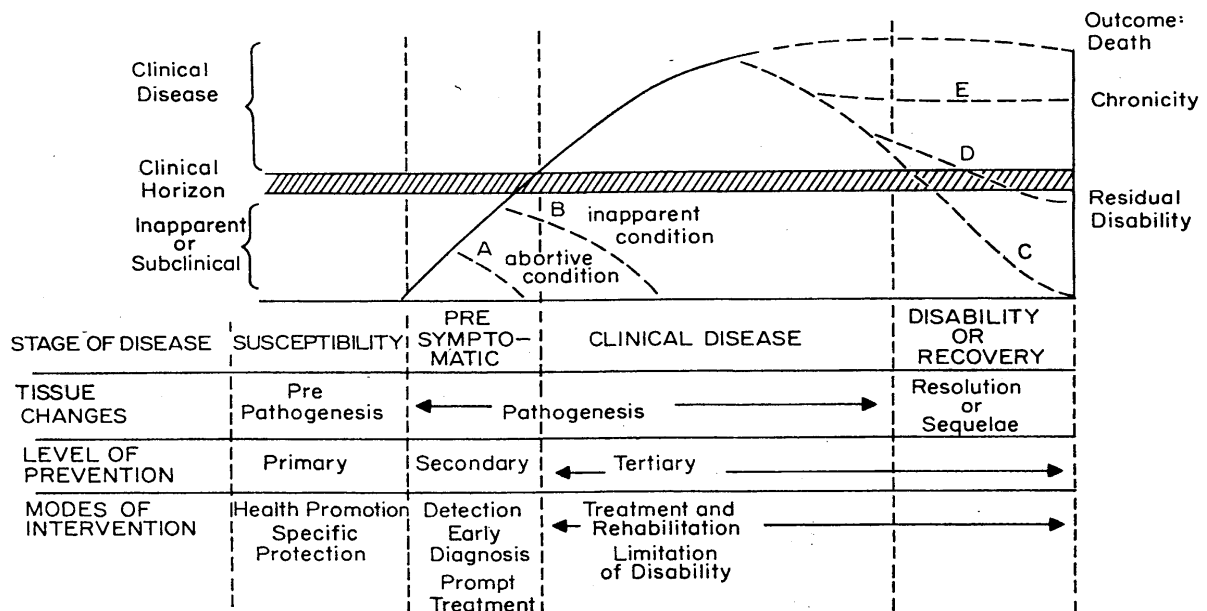


Figure 1-3 Schematic representation of the natural history of disease.

*Mausner and Bahn,
Epidemiology*

Ähnlich wie die Spirale der Determinanten von Gesundheit und Krankheit auf gesellschaftlicher Ebene (s.o.) veranschaulicht die Graphik, dass präventive Maßnahmen wie Gesundheitsaufklärung und spezifischer Gesundheitsschutz die Entstehung von individuellen Krankheiten verhindern können. Beispiele für solche Maßnahmen sind Gesundheitserziehung in den Schulen und Kampagnen zur Verminderung des Tabakkonsums zur Vorbeugung von Lungenkrebs oder zur Benutzung von Kondomen beim Geschlechtsverkehr zur Verhinderung einer Infektion mit dem HI Virus. Dazu gehören auch spezifische Arbeitsschutzmaßnahmen z.B. im Baugewerbe, in der Industrie oder an Computerarbeitsplätzen. Auch alle Impfprogramme gehören zum spezifischen Gesundheitsschutz.

Auf der zweiten Präventionsebene kann noch durch Früherkennungsdiagnostik und zeitnahe Behandlung der Krankheitsverlauf so entscheidend beeinflusst werden, dass ein Ausbruch verhindert oder stark abgemildert werden kann.

Sowohl für das Individuum als auch für eine gesamte Bevölkerung sind diese Maßnahmen unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten als die effektivsten zu betrachten. Lebensqualität und wirtschaftliche Produktivität bleiben erhalten und können sich weiter entwickeln.

Auf der dritten Präventionsebene werden wir mit dem Krankheitsausbruch konfrontiert. Behandlung der akuten Krankheit und die Wiederherstellung der Gesundheit stehen hier im

¹⁸ Mausner and Bahn: Epidemiology, an Introductory Text, S. 13; Mausner and Kramer, 1985

Vordergrund, in schweren Fällen sogar die Verringerung der eingetretenen langfristigen gesundheitlichen Behinderung. Krankenhausaufenthalte, teure Medikamente, Rehabilitationsmaßnahmen, langdauernder Arbeitsausfall sind die Folgen. In besonders schweren Fällen kommt es zum Tod.

