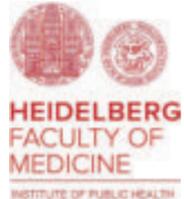


Ein Studium der Medizin sowie anderer gesundheitswissenschaftlicher Fächer bietet zahlreiche Möglichkeiten für Auslandsaufenthalte, ob für ein Praktikum, eine Famulatur, einen Freiwilligendienst, ein Auslandssemester oder ein Forschungsprojekt. Gut vorbereitet kann eine solche Zeit eine große Bereicherung auf verschiedenen Ebenen darstellen. Diese Broschüre enthält daher neben praktischen Hinweisen zu der Planung und Durchführung eines Auslandsaufenthaltes Hintergrundinformationen zu verschiedenen Aspekten globaler Gesundheit.

Unterstützt von:



Herausgegeben von:

360° Eine Einführung in die Globale Gesundheit als Vorbereitung auf Auslandsaufenthalte

EINE EINFÜHRUNG IN DIE GLOBALE GESUNDHEIT
ALS VORBEREITUNG AUF AUSLANDSAUFENTHALTE

Inhalt

1. Einleitung	02
Karin Geffert, Franziska Hommes, Wiebke Klock, Amir Mohsenpour, Peter von Philipsborn, Jan Stratil	

Teil 1 – VORBEREITUNG

2. Planung und Vorbereitung des Auslandsaufenthaltes	04
Karin Geffert und Wiebke Klock	

3. Motivation und Reflexion	11
Jan Stratil, Wiebke Klock und Amir Mohsenpour	

4. Kultur, Gesundheitsverständnis und Besonderheiten der klinischen Praxis	19
Jan Stratil, Franziska Hommes und Susanne Hausmann	

TEIL 2 – HINTERGRUND

5. Die globale Krankheitslast – Gesundheit und Krankheit im internationalen Vergleich ...	29
Peter von Philipsborn und Wiebke Klock	

6. Armut, Entwicklung und Gesundheit	37
Peter von Philipsborn und Mathias Krisam	

7. Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich	45
Peter von Philipsborn, Amir Mohsenpour und Anna Brägelmann	

8. Kontroversen und Konflikte zu Themen der Globalen Gesundheit	51
Peter von Philipsborn, Franziska Hommes und Jan Stratil	

Teil 3 – NACH DER RÜCKKEHR

9. Nach der Rückkehr: Wie geht es weiter	67
Franziska Hommes und Karin Geffert	

Anhang

Anhang 1: Zum Weiterlesen

Anhang 2: Arbeitsblätter zur Vor- und Nachbereitung



Kapitel 1

Einleitung

.....

Auslandsaufenthalte während oder vor dem Studium, sei es für einen Freiwilligendienst, einen Studienaustausch oder einen Forschungsaufenthalt, bieten viele besondere Möglichkeiten: Als eine Zeit, in der die eigene Weltsicht durch neue Erfahrungen und Perspektiven herausgefordert wird und die zum Nachdenken und Reflektieren anregt. Als Zeit intensivsten Lebens und Erlebens sowie persönlicher Entwicklung. Als Zeit, in der man nicht nur LernendeR ist, sondern auch BotschafterIn zwischen verschiedenen Lebenswelten. Als Zeit, in der man Erfahrungen sammelt, die einen besseren Austausch über Grenzen hinweg und zwischen Kulturen ermöglichen können.

Gerade für Medizinstudierende und andere fachlich mit Gesundheit Befasste bieten Auslandsaufenthalte besondere Chancen: Eine Tätigkeit im Gesundheitssektor erlaubt es oft, vor Ort sehr unmittelbar mit Menschen in Kontakt zu kommen und viel über ihre Lebensbedingungen und -vorstellungen zu lernen. Allein über Programme der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) reisen jedes Jahr rund 350 Medizinstudierende für Praktika in Krankenhäusern ins Ausland. Zahlreiche weitere nehmen an Forschungs- und Projektaufenthalten teil. Und die Zahl derer, die Famulaturen, Pflegepraktika oder Aufenthalte während des Praktischen Jahres selbst organisieren oder mit Freiwilligenprogrammen ins Ausland gehen, ist noch einmal um ein Vielfaches größer.



In den letzten Jahren scheint dabei nicht nur das generelle Interesse an Auslandserfahrungen zugenommen zu haben, sondern auch die Anzahl der Studierenden, die sich für Aufenthalte in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen entscheiden.

Diesen großen Chancen stehen Schwierigkeiten gegenüber, die dazu führen können, dass Auslandsaufenthalte schon vor Beginn zu scheitern drohen oder hinter den skizzierten Möglichkeiten zurückbleiben. Bei der Planung und Vorbereitung gilt es, praktische Probleme zu bewältigen sowie formelle und informelle Hürden zu überwinden. Vor Ort kann die Andersartigkeit eher als befremdlich denn als bereichernd erlebt werden. Eine Dichotomie zwischen dem „uns hier“ und „denen dort“ kann einen konstruktiven Dialog behindern. Falsche oder unrealistische Vorstellungen von dem „Dort“, den „Anderen“, ihren Nöten und Bedürfnissen können zu Enttäuschungen auf beiden Seiten führen. Trotz - oder gerade aufgrund - idealistischer Ziele und dem Wunsch zu helfen und zu verbessern ist manchmal das Gegenteil von Gut nur gut gemeint.

Die vorliegende Broschüre soll dabei helfen diese Schwierigkeiten und Diskrepanzen zwischen Ideal und Realität zu überbrücken. Sie liefert praktische Hinweise und Hintergrundwissen, die es möglich machen sollen, während des Auslandsaufenthalts in möglichst großem Maße von den erlebten Komplexitäten und Kontrasten zu lernen.



Sie soll dabei helfen Probleme zu vermeiden und zu überwinden und Denkanstöße geben, damit der eigene Auslandsaufenthalt für alle Beteiligten eher Nutzen als Schaden bringt.

Bislang existierte neben dem 2009 von der Studierendeninitiative *Globalisation and Health Initiative* (GandHI) herausgegebenen Informationsheft „Hier&Dort. Einblicke in die Globale Gesundheit“ keine weitere deutschsprachige Lektüre dieser Art. Daher wird mit dieser Veröffentlichung, die von „Hier&Dort“ inspiriert wurde, eine weitere Möglichkeit für Studierende der Medizin und anderer Fachbereiche geschaffen, sich mit Themen globaler Gesundheit auseinanderzusetzen und sich gezielt auf Auslandsaufenthalte vorzubereiten.

Unter globaler Gesundheit verstehen wir dabei die wissenschaftliche und praktische Beschäftigung mit Gesundheit in einem in mehrfacher Hinsicht umfassenden Sinne: Soziale, wirtschaftliche, kulturelle und politische Determinanten, die Krankheit und Gesundheit in Bevölkerungen formen und die selbst durch die Interdependenzen einer globalisierten Welt beeinflusst werden, stehen hierbei im Zentrum der Betrachtung. Weiter verstehen wir Gesundheit als ein Menschenrecht, das allen Menschen weltweit gleichermaßen zusteht und dessen Verwirklichung Austausch, Verantwortung und Zusammenarbeit über Grenzen hinweg erfordert.

Mit dem Titel „360°“ möchten wir die weltoffene Perspektive betonen, die dieser Vorbereitungslektüre auf Auslandsaufenthalte - ganz unabhängig von der Wahl des bereisten Kontinents, des Landes und der Region - zugrunde liegen soll. Ein Verständnis für globale und lokale Strukturen und vor allem ein weiter, offener Blick für die Vielfalt, die Komplexität und die Kontraste dieser Welt sind zugleich Bedingung und Ziel einer langfristigen Auseinandersetzung mit Erfahrungen im Bereich Globaler Gesundheit.

.....
Würzburg, Aachen, Heidelberg, München und Tübingen, im Juli 2017

Karin Geffert, Franziska Hommes, Wiebke Klock, Amir Mohsenpour, Peter von Philipsborn und Jan Stratil

Kapitel 2

Planung und Vorbereitung des Auslandsaufenthalts

Ein Praktikum im Ausland zu organisieren fällt oft nicht leicht. Besonders beim ersten Anlauf erscheinen die Hürden hoch und die Auswahl an Möglichkeiten ist kaum zu überblicken. Deswegen wollen wir in diesem ersten Kapitel einige Hilfestellungen und Tipps für die Suche geben.

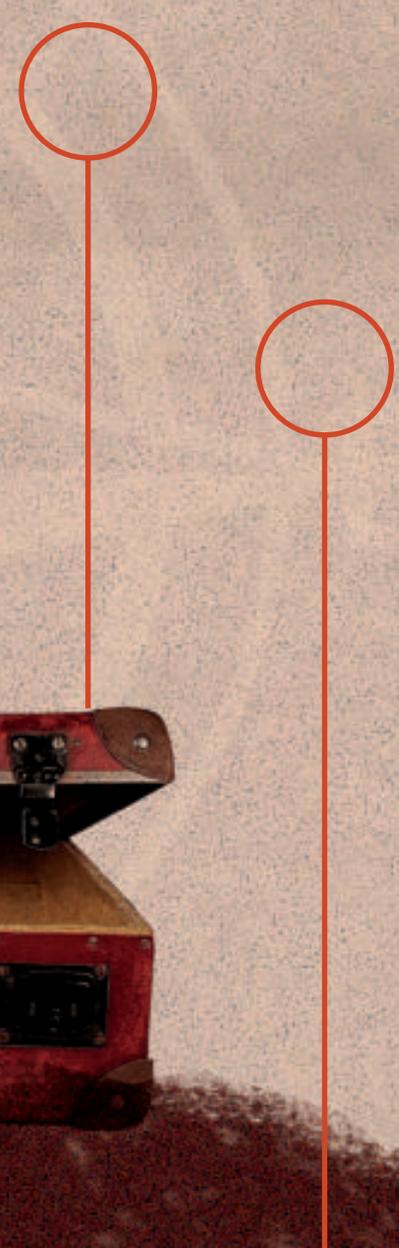
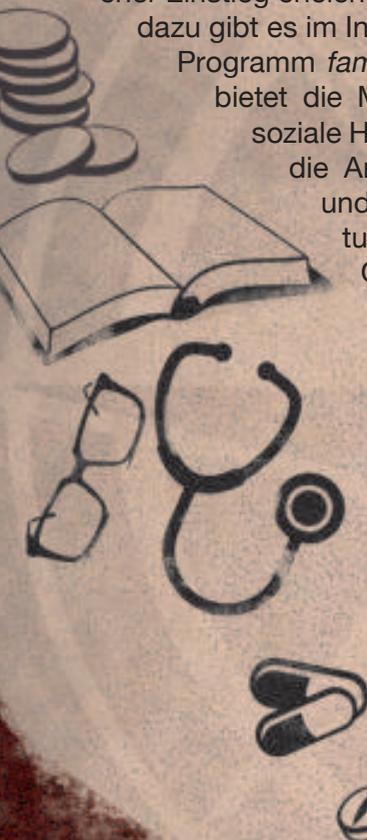
Zu Anfang macht es Sinn, sich genauere Gedanken über die eigene Motivation für einen Auslandsaufenthalt zu machen (siehe Kapitel 3). Dies ermöglicht es, die unzähligen Auswahlmöglichkeiten auf einen kleineren Kreis an möglichen Zielorten zu reduzieren.

Über die *bvmd* gibt es die Möglichkeit, mit dem Famulatur-, Forschungs- oder dem Public Health Austausch an bi- und unilateralen Austauschprogrammen teilzunehmen. Nach einer erfolgreichen Bewerbung wird neben dem Famulaturplatz, der Unterkunft und einem kleinen Taschengeld von Studierenden vor Ort auch ein *social program* angeboten, mit dem mancher Einstieg erleichtert werden kann. Informationen dazu gibt es im Internet unter www.bvmd.de. Das Programm *famulieren&engagieren* der IPPNW bietet die Möglichkeit, geschichtliche und soziale Hintergründe eines Landes durch die Arbeit in einem sozialen Projekt und einer anschließenden Famulatur kennenzulernen.

Oft hat auch die Heimatuniversität Partnerschaften mit anderen Universitäten im Ausland, mit denen leichter Kontakt aufgenommen werden kann. Je nach Universität werden Austauschprogramme auch mit Stipendien unterstützt. Darüber hinaus gibt es im

Internet unzählige Datenbanken und Berichte, mit deren Hilfe Krankenhäuser gefunden werden können, die besonders gut für Famulaturen geeignet sind. Doch da die Berichte oftmals wenig aktuell und die dort geteilten Erfahrungen meist sehr subjektiv sind, kann diese Suche auch mühselig werden.

Handelt es sich bei dem geplanten Auslandsaufenthalt um ein Pflegepraktikum, eine Famulatur oder das Praktische Jahr (PJ), sollte früh Kontakt zu dem Krankenhaus der Wahl aufgenommen werden. Je nach Krankenhaus kann es längere Wartezeiten von neun bis zwölf Monaten für Praktikumsplätze geben.



Praktische Tipps

Sprachliche Vorbereitung

Häufig werden die Sprache des besuchten Landes und das medizinische Vokabular nur eingeschränkt beherrscht. Ein gewisses Grundvokabular ist jedoch sowohl im Krankenhaus als auch für den gesamten Aufenthalt erforderlich. Dafür lohnt es sich, vor dem Antritt der Reise Sprachkenntnisse zu erwerben und ein kleines Wörterbuch mitzunehmen. Für viele Fremdsprachen gibt es mittlerweile spezielle Wörterbücher mit medizinischem Vokabular.

Visum

Im Internet findet man Informationen über die jeweiligen Visabestimmungen im Zielland. Um das nötige Visum sollte man sich möglichst frühzeitig kümmern, die Bearbeitungszeit kann einige Wochen bis Monate dauern.

Gesundheit und Sicherheit

Das Auswärtige Amt bietet online zu jedem Land aktuelle Informationen über die Sicherheitslage sowie zur reisemedizinischen Vorsorge. Weitere Informationen und spezielle Impfungen erhält man bei der nächstliegenden tropenmedizinischen Einrichtung. Auch die Frage hinsichtlich des Versicherungsstatus im Ausland und eventuell nötiger Zusatzversicherungen sollte rechtzeitig geklärt werden. Ebenfalls ist es empfehlenswert, die Adresse der zuständigen Botschaft in dem jeweiligen Land für den Notfall herauszusuchen.

Finanzierung

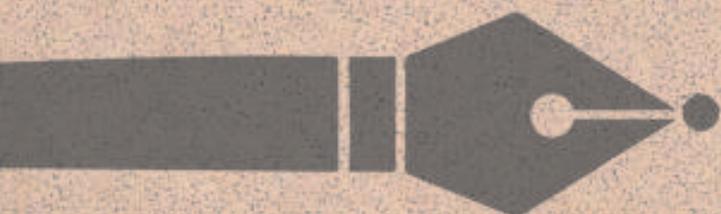
Unterschiedliche Organisationen bieten die Möglichkeit zur finanziellen Unterstützung des Auslandsaufenthalts (Achtung: Meist sind Anmeldefristen einzuhalten). Neben der bvmd bietet der Deutsche Akademische Austauschdienst (DAAD) Reisestipendien für Aufenthalte ab sechs Wochen an.

Gebühren

In weiten Teilen der Welt ist es üblich für die eigene Aus- und Fortbildung (inklusive Praktika und teilweise sogar für die Assistenzarztausbildung) zu bezahlen. Da die Einrichtungen im Ausland oft durch die Betreuung von Studierenden mehr Aufwand haben (wie auch in Deutschland), ist das Einfordern einer Gebühr für die Ausbildung nichts Ungewöhnliches. Es ist daher sinnvoll, sich vor dem Auslandsaufenthalt über mögliche Kosten zu informieren, um vor Ort keine unangenehme Überraschung zu erleben.

Anerkennung

Es lohnt sich, vor der Abreise Kontakt zu der zuständigen Behörde aufzunehmen, die sich um die Anerkennung des Praktikums an der Heimatuniversität kümmert. Das kann bei einer Famulatur das Landesprüfungsamt und beim PJ das Prüfungsamt der eigenen Universität sein. Außerdem haben mittlerweile fast alle Universitäten MitarbeiterInnen, die Studierende hinsichtlich der Möglichkeiten von Famulaturen, Auslandssemestern und dem PJ beraten. Dies kann bei vielen Fragen hinsichtlich Bewerbung, Anerkennung der praktischen Leistung, finanzieller Unterstützung und Anderem hilfreich sein.