Dieser natürlichen Entwicklung von Krankheit folgend bestehen die effektivsten Interventionen in der ersten und zweiten Präventionsebene. Interventionen auf diesen Ebenen können gesundheitsfördernde Lebensbedingungen bewirken.

Diese zu erreichen, hat WHO im Mai 1998 eine neue internationale Gesundheitspolitik¹⁹ formuliert, die 10 globale Gesundheitsziele benennt. Diese Ziele lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen:

- Die Gesundheitssituation global stärken
- Die Determinanten von Gesundheit verbessern
- Die Entwicklung von nachhaltigen Gesundheitssystemen fördern

Die Gesundheitssituation global stärken

Die chronische Mangelernährung bei Kindern soll verringert werden, Müttersterblichkeit und Kindersterblichkeit gemildert, die Lebenserwartung weiter gesteigert werden. Der globale Trend bei Tuberkulose, Malaria und HIV/AIDS eingedämmt und umgekehrt werden. Krankheiten verursacht durch Tabakkonsum, Gewalt und Traumen sollen vermindert werden.

Die Determinanten von Gesundheit verbessern

Zugang zu sauberem Wasser, sanitären Anlagen, Nahrung und Obdach soll bis 2020 verbessert werden, gesundheitsfördernde Maßnahmen sollen bis dahin eingeführt sein.

Entwicklung nachhaltiger Gesundheitssysteme fördern

Nationale Politiken sollen gestärkt werden, der Zugang zu Gesundheitsdiensten verbessert werden, globale und nationale Gesundheitsinformationssysteme sollen die Datenbasis für politische und fachliche Entscheidungen verbessern, Gesundheitsforschung soll unterstützt werden.

Ein Ansatz gesundheitsfördernder Lebensbedingungen ist das Gesunde-Städte-Netzwerk. Hierzu bedarf es expliziten politischen Willens und breiter Unterstützung der Bevölkerung. Die Probleme, die in vielen Ländern die rasche Urbanisierung mit sich bringt, haben auch das Thema Gesundheit in den Städten stärker in den Vordergrund der Diskussion gerückt. Seit Ende der Achtziger Jahre hat die Weltgesundheitsorganisation das Thema städtische Gesundheit (1986) im Zusammenhang mit der Strategie „Gesundheit für Alle“ und der Ottawa Charter für Gesundheitsförderung priorisiert. Viele Städte sind dem raschen Anwachsen ihrer Bevölkerungen durch Landflucht, Flüchtlingsströme und andere sowohl im Hinblick auf ihre physische wie auch die soziale Infrastruktur nicht gewachsen. Die vorhandenen Gesundheitsdienste können den steigenden Bedarf nicht befriedigen, Slumgürtel in der Peripherie der Städte haben weder sauberes Wasser noch entsprechende Abwasserversorgung. Müllentsorgung wird ein wachsendes Problem, das auch zu Beeinträchtigungen der Gesundheit der Bevölkerung führt. Grundwasser wird durch leichtsinnige Entsorgung gefährlicher Stoffe verunreinigt. Das Zusammenleben vieler Menschen auf engem Raum und reduzierten Bedingungen führt zu Gewalt,

¹⁹ World Health Assembly, Resolution WHA 51.7 In: Health for All Policy for the Twenty First Century, Geneva: WHO 1998

Kindesmissbrauch, dem Zusammenbruch sozialer Netzwerke in Zusammenhang mit Migration. Infektionskrankheiten breiten sich unter solchen Bedingungen besonders leicht aus. Wir kennen die immer schwerwiegender verlaufenden Grippe-Epidemien aus unseren Ländern. In den südlichen Ländern steigt die Tuberkulose wieder, wir hören von Dengue-Fieber Epidemien, HIV/AIDS nicht nur bei Hochrisikogruppen wie Prostituierten sondern zunehmend auch bei Männern und in steigendem Maße bei Frauen und Kindern sind schwerwiegende Probleme, gerade auch der städtischen armen Bevölkerung, geworden, auf die es noch keine befriedigenden Antworten gibt. Psychische Gesundheitsprobleme nehmen überall auf der Welt in den Städten zu.

Vor diesem Hintergrund versucht das „Gesunde Städte Netzwerk“ die Städte menschenfreundlicher zu machen und Strategien zu entwickeln, die sich gesundheitsfördernd auf die städtischen Bevölkerungen auswirken. In Deutschland wurde 1989 das Gesunde Städte Netzwerk gegründet. Bis heute nehmen 52 Städte, darunter Heidelberg, an diesem Netzwerk teil, mit dem Ziel durch eine ausdrückliche politische Verpflichtung und intersektorale Arbeit unter Beteiligung der Bevölkerung die Umweltbedingungen und die Gesundheitssituation der Bevölkerung in den Städten zu verbessern.