Fachliche Vorbereitung

Eine gute Vorbereitung stellt eine Hospitation in dem Fachbereich dar, dem man sich im Ausland widmen möchte. Wenn das nicht möglich ist, helfen Literaturrecherche und die Aneignung von theoretischem Fachwissen. Es ist empfehlenswert, bereits eine Famulatur im Heimatland absolviert zu haben, bevor es ins Ausland geht.

Von den Erfahrungen und (subjektiven) Eindrücken anderer Studierender, die bereits vor Ort waren, kann man profitieren. Im Internet gibt es viele Datenbanken mit Erfahrungsberichten, ebenso wie auf der Webseite der bvmd oder an der eigenen Universität.

Dresscode

Je nach Land kann es wichtig sein, einen gewissen Dresscode für die Arbeit im Krankenhaus zu beachten. Eine kleine Recherche im Voraus erspart wohlmöglich die ein oder andere unangenehme Situation.

Hilfesstellung für Begrifflichkeiten

Famulatur und PJ = internship/clinical elective/clinical rotation

Pflegepraktikum = patient care training/nursing rotation

.....

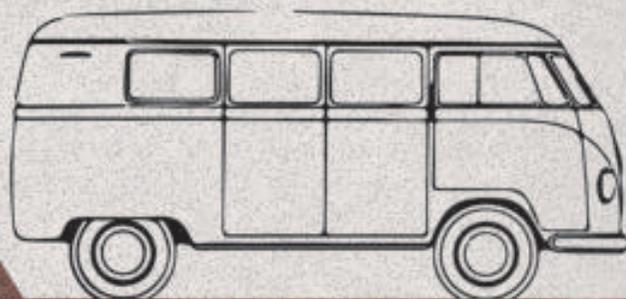
Vor einer Reise oder einem Praktikum im Ausland ist es sinnvoll, sich gut über das Gesundheitssystem und aktuelle medizinische Probleme im Reiseland zu informieren. Dabei ist es ratsam, eine genauere Recherche anzustellen und nicht nur auf die Informationen zu vertrauen, die viele herkömmliche Reiseführer bieten.

Es ist außerdem nicht verkehrt, sich über das deutsche Gesundheitssystem zu informieren, da häufig danach gefragt wird und ein Austausch und eine Diskussion über verschiedene Systeme dann natürlich interessanter und fruchtbarer ist. Einige Anregungen dafür haben wir im Anhang gesammelt.

.....

Die Suche nach Publikationen

Es ist nicht einfach, Publikationen zu aktuellen Gesundheitsproblemen und der medizinischen Versorgung in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen zu finden. Das kann verschiedene Gründe haben: In Ländern mit geringem Einkommen und somit auch geringem Steueraufkommen wird Forschung oft wenig bis gar nicht bezuschusst, öffentliche Gelder werden eher für die primäre Gesundheitsversorgung oder eine Verbesserung der Infrastruktur ausgegeben. Somit sind auch Gelder zur Unterstützung von ForscherInnen begrenzt. Die Zahl der Krankenhäuser, die eine Versorgung auf tertiärer Ebene (Maximalversorgung, in der Regel Universitätskliniken) anbieten, ist ebenfalls oft begrenzt. All diese Faktoren erschweren das internationale Publizieren.



Solange von Geldgebern angenommen wird, dass die LeserInnen der größeren Wissenschaftsjournale wenig Interesse an den Problemen einkommensschwächerer Länder haben, bleibt es schwierig, Investoren für Forschungsprojekte zu finden. Außerdem machen die oft hohen Zugangsgebühren einiger Journale eine Publikation für viele Menschen unerschwinglich. So kann Forschung in einigen Ländern kaum oder nur langsam voranschreiten. Umso wichtiger ist es deshalb, dass wir Interesse für die Gesundheitsprobleme und die Herausforderungen des Gesundheitswesens zeigen, um die Unterstützung wissenschaftlicher Projekte in allen Ländern zu fördern.

Wie findet man Informationen?

Je nach Ziel des Auslandsaufenthalts ist es von Bedeutung, zwischen simpler Informationssuche zu dem jeweiligen Land und der Suche nach Daten für eventuelle Forschungsprojekte zu unterscheiden.

Um trotz der oben genannten Schwierigkeiten fündig zu werden, muss eine gründliche Literaturrecherche durchgeführt werden. Kleinere Organisationen und Universitäten stellen häufig ebenfalls nützliche Informationen zur Verfügung. Dabei beziehen sie sich oft auf andere Artikel, Buchkapitel oder Reports. Hier ist etwas Vorsicht geboten, da die einzelnen Informationen aus sehr vielen unterschiedlichen Quellen zusammen getragen wurden. Eine umfassende Reflexion über den Ursprung des Artikels oder die Motivation hinter der Veröffentlichung kann deshalb sehr wichtig sein.

Während des Auslandsaufenthalts kann deutlich werden, dass der Gastgeber nur limitierten Zugang zu Informationen über den aktuellen Stand der Wissenschaft hat. Aufgrund von möglicherweise begrenzten Recherche-ressourcen im Gastgeberland ist eine gute Vorbereitung umso wichtiger.

Außerdem ist es möglich, dass das Personal im Gesundheitswesen seine Entscheidungen nicht immer anhand der neuesten wissenschaftlichen Erkenntnisse fällen kann. Einige Initiativen, wie beispielsweise das *Hinari Access to Research for Health Programme* der Weltgesundheitsorganisation, haben sich zum Ziel gesetzt, den Zugang zu Informationen für Länder mit geringem Einkommen zu verbessern.



Daten zu Entwicklung und sozialer Situation

Auswärtiges Amt - Zentrale des auswärtigen Dienstes, die Informationen über die Außenpolitik Deutschlands sowie umfangreiche Informationen zu allen Staaten der Welt direkt zugänglich macht. www.auswaertiges-amt.de

Die Webseite der **Gapminder Foundation** (www.gapminder.org) bietet zahlreiche Datenvisualisierungen und Videos, welche Gesundheits- und Entwicklungsstatistiken und entsprechende globale Zusammenhänge eindrucksvoll und anschaulich darstellen. Unbedingt empfehlenswert.

Das **CIA World Fact Book** bietet statistische Länderdaten zu allen Ländern: Geographie, Regierungsform, Population, Länder im internationalen Vergleich und Vieles mehr.

Das **Institute for Health Metrics and Evaluation** (www.healthdata.org/results) stellt umfangreiche Gesundheitstatistiken und entsprechende Datenvisualisierungen bereit und ist eine sehr gute Quelle, um sich einen schnellen Überblick über die wichtigsten gesundheitlichen Probleme in verschiedenen Ländern und Regionen zu verschaffen.

Die **World Bank** (<http://data.worldbank.org>) zeigt statistische Informationen zur Entwicklung in allen Ländern der Welt.

Der jährlich erscheinende Weltentwicklungsbericht des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen (**Human Development Report**) ist eine Studie des UNDP (United Nations Development Programme) und beschreibt die Entwicklung von Armut und Reichtum auf der Welt. Der darin enthaltene Human Development Index listet Länder nach Bildungsgrad, Lebenserwartung und durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen auf.

Die **Weltgesundheitsorganisation** (WHO) veröffentlicht statistische Daten zur Gesundheitslage in der Welt, aktuellen Gesundheitsprogrammen, nationalen und globalen Gesundheitsgefahren und viele weitere Informationen, etwa im Rahmen der Datenbank *Global Health Observatory*.

Transparency International (TI) ist eine weltweit agierende Nichtregierungsorganisation, die sich gegen Korruption einsetzt und ihren Hauptsitz in Berlin hat. Jährlich veröffentlicht TI drei Indizes, die sich mit der weltweiten Korruption auseinandersetzen. Beispielsweise der *Corruption Perceptions Index*, der die Wahrnehmung der Korruption bei Amtsträgern und Politikern als Zahl zwischen 0 (sehr viel wahrgenommene Korruption) und 100 (keine wahrgenommene Korruption) möglichst objektiv darstellen soll.



Forschung und Praxis im Ausland - weitere Quellen

PubMed - (www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed) - ist eine biomedizinische Datenbank, die von der National Library of Medicine betrieben wird. PubMed gehört zu den bedeutendsten Quellen im medizinischen Bereich sowie verwandter Wissenschaften.

The Cochrane Library - (www.cochranelibrary.com) – systematische Übersichtsarbeiten, welche die beste verfügbare Evidenz zum jeweiligen Thema zusammenfassen. Insbesondere die *Special Collections* sind gut geeignet, um sich einen Überblick über definierte Themengebiete zu verschaffen.