Offene Fragen

Im Dezember 2001 hat die WHO den Bericht einer Expertenkommission veröffentlicht, die Gesundheit in den Zusammenhang mit makroökonomischer Entwicklung stellt. Das bisherige Paradigma, Gesundheit als abhängige Größe wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung zu sehen wird hier auf den Kopf gestellt. Gesundheit wird als entwicklungsfördernder Faktor beschrieben und entsprechend postuliert. Die hieraus abgeleiteten Schlussfolgerungen gehen von Gesundheit als Produktivkraft aus, die wichtige Voraussetzung für wirtschaftliche Entwicklung ist. Nach einer jahrelangen entwicklungspolitischen Diskussion um wirtschaftliche Entwicklung als Voraussetzung für die Entwicklung einer gesunden Gesellschaft wird nun argumentiert, das eine gesunde Gesellschaft Voraussetzung für wirtschaftliche Prosperität ist. Sicher kann hier niemand eine uni-kausale Reihe postulieren, wirtschaftliche Entwicklung und die Entwicklung gesunder Gesellschaften bedingen sich gegenseitig. Der Bericht rückt die „andere Seite der Medaille“ wieder stärker in den Vordergrund.

Gleichzeitig wirft diese Betrachtungsweise von Entwicklung viele offene Fragen auf:

1. Wie sollen höhere Investitionen in gesellschaftliche Gesundheit in Zeiten wirtschaftlicher Krisen nicht nur in den armen Ländern finanziert werden?
2. Das Global Programme on Malaria , Tuberkulose und HIV/AIDS bekämpft weltweit drei Krankheiten, die eine hohen Anteil an der globalen Krankheitsbelastung haben. Allein die finanzielle Absicherung dieses Programms ist nicht langfristig gewährleistet. Was soll im Hinblick auf die vielen regional unterschiedlichen Krankheiten passieren, die die Gesundheitssituation lokal belasten und wirtschaftliche Entwicklung gefährden?
3. Das Ausmaß des Impakts von HIV/AIDS ist bisher noch gar nicht vollständig erfasst. Gerade in Osteuropa und den asiatischen Ländern stellt nur dieses Problem neben vielen anderen die nationalen Gesellschaften vor nicht gelöste Probleme. Positive Entwicklungen vergangener Jahre wie höhere Lebenserwartung, geringere Mütter- und Kindersterblichkeit, werden durch die Belastung durch HIV/AIDS möglicherweise zunichte gemacht. Welche Alternativen bieten sich den nationalen Regierungen?
4. Hohe Fruchtbarkeitsraten, hohe Kindersterblichkeit und mangelnde Bildung von Mädchen stehen in einem direkten Zusammenhang. Wie sollen in Gesellschaften mit

traditioneller Bevorzugung von Jungen wie in vielen asiatischen Gesellschaften Erziehung und Bildung von Mädchen sowie die Verbesserung ihres gesellschaftlichen Status durchgesetzt werden?

5. Wie können Änderungen in der Problemsicht von Politikern und internationalen Organisationen weltweit bewirkt werden, damit die für die Entwicklung von Gesundheit als Wirtschaftsfaktor notwendigen Mittel dafür wirklich bereitgestellt werden? Auch wenn die vom Bericht errechnete Summe von 27 Milliarden/Jahr weltweit noch lange nicht die für militärische Interventionen zur Verfügung stehenden Summen erreicht, hat Gesundheit als Wirtschaftsfaktor heute noch nicht die politische Lobby, die sie braucht.

Das globale politische Klima steht zur Zeit noch einer konstruktiven Beantwortung dieser offenen Fragen entgegen. Wie schon 1978 bei der Verabschiedung des Primary Health Care Konzeptes auf der Weltgesundheitskonferenz in Alma Ata gilt der Satz von Halfdan Mahler²⁰:

Sind die Regierungen bereit,

- Gesundheit als Teil der gesamten sozioökonomischen Entwicklung zu fördern?
- Prioritär Ressourcen in den peripheren sozialen Bereichen bereitzustellen?
- Gemeinden zu mobilisieren, um ihre volle Teilhabe zu gewährleisten?
- Notwendige Veränderungen im bestehenden Gesundheitssystem einzuführen?
- Den politischen und technologischen Kampf zur Überwindung von Hindernissen und Widerständen zu führen?