J-PAL (www.povertyactionlab.org) und **Evidence aid** (www.evidenceaid.org) – evidenzbasierte Informationen zu Entwicklungsprojekten, darunter viele mit Gesundheitsbezug.

MEDBOX (www.medbox.org) - eine Open Source Internet Seite, die praktisch relevante Themen und Dokumente bündelt. Sie hat das Ziel die Qualität der Gesundheitsarbeit und der Patientenversorgung lokal und global durch aktuelle, evidenzbasierte und klinisch relevante Dokumente und Fachinformationen zu verbessern.

MOTIVATIONEN FÜR DEN AUSLANDSAUFENTHALT



Kapitel 3

Motivationen für den Auslandsaufenthalt

„Bitte beschreiben Sie Ihre Motivation für diesen Auslandsaufenthalt in max. 500 Wörtern.“ - Viele werden bei der Vorbereitung für einen Auslandsaufenthalt vor dieser Aufgabe gestanden haben. Dass wir ferne Länder bereisen möchten, steht für viele von uns außer Frage. Doch worin besteht die Motivation, die uns dabei antreibt? Was sind die Motoren, die Menschen in immer weiter entfernte Länder treibt?

Den eigenen Horizont erweitern, verschiedene Gesundheitssysteme kennen lernen, Grenzen überschreiten, das Bedürfnis Hilfe zu leisten... all das sind Gründe, die häufig aufgeführt werden. Aber sind dies Motive, die uns auf der Seele brennen oder Begrifflichkeiten, auf die wir konditioniert sind? Sind es Formulierungen, die uns bei der entsprechenden Frage ganz automatisch in den Sinn kommen? Geht es darum fremde Länder und unentdeckte Natur zu erblicken? Neue Menschen kennenzulernen? In andere Kulturen einzutauchen?

Für viele Studierende liegen die Ziele eines Auslandsaufenthalts im Gesundheitsbereich zwischen vier Eckpunkten: Neues kennenlernen und Erfahrungen sammeln, Spaß haben und Positives erleben, Helfen und Armut lindern sowie der Erwerb medizinischen Wissens und praktischer Erfahrung. All dies sind legitime Motive, die jedoch mit verschiedenen Fallstricken einhergehen und oft nicht gleichzeitig und umfassend realisiert werden können. Dieses Kapitel soll daher einen Anstoß geben, die eigenen Motive und Möglichkeiten zu reflektieren und sie zu gewichten. Dies kann dabei helfen, Missverständnissen und Enttäuschungen vorzubeugen und als StudierendeR vor Ort keinen Schaden anzurichten.

Vor diesem Hintergrund gibt es verschiedene Fragen, die wir uns vor einem geplanten Auslandsaufenthalt stellen können. Natürlich sind diese in jede Richtung erweiterbar. Die folgenden Denkanstöße sollen eine grobe Orientierung darstellen:

- Was möchte ich in meiner Zeit vor Ort erreichen? Möchte ich mein medizinisches Fachwissen verbessern? Oder geht es mir mehr darum einfach Zeit im Ausland zu verbringen? Habe ich eventuell den Anspruch an mich selbst, vor Ort zu *helfen*?
- Wie sehe ich meine eigene Rolle vor Ort? Aus welcher Perspektive werden mich die Menschen vor Ort betrachten? Besteht hier eine Diskrepanz zu meiner Sicht auf mich selbst?
- In welchem Ausbildungsstand befinde ich mich und bin ich bereit für die praktischen Herausforderungen, die mich vor Ort erwarten? Wie kann ich sicherstellen, vor Ort keinen Schaden anzurichten?
- Warum habe ich mich gerade für dieses Land entschieden? Gäbe es auch andere Länder, die für mich in Frage kämen? Die eventuell sogar durch eine zugänglichere Sprache oder Kultur auf den ersten Blick geeigneter wären? Warum glaube ich, mein Ziel genau an dem von mir ausgewählten Ort erreichen zu können und dass dies nicht auch in Wuppertal, Berlin oder Chemnitz möglich wäre?

Die oben genannten Fragen sind natürlich nicht immer leicht zu beantworten. Bei dem einen oder anderen Denkanstoß werden wir uns wohl vor der Antwort auch schon gedrückt haben. Doch es ist wichtig, dass gerade wir, die sich noch in der Ausbildung befinden, diese Fragen als Hilfestellung nutzen, um uns über die eigenen Wünsche und Motivationen klarer zu werden.

Hierbei können auch Gespräche mit Menschen helfen, die bereits ähnliche Erfahrungen gemacht haben. Dies kann auch desillusionierend wirken. Doch neue Erkenntnisse und Reflexionen können dazu führen, mit realistischeren Erwartungen an den Auslandsaufenthalt heranzutreten und deutlich mehr aus dieser Erfahrung zu lernen.

Mögliche Schwierigkeiten

„Direkt nachdem ich im Krankenhaus angekommen war, musste ich mit der Arbeit beginnen und hatte keine Zeit, mich einzugewöhnen. Trotz meiner Einwände, dass ich nur Student sei, musste ich voll mitarbeiten. Mir wurden Verantwortungen übergeben, denen ich nicht gewachsen und auf die ich gefühlsmäßig nicht vorbereitet war.“

Diese Grundstimmung in Famulaturberichten ist keine Seltenheit: Gefühle der Überforderung und des (Kultur-)Schocks zu Beginn des Auslandsaufenthalts können schnell aufkommen. Im Rahmen eines solchen Einsatzes verlassen wir unsere Komfortzone, unser gewohntes Umfeld, in dem wir neuen Herausforderungen durch das vertraute soziale Umfeld und durch bereits gemachte Erfahrungen sicherer begegnen können. Eine gute Vorbereitung, vor allem aber eine Reflexion der eigenen Ansprüche kann solche Gefühle der Überforderung und des Kulturschocks mindern und in konstruktive Bahnen lenken.

Am Anfang steht dabei auch das Über- und Neudenken der eigenen Maßstäbe. Woran messe ich meine Mitmenschen und meine Umwelt? Was sind die Standards, die ich erwarte? Etwa das Gesundheitssystem eines Landes mit hohem Einkommen, mit all seinen hochmodernen, technisch vielfach auf dem neuesten Stand befindlichen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten? Die Bedingungen, unter denen in Krankenhäusern in Deutschland gearbeitet wird, können kaum als alleinige sinnvolle Grundlage für die Beurteilung von Gesundheitssystemen in anderen Ländern der Welt herangezogen werden.

Ein Beispiel hierfür: Wir sind es aus unserem Gesundheitssystem gewohnt, dass eine bakterielle Lungenentzündung mittels Auskultationsbefund, Laboruntersuchung, Röntgenaufnahme des Thorax und wenn möglich Blutkulturen mit Antibiogramm diagnostiziert

wird, woraufhin eine antibiotische Therapie mit gezielt ausgewählten Medikamenten eingeleitet wird. In Ländern mit niedrigerem Einkommen kann eine erhöhte Atemfrequenz, Fieber und Husten Anlass genug sein, eine antibiotische Therapie mit dem gerade verfügbaren Breitbandantibiotikum zu beginnen. Vor dem Hintergrund unserer eigenen Maßstäbe könnte dieses Vorgehen schlecht oder ineffektiv erscheinen - doch in einem Land mit niedrigem Einkommen kann es dem bestmöglichen Einsatz der verfügbaren knappen Ressourcen entsprechen. Auch ist nicht jede Methode, die einfacher ist, zwangsläufig die schlechtere.

Zudem ist für einen erfolgreichen Ausgang des Auslandsaufenthalts eine gute Kommunikation mit den Verantwortlichen vor Ort von großer Bedeutung. Möglicherweise ist nicht bekannt, welches Hintergrundwissen die Medizinstudierenden aus verschiedenen Ländern mitbringen und was für Fertigkeiten sie besitzen. Das kann dazu führen, dass Aufgaben an uns gestellt werden, denen wir nicht gewachsen sind. Durch diese Überforderung kann sowohl für die Gaststudierenden als auch für die PatientInnen unangenehme, eventuell sogar gefährliche Situationen entstehen. Eine gründliche Recherche vor dem Auslandsaufenthalt kann ein gewisses Maß an theoretischem Hintergrundwissen vermitteln. Durch die Beschäftigung mit kulturellen Hintergründen können wir zudem versuchen, uns auf mögliche schwierige und komplexe Situationen vor Ort vorzubereiten.