Zusammenfassung

Gesundheit ist ein umfassendes Konzept, das sowohl individuelle als auch gesellschaftliche, ökologische wie ökonomische Faktoren einschließt. Es ist daher ein dynamisches Konzept, das unterschiedliche regionale und historische Ausprägungen erfährt. Dennoch gibt es universelle international anerkannte Kriterien und Definitionen, die eine allgemeine Einschätzung der Gesundheitssituation einer Bevölkerung erleichtern. Dazu gehört die Definition der WHO, die Gesundheit als physisches, psychisches und soziales Wohlbefinden beschreibt. Die Befriedigung der Grundbedürfnisse ist eine wichtige Voraussetzung für Gesundheit. Allerdings weisen große regionale und im Stadt-Land-Verhältnis in den einzelnen Ländern selbst bestehende Unterschiede auf die ungleiche Verteilung von Gesundheit und Krankheit sowie die zur Bekämpfung von Krankheit zur Verfügung stehenden Ressourcen hin.

Nach wie vor stehen in den armen Ländern Todesursachen auf Grund von vermeidbaren Krankheiten an erster Stelle, auch wenn Krankheiten des höheren Lebensalters gerade wegen der gestiegenen Lebenserwartung die Menschen und die Gesundheitssysteme besonders belasten. Große Unterschiede zwischen arm und reich akzentuieren die ungleiche Verteilung nicht nur des Reichtums sondern auch der globalen Krankheitsbelastung auf der Welt. Während hohes Bevölkerungswachstum, steigende Armut und wirtschaftliche Krise die Aussichten für Gesundheitsentwicklung in den armen Ländern weiter verdüstern, stellen niedrige Geburtenraten, steigendes Lebensalter und hohe Krankheitskosten in den reichen Ländern deren Gesundheitssysteme zunehmend vor Finanzierungsprobleme. Die HIV/AIDS Pandemie kann in reichen Ländern durch den Zugang zu Medikamenten zu einer

²⁰ Alma Ata 1978, Primary Health Care, WHO, Geneva, 1978

Beeinträchtigung der Lebensqualität führen, während sie in armen Ländern noch vielfach das Todesurteil für einen Menschen bedeutet.

Internationale Organisationen wie die WHO und UNAIDS haben mehrfach Initiativen ergriffen, die Verbesserung der Gesundheitssituation in der Welt auch international auf die politische Agenda zu setzen, zuletzt mit dem WHO Bericht „Makroökonomie und Gesundheit“, der Gesundheit als Entwicklungsfaktor und nicht nur als ein Ergebnis von Entwicklung sieht. Gesunde Städte Netzwerke sind kollektive Initiativen gesundheitsfördernde Lebensbedingungen zu schaffen und damit auf der Ebene der primären Prävention wirksam zu werden. Nach wie vor können die offenen Fragen zum Thema Gesundheit und nachhaltige Entwicklung jedoch nur beantwortet werden, wenn ein expliziter politischer Wille die notwendige Lobbyarbeit unterstützt und ermöglicht.

Referenzen

Schwartz, Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen, Urban und Schwarzenberg 1998, Kap. 2, 6,7,9

Diesfeld et al., Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern, Springer 2001, Kap. 1 und 3

www.who.dk/eprise/main/WHO/Progrs/UrbanHealthTopics

Soziale und demographische Daten zur Weltbevölkerung, Deutsche Stiftung Weltbevölkerung, 2002

<http://bmj.com/content/full> , Veena Soni Raleigh, World Population and Health in Transition, BMJ 1999; 319:981-984

<http://bmj.com/contents/full> , Loes M van Herten, Harry P A van de Water, New Global Health for All targets, BMJ 1999; 319:700-703

<http://bmj.com/cgi/content/full> , Julio Frenk, Jaime Sepúlveda, Octavio Gómez-Dantés, Michael j Mc Guinness, Felicia Knaul; The Future of World Health: The New World Order and International Health

DSW newsletter, Januar/Februar 2002: Gesundheit zahlt sich aus

www.who.int/hpr/archive/docs/almaata.html

www.uni-ulm.de/public_health/old/who_ottawa_1986.html

www.gla.ac.uk/departments/generalpractice/int_library.htm

http://www.well.com/user/bbear/hc_articles.html

www.psych.uni-potsdam.de/lehre/s2001/differentie-psychologie-v/pdf/Gesundheit.pdf

www.schulnetz.ch/unterrichten/Agenda21/nachhalt/nhome.htm

hss.ulb.uni-bonn.de:90/uholtz/lehmaterial/mc_lehrmaterial/menschenrechte%20und%20entwicklung.pdf