Den Auslandsaufenthalt zum Erfolg werden lassen

Ein Auslandsaufenthalt kann eine große Chance sein um Dinge zu lernen, die wir während des Studiums, aber auch während Praktika in unserem Gesundheitssystem möglicherweise nie kennengelernt oder gesehen hätten. Andererseits ist es jedoch auch möglich, dass der rein medizinische Lerneffekt für die ärztliche Praxis in Deutschland möglicherweise weniger groß ausfällt, zum Beispiel aufgrund geringerer personeller und materieller Ressourcen, einer Sprachbarriere oder da Famulaturen wie in Deutschland nicht üblich sind. Es ist wichtig, diese Vor- und Nachteile bei der Entscheidung hinsichtlich Ort, Dauer und Fachrichtung seines Auslandsaufenthaltes zu berücksichtigen.

Wie auch in Deutschland ist die Betreuungssituation für den Lernerfolg während des Aufenthaltes entscheidend. Denn selbst bei starker Einbindung in den klinischen Alltag ist für einen nachhaltigen Lernerfolg eine Diskussion von komplexen Fällen, Krankheitsbildern und aufgetretenen Problemen mit der/dem zuständigen ÄrztIn unerlässlich. Deshalb ist es gut, das Ausmaß der Betreuung schon bei der Bewerbung und der Suche nach dem Praktikumsplatz zu bedenken. Im Vorhinein sollten die jeweiligen Erwartungen an die eigenen Tätigkeitsfelder, der Wissensstand und die Position im Arbeitsalltag geklärt werden. Hinter Begriffen wie *internship*, *clerkship* oder *medical placement* können ganz verschiedene Konzepte stecken, die für Studierende die unterschiedlichsten Tätigkeits- und Kompetenzbereiche vorsehen.

Es kann also nützlich sein, zum Beispiel bei der Bewerbung um eine Famulatur schon im Anschreiben zu thematisieren, was man unter einer Famulatur versteht, welchen Wissensgrad man bis jetzt erreicht hat und wie viel Betreuung man sich vor Ort wünscht. Selbst wenn diese offene Kommunikation zu einzelnen Ablehnungen der Bewerbung führen kann, wird der persönliche Nutzen eines erfolgreichen Praktikums die inhaltliche und zeitliche Arbeit während der Vorbereitung aufwiegen. Wenn ein vorrangiges Ziel darin besteht, im klinischen Bereich inhaltlich viel während des Auslandsaufenthaltes zu lernen, lohnt es sich trotz begrenzten Gepäcks ein Kilo davon in ein gutes Buch zu investieren und/oder (digitale) Leitlinien mitzunehmen.

Eine der meist spannendsten Lernerfahrungen geht über die medizinische Therapie und die Krankheitsbilder hinaus: Die Behandlung von Krankheiten ist mehr

als ein mechanischer Akt, bei dem Organe operiert oder Wirkstoffe verabreicht werden. Sowohl in Mitteleuropa als auch überall sonst auf der Welt ist die ärztliche Praxis immer auch (vielleicht sogar primär) ein sozialer Akt. Mit bestimmten Ritualen, Erwartungen, Interaktionsformen und Rollen, die es zu erfüllen gilt. Weil wir die Rolle als PatientIn und später auch die Rolle des Heilenden unbewusst verinnerlichen, fällt es oft schwer, die eigene soziokulturelle Praxis als eine erworbene Form der Alltagskultur zu erkennen. Sich aber diesen sozialen Prozessen bewusst zu werden, indem wir diese in unbekanntem, *fremden* Abläufen und Handlungen reflektieren, kann für die medizinische Praxis und das eigene Selbstbild sehr bereichernd sein. Denn wenn wir zu der Aussage „man macht es halt so“ ein „anderswo aber nicht“ hinzufügen, erlaubt dies – weil nun offensichtlich ist, dass eine andere Art der Praxis ebenfalls möglich wäre – problematische Aspekte in unserer ärztlichen Praxis aufzudecken und wenn nötig zu verändern.



Unter bestimmten Voraussetzungen kann auch das im Medizinstudium vorgesehene Pflegepraktikum im Ausland absolviert werden. Dabei ist jedoch zu bedenken, dass sich die Rollen des Pflegepersonals in unterschiedlichen Gesundheitssystemen, insbesondere in Ländern mit niedrigem Pro-Kopf-Einkommen erheblich von hiesigen Systemen unterscheiden. Beispielsweise gelten Kernaspekte der pflegenden Tätigkeit, wie Unterstützung der PatientInnen bei der Körperpflege, bei der Ernährung oder bei Tätigkeiten wie dem Beziehen der Betten in Ländern wie Indonesien oder Äthiopien, zum Aufgabenbereich der Angehörigen. Was genau das Aufgabenspektrum des *Nursing Staff* im jeweiligen Zielland ist, sollte daher im Vorhinein gut recherchiert werden.

Eine Famulatur in Deutschland beschränkt sich vielfach auf eine Rolle, bei der ärztliche Handlungen in Anwesenheit von ÄrztInnen durchgeführt werden dürfen, die dabei auch die Verantwortung tragen. Daher kann durchaus bei einigen Medizinstudierenden der Wunsch entstehen *endlich mal etwas machen zu dürfen*. Doch sollte die Motivation für eine Auslandsfamulatur keinesfalls darin liegen, die Regeln in der deutschen PatientInnenversorgung zu umgehen. Unter keinen Umständen sollten die Gegebenheiten in Ländern mit niedrigerem Einkommen als medizinisches *Abenteuer* oder *Experimentierfeld* für Tätigkeiten (miss)verstanden werden, denen man nicht gewachsen ist und die nicht dem eigenen Ausbildungsstand entsprechen. Diese Motivationen vom *Arztspielen in Afrika* sind ethisch höchst bedenklich und sollten – vor allem durch die Studierenden selbst – ehrlich und kritisch hinterfragt werden. Es ist durchaus möglich, dass die Rolle der Medizinstudierenden – insbesondere in Regionen mit schlechter personeller Ausstattung – eine andere ist und dem bzw. der Studierenden mehr Freiräume zugesprochen werden. Dabei sollten wir stets hinterfragen, aus welchen strukturellen Hintergründen diese Mangelzustände resultieren und versuchen, die eigenen persönlichen und fachlichen Limitierungen sowie ethischen Grenzen zu wahren.

Auch wenn wir uns bestimmte Fertigkeiten in der vertrauten Umgebung und an der eigenen Universitätsklinik zutrauen, ist es wichtig, im Hinterkopf zu behalten, dass diese Praxis im Ausland unter erschwerten Bedingungen stattfindet: Vermutlich findet für mindestens eine Person die Kommunikation nicht in der Muttersprache statt und die soziokulturelle Präsentation von Symptomen ist uns möglicherweise genauso wenig vertraut wie das lokale Erregerspektrum. Für Außenstehende sind soziokulturelle Aspekte wie die Adhärenz zur Therapie, finanzielle Spielräume und Konzepte von Krankheit oder Möglichkeiten der Nachsorge deutlich schwieriger einzuschätzen.

Eine Famulatur im Ausland kann zu den intensivsten und spannendsten Erfahrungen gehören, aber dies sollte nicht zulasten der Gesundheit anderer Menschen gehen. Der Grundsatz *Primum non nocere (first, do no harm)* sollte stets und überall gelten.

Die meisten Medizinstudierenden werden auch den Wunsch haben, die bereiste Region zu erkunden und mit den Menschen vor Ort in Kontakt zu kommen. Gerade auch diese Erfahrungen können dazu beitragen, während des Auslandsaufenthalts viel zu lernen und wichtige Erkenntnisse - auch für ein umfassendes Verständnis der ärztlichen Verantwortung - zu erlangen. Auch bei der Freizeitgestaltung gilt der Grundsatz, zuallererst darauf zu achten, keinen Schaden anzurichten. Als Gäste fungieren wir immer auch als BotschafterInnen, die das Bild von AusländerInnen, EuropäerInnen oder Medizinstudierenden prägen. Je nachdem, in welcher Rolle wir uns befinden und welche Positionen wir einnehmen, können wir unter Umständen auch negative Bilder hervorbringen.



Egal ob Praktikum, Arbeit oder Reise: Das Respektieren unterschiedlicher Wertvorstellungen und das dargestellte Ziel, keinen Schaden anzurichten, sollte immer über dem Durchsetzen der eigenen Ziele stehen. Das gilt auf einer individuellen Ebene unter anderem für lokale Höflichkeiten oder der Wahrung von Kleidervorschriften oder der Anerkennung der lokalen soziokulturellen Praxis. Daneben sollten wir uns bewusst machen, dass – so besonders und einzigartig diese Erfahrung für uns auch sein mag – wir höchstwahrscheinlich nicht die einzigen Personen sind, die in diese Region reisen. Und auch viele Individualreisende, die an vielen Orten viele kleine unbedachte Handlungen ausführen, können tiefgreifend die sozioökonomische und soziokulturelle Wirklichkeit von Kulturen und Gesellschaften formen und prägen – zum Positiven wie auch zum Negativen.

Für viele wird auch das Bedürfnis zu helfen und zu entwickeln ein Teil der Motivation für einen Auslandsaufenthalt sein – auch, wenn man vielleicht aufmerksam in sich hineinhören muss, um dies festzustellen. Mitgefühl, Solidarität und der Wille zur Aufopferung sind oft die Grundlage für das Streben nach Hilfeleistung und zählen sicherlich zu den ehrenwertesten Emotionen. Im folgenden Abschnitt werden einige Gedanken thematisiert, auf deren tönernen Füßen gerne die Statuen unseres eigenen Heldentums errichtet werden. Eine pauschale Kritik am eigentlichen Bedürfnis zu helfen soll daraus jedoch keinesfalls abgeleitet werden.

Woher kommt der Gedanke, in ein fernes Land reisen zu wollen (meist Subsahara-Afrika, Südamerika oder Südostasien), um zu helfen? Woraus resultiert die Vorstellung davon, auch in der Lage zu sein, *dort* Abhilfe an Situationen voller Mangel und Leid, Armut und Krankheit schaffen zu können?

Möglicherweise beruht viel von diesem Gedanken auf der Vorstellung, das Leid der Menschen *dort* sei unendlich groß; was also scheint näher zu liegen als das Bedürfnis danach, aktiv etwas an diesem Zustand zu ändern?! Dieser Wunsch führt dann vielfach zu der Annahme, man könne trotz unzureichender medizinischer Qualifikation helfen, eben weil in dem bereisten Land ein so eklatanter Mangel an Allem anzutreffen sei. Wenn es an Allem fehlt, scheint der eigene geringe Beitrag besser als das Nichts, unter dem die Menschen vor Ort leiden. Schlimmer könne es schließlich nicht mehr werden.

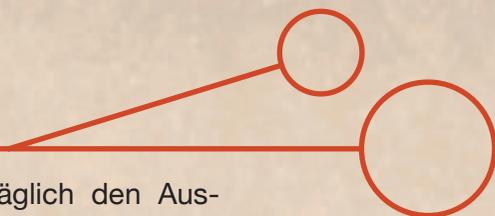
Diese Ansicht ist Ausdruck eines mentalen Grundkonzepts von einem fortdauernden Katastrophenszenario, in dem die Leute vor Ort einer Hilfe von außen bedürfen, um sich selbst befreien zu können. Nehmen wir wie selbstverständlich an, dass Katastrophe Normalität und Chaos Alltag ist, liegt der Gedanke nahe, selbst als Retter und Held Ordnung und Frieden stiften zu können.

Sicherlich existieren auf der Welt Regionen, in denen eklatante Mangelzustände herrschen. Doch wer außerhalb von akuten Krisengebieten seinen Auslandsaufenthalt verbringt, für den treffen diese Vorstellungen meist nicht zu. Selbst in Krisensituationen ist es zudem sehr fraglich, ob Medizinstudierende ohne spezielle Weiterbildung in Humanitärer Hilfe, öffentlicher Gesundheit oder Logistik einen Mehrwert für das akute Geschehen darstellen können.

In den meisten Krankenhäusern werden ausländische PraktikantInnen, die weder mit Sprache und Kultur, noch mit Gesundheitskonzepten und alltäglichen Abläufen im Krankenhaus vertraut sind, keine Hilfe, sondern vielmehr eine Belastung für das Personal darstellen. Dies ist vor allem bei begrenzten personellen Ressourcen ein Problem: So sollten wir uns die Frage stellen, ob die knappe Zeit für Lehre durch einheimische ÄrztInnen nicht sinnvoller in die Ausbildung des lokalen medizinischen Nachwuchses investiert werden kann als in die Anleitung von Austauschstudierenden, die nach wenigen Wochen oder Monaten wieder abreisen. So wichtig eine umfassende und facettenreiche medizinische Ausbildung auch ist und so sehr praktische Erfahrungen im Globalen Süden aus vielerlei Hinsicht zu befürworten sind, sollte sich jedeR Austauschstudierende dieser Problematik bewusst sein und eine persönliche Antwort auf diese Frage finden: Inwiefern ist es gerechtfertigt, begrenzte Ressourcen für das eigene Praktikum zu beanspruchen?

Insgesamt sollten medizinische Praktika im Ausland also nicht als Hilfseinsätze (miss)verstanden werden. Der Wunsch, unmittelbar und direkt zu helfen und zu entwickeln, kann kaum eine fundierte und sinnvolle Motivationsgrundlage für einen solchen Auslandsaufenthalt darstellen. Ein Einsatz im medizinischen Setting im Ausland kann sehr intensiv und lehrreich sein – vor allem dann, wenn man in eine angemessene Rolle findet. Und das ist zunächst die des teilnehmenden Beobachtens und Lernens und nicht die Position medizinisch praktizierender AkteurInnen und HelferInnen.

Das andere Zuhause



Im (Arbeits-)Leben begegnen wir täglich den Auswirkungen von Globalisierung: Menschen, die eine andere Sprache sprechen, was die Anamneseerhebung schwierig gestalten kann. Oder Menschen, die aufgrund eines anderen kulturellen Hintergrunds Abweichungen von der medizinischen Behandlung, wie wir sie im Studium kennengelernt haben, wünschen. Erfahrungen, die während eines Auslandsaufenthalts gesammelt wurden, können hierbei sehr hilfreich sein. Der Einsatz für die medizinische Versorgung von Menschen auf der Flucht oder ohne legalen Aufenthaltsstatus ist auch eine Möglichkeit, direkt vor Ort bei sich Zuhause interkulturelle Erfahrungen zu sammeln und viel über die Welt und sich selber zu lernen, ähnlich wie bei einem Auslandsaufenthalt.

Um die Unterschiede der medizinischen Versorgung in Deutschland zu verstehen, sind einige Begriffsdefinitionen hilfreich: Gemäß der Definition des statistischen Bundesamts sind Menschen mit Migrationshintergrund „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem nach 1949 zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“. Diese Definition beschreibt somit eine sehr große Gruppe von Menschen, von sehr kurz in Deutschland lebenden bis hin zu in Deutschland geborenen Personen. Diese Menschen verfügen in der Regel über einen regulären Krankenversicherungsschutz - für AsylbewerberInnen, Statuslose und Menschen ohne Papiere gilt dies jedoch nicht.

AsylbewerberInnen sind Personen, die bei einem Land, dessen Staatsangehörigkeit sie nicht besitzen, um Asyl, das heißt um Aufnahme und Schutz vor politischer oder sonstiger Verfolgung, ersuchen. Die medizinische Versorgung von AsylbewerberInnen ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt: Gemäß AsylbLG § 4 werden AsylbewerberInnen im Falle von akuter Erkrankung und im akuten Behandlungsbedarf medizinisch versorgt. Darüber hinaus besteht ein Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen und Schwangerenvorsorge. § 6 des AsylbLG beinhaltet „sonstige Leistungen“, die es bestimmten bedürftigen Personen erlaubt, über die Akutbehandlung hinausgehend Sachmittel für medizinische Versorgung zur Verfügung gestellt zu bekommen. Für jede Behandlung muss allerdings ein Antrag zur Ausstellung eines Krankenscheins beim zuständigen Sozialamt gestellt werden, um sich behandeln lassen zu können.

Die Begriffe *Menschen ohne Papiere*, *Statuslose*, *Papierlose* und *Illegale* umfassen alle Personen, die über keinen legalen Aufenthaltsstatus für das Land verfügen, in dem sie sich aufhalten. Das können beispielsweise Menschen sein, deren Antrag auf Asyl nicht bewilligt wurde und die nach Ablehnung des Antrags nicht ausgeweisungsbefähigt sind. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland haben in der Regel keinen Zugang zur medizinischen Versorgung: Zwar gilt das AsylbLG auch für Ausländer mit einer Duldung (dieser Begriff beschreibt eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung) und „ausreisepflichtige Ausländer“, doch besteht in ihrem Fall das Problem der „aufenthaltsrechtlichen Übermittlungspflicht“ (§ 87 des Aufenthaltsgesetzes). Diese verpflichtet alle öffentlichen Stellen dazu, ohne aufenthaltsrechtlichen Status in Deutschland lebende Menschen bei der Ausländerbehörde zu melden.

Seit 2009 gilt jedoch das Prinzip des sogenannten „verlängerten Geheimnisschutzes“: Werden dem Sozialamt Daten von an die Schweigepflicht gebundenen Personen übermittelt (zum Beispiel von ÄrztInnen, ApothekerInnen und Krankenhausverwaltungen), so dürfen diese nicht an die Ausländerbehörde weitergemeldet werden. Somit werden die Kosten einer Akutbehandlung vom Sozialamt getragen und die Betroffenen können im Notfall eine Behandlung theoretisch gefahrlos in Anspruch nehmen.





Auch wenn eine Finanzierung der Akutbehandlung von Geflüchteten und Menschen ohne Papiere mittlerweile möglich ist, bleiben viele Barrieren bestehen: ÄrztInnen befürchten oft, sie könnten sich durch die medizinische Behandlung einer Person ohne Aufenthaltsrecht in Deutschland strafbar machen. Diese Sorge beruht zum Teil auf dem sogenannten „Schlepperparagrafen“ (§ 86 Aufenthaltsgesetz) der besagt, dass sich alle Menschen strafbar machen, die den *illegalen* Aufenthalt einer Person unterstützen. Geflüchtete selbst haben oft Sorge, trotz der geltenden Rechtslage der Polizei oder Ausländerbehörde gemeldet zu werden und vermeiden es deshalb, medizinische Hilfe zu suchen. Hinzu kommen die Sprachbarriere und Schwierigkeiten, sich in den komplexen Abläufen des deutschen Gesundheitssystems zurecht zu finden. In der Folge bleibt die medizinische Versorgung der Menschen, die ohne legalen Aufenthaltsstatus in Deutschland leben, aber auch vieler anerkannter Geflüchteter und Menschen mit Migrationshintergrund unzureichend.

Für die Unterstützung der medizinischen Versorgung von Geflüchteten und Menschen ohne Papiere gibt es in Deutschland Organisationen wie die Medinetze, die Medibüros und die medizinische Flüchtlingshilfe. In diesen Organisationen arbeiten großteils Ehrenamtliche, die Betroffenen Arztpraxen vermitteln, in denen ÄrztInnen Menschen ohne Krankenversicherung behandeln. Außerdem sind sie Mittel zur Kommunikation zwischen Krankenhaus und PatientInnen bei Bedarf einer Behandlung im Krankenhaus. Sie setzen sich außerdem für die psychosoziale Gesundheit der Menschen ein und fokussieren sich in ihrer Öffentlichkeitsarbeit auf das Bestärken des Rechts Aller auf Gesundheit: Die medizinischen Flüchtlingshilfen und andere Organisationen kritisieren das AsylbLG mit der Begründung, dass die davon betroffenen Menschen kein gleichwertiges und kein ausreichendes Recht auf Gesundheit haben. Die Einschränkung dieses Rechts ist eine Hauptmotivation für die Arbeit der medizinischen Flüchtlingshilfen.

Kapitel 4

Kultur, Gesundheitsverständnis und Besonderheiten der klinischen Praxis.

Egal ob Reise, Praktikum, Auslandssemester oder Forschungsaufenthalt im Ausland: Immer wenn wir die heimatliche Komfortzone in Richtung Ausland verlassen, werden wir damit konfrontiert, dass es *an jenem Ort* irgendwie anders ist als an unserem heimatlichen *hier*. Anders, nicht nur was Klima, Küche oder Kleidung betrifft, sondern auch in Bezug auf das Verhalten der Menschen, ihr Verständnis der Wirklichkeit und den Ausdruck von Emotionen, die Familienplanung oder Sexualität, den Umgang mit Freundschaften oder die Beziehung zur Transzendenz. Um diese Unterschiede zwischen unserer Herkunfts- und der Ankunfts-gesellschaft zu beschreiben, greifen wir gerne auf den Begriff *Kultur* zurück – oft mit Zusätzen, wie *exotisch*, *traditionell* oder *naturverbunden*.

Und obwohl viele in der Fremde *andere Kulturen* kennenlernen wollen, bleibt oft unklar, was mit Kultur gemeint ist. So geht es etwa im *Kulturteil* der Zeitungen um die Schönen Künste (Musik, Theater, Literatur etc.) und auf *Kulturreisen* besichtigt man historische Gebäude, *typische Rituale* und *traditionelle Lebensweisen* (wie z.B. die Kochkunst). Typische und authentische Merkmale eben jener Gesellschaft, die gut mit unseren Sinnen erfassbar (salient), die gut hör-, fühl-, sicht- oder essbar sind.

Meist nehmen wir diesen Kulturaspekt nach Ankunft als Erstes wahr und für viele ist es diese saliente, diese materialisierte Kultur, die viel von der bitteren Süße des Fernwehs und dem Reiz des Reisens ausmacht.

Viele der traditionellen und authentischen Elemente materialisierter Kultur entstanden einst aus symbolischen und/oder funktionalen Gründen: Symbolisch zum Beispiel ist der Hintergrund einer bestimmten

Kleiderordnung, wenn durch ein Kopftuch etwas über das Verhältnis von Gott zu den Anbetenden ausgesagt werden soll.

Funktionale Gründe lagen vor, wenn man sich ein Stück Stoff vor die Brust spannte, damit das Gewand nicht durch den Puder der Perücke weiß wurde (woraus unsere Krawatte entstand). Nutzen und Symbolik können im kollektiven Gedächtnis verloren gegangen sein, auch wenn die Handlung selbst beibehalten wird - als Ausdruck eines des ursprünglichen Sinnes entleerten Ritus, der innerhalb der Gesellschaft, die seinen Entstehungskontext bildet, trotzdem noch Bedeutung besitzt.

Diese Tatsache scheint weder die Ästhetik der Rituale zu belasten noch diese als Teil der Kultur infrage zu stellen. (Wer würde schon auf den Weihnachtsbaum oder Osterbraten verzichten, nur weil man dessen ursprüngliche Symbolik nicht mehr kennt?).

Exkurs: Was ist Kultur?

In diesem Artikel wird Kultur verstanden als die Gesamtheit aller Weltvorstellungen, aller praktizierter Rationalitäten und aller Geschichten über die Realität, die einer Gruppe von Personen gemeinsam sind. Dieses Verständnis von Kultur schließt deren materielle Aspekte (wie etwa Theater, Tanz oder Tracht) mit ein, versteht diese aber als saliente Spitze eines Eisbergs, dessen gewaltiges Fundament schwer zu begreifen unter der Oberfläche liegt.

Sowohl die funktionalen als auch die symbolischen Gründe, weshalb Objekte, Bräuche oder Kunstwerke geschaffen wurden, entstanden aus bestimmten Vorstellungen über die Welt und den Geschichten, die sich Gesellschaften als Antwort auf die großen Fragen der Zeit erzählen. Über das Leben, das Universum und den großen Rest. Aus diesen Geschichten resultieren Schlussfolgerungen für ein sinnvolles, rationales Handeln und die Gestaltung des Alltags: Je nachdem, ob die Welt nun durch den Urknall oder vor 10.000 Jahren durch göttliche Schöpfung entstand; ob unser Leben zufällig, vom Schicksal vorherbestimmt oder von Nornen gesponnen ist; ob Krankheiten nun aus Sünde geboren, durch Miasmen bedingt oder Bakterien verursacht werden - aus diesen verschiedenen Vorstellungen ergeben sich jeweils spezifische Konsequenzen für die Wirklichkeit. (Welcher Atheist hätte schon den größten Teil der eigenen Lebenszeit und die ganze Wirtschaftsleistung genutzt, um Pyramiden zu bauen, anstatt zum Beispiel einen Vergnügungspark?)

Diese Geschichten darüber, wie der Mensch ist, wie er sich in der Gesellschaft zu verhalten hat und wie seine optimale Lebenswelt gestaltet ist, prägen unser Denken und Handeln. Die eigenen Wert- und Weltvorstellungen materialisieren sich nicht nur in Architektur, Bräuchen oder Kunst, sondern noch viel fundamentaler darin, wie wir unsere Umgebung formen, unsere Gesellschaft strukturieren und unseren Alltag gestalten. Weil wir dazu neigen, kongruent mit unseren Weltvorstellungen und ihnen entsprechend logisch und sinnvoll zu agieren, ist unser gesamtes Handeln durch unsere Narrative über die Wirklichkeit geprägt: Als sich beispielsweise die Vorstellung durchsetzte, dass Schwindsucht (Tuberkulose) über die Luft übertragen und von winzigen Lebewesen verursacht wird, begannen unsere Vorfahren damit, Wohngebäude in größeren Abständen zu errichten, breitere Straßen anzulegen und die Grundstruktur von Krankenhäusern zu reformieren, um sich gegen Infektionen zu schützen. Sie taten dies, da aus dieser neuen Weltansicht eine neue Rationalität geboren worden war, welche diese Praxis sinnvoll erscheinen ließ.





Oft sind wir uns dieser Narrative, denen wir durch unser Handeln entsprechen, nicht bewusst, weil sie so selbstverständlich erscheinen. Zum Beispiel bauen wir Kindergärten, Spielzeugläden oder Spielplätze, weil wir eine grundlegende Vorstellung über das Wesen von Kindern haben: Wir nehmen an, dass diese ein Anrecht auf Spiel und Spaß haben und dass es nicht Teil ihrer sozialen Rolle ist, wie große Menschen auf Feldern oder in Fabriken zu arbeiten - einfach, weil sie Kinder sind. In diesem Verständnis steckt die Kultur einer Gesellschaft also nicht nur in der Hagia Sophia, neuester Mode oder den Werken von Picasso, sondern auch in den heruntergekommenen Plattenbauten, der Kluft des Schwarzen Blocks und in jedem Graffiti. Sie stellt nicht nur die Wurzel von Religion, Brauchtum und Feiertagen, sondern auch die von Demokratie, unserem Geldwesen oder dem freien Markt dar.

Die eigene Kultur ist in Bezug auf ihre Omnipräsenz einer Muttersprache sehr ähnlich: Nicht nur machen wir sie uns mühelos von unseren Nächsten zu eigen, auch können wir ohne Überlegung Sätze hervorbringen, die im vollen Einklang mit der Grammatik der Sprache stehen. Keinen dieser Sätze müssen wir zuvor einzeln

erlernen und es ist nicht nötig, dass sie jemals zuvor in der Weltgeschichte so ausgesprochen worden sind, wie wir sie jetzt verwenden.

Genauso handeln wir kongruent mit unseren verinnerlichten kulturellen Vorstellungen.

Die Grammatik der Kultur wird dabei von formellen und informellen Institutionen gebildet, die sich aus sinnvollen und rationalen Schlüssen des jeweiligen Kontextes von Weltvorstellungen und Narrativen in einem bestimmten Umfeld entwickelt haben. Mit Institutionen ist dabei ein Komplex aus Regeln und Gesetzen inklusive dem Modus zu deren Durchsetzung gemeint. Diese können formell (also festgeschrieben wie in Gesetzen oder Verträgen) oder auch informell (nicht schriftlich fixiert) sein. Als Angehörige einer Gesellschaft teilen wir deren spezifische informelle Institutionen. Wir verinnerlichen sie, indem wir sie ohne bewussten Lernprozess zu einem Teil von uns werden lassen. (Wahrscheinlich) ohne je damit konfrontiert worden zu sein, ist uns klar, wie man sich in einem Supermarkt nicht zu verhalten hat, wenn man ein Stück Seife kauft und dass roher Tintenfisch eher kein akzeptables Frühstück ist.

Wenn man gegen bestehende Regeln verstößt, legt der Modus der Durchsetzung fest, welche Sanktionen darauf folgen. Eine formelle Sanktion für Taschendiebe wäre etwa eine im Gesetz festgeschriebene, von Richtern verhängte und der Polizei durchgesetzte Geldstrafe. Bei informellen Regeln dagegen sind wir intuitiv in der Lage, die jeweils richtige Sanktion zu wählen. Diese können auf einen Übertritt informeller kultureller Regeln eine Reihe von Reaktionen folgen lassen: Von demonstriertem Unverständnis über böse Blicke bis hin zu offener Verachtung. Ohne je damit konfrontiert worden zu sein, vermitteln uns die verinnerlichten informellen Institutionen auch ein unmittelbares Wissen darüber, ob eine Sanktion jeweils angemessen ist.

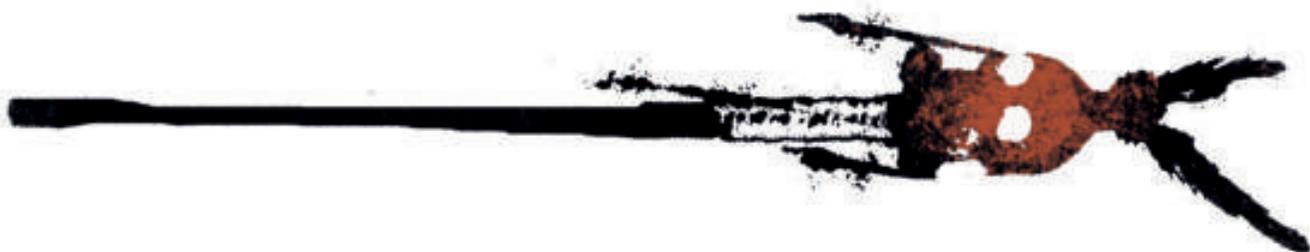
Da die informellen Institutionen in verschiedenen Gesellschaften sehr unterschiedlich ausfallen und Außenstehenden auf den ersten Blick unverständlich erscheinen können, ist das Wissen über sie nicht nur hilfreich, sondern absolut essentiell. Es ist nicht nur falsch anzunehmen, dass jeder Mensch Englisch sprechen müsse, es ist auch falsch zu glauben, dass jeder unsere eigene *kulturelle Sprache* zu praktizieren und zu verstehen habe. Das Bewusstsein einer solchen sozialen Grammatik kann dabei helfen, aktiv nach bestimmten Ausdrucksformen zu suchen: Was wird bei PraktikantInnen als angemessene Kleidung angesehen, welches Verhalten gegenüber PatientInnen wird erwartet und dergleichen mehr.

Diese informellen Institutionen sind auch das große Thema von Seminaren zu *interkultureller Kompetenz*, bei denen zum Teil – etwas zugespitzt – etwa eine Geschäftsfrau darauf vorbereitet wird, *wie der Chinese so tickt*, damit man nicht mit der eigenen Höflichkeit das Gegenüber direkt aufs Tiefste beleidigt. Sie können durchaus hilfreich sein, jedoch haben leider viele Bücher und Kurse die Tendenz, *das Wesen des Inders* oder *die Kultur Afrikas* auf eine *20-Punkte-Not-to-do-Liste* zu reduzieren.

Meistens verhalten sich Menschen rational. Doch diese simple Überzeugung kann in Situationen, in denen Personen scheinbar durchgehend seltsam agieren und aus unserer Sicht ständig irrationale *schlechte* Entscheidungen treffen, herausfordernd werden. In solchen Situationen kann es hilfreich sein, sich darüber Gedanken zu machen, dass es mehr als nur eine Art der Rationalität gibt.

Jemand hungert, kauft sich aber statt Nahrungsmitteln einen Fernseher. Der eigene Vater lebt in finanzieller Not, doch die berufstätige Tochter kauft eher für das Kind ein Prinzessinnenkleid, als ihm zu helfen. Eine Person droht an einer Krankheit zu sterben, verweigert aber das sichere Antibiotikum und kauft Runen vom lokalen Hexer. Sind dies falsche, dumme und irrationale Entscheidungen? Ja und nein – je nach Rationalität der Beobachtenden: Die Entscheidungen können sinnvoll erscheinen, wenn Langeweile schlimmer ist als Hunger, wenn in einer Gesellschaft Kinder grundsätzlich keine (finanzielle) Verantwortung für ihre Eltern übernehmen oder wenn im Weltbild die körperliche Erkrankung nur ein Hinweis auf ein Getrenntsein von den Göttern ist und die Antibiotikatherapie daher nur Symptome zu lindern vermag.

Menschen neigen dazu, die eigenen Weltsystemvorstellungen zu naturalisieren („Wir handeln so, weil man – im Sinne aller rationaler und denkender Menschen – so handelt“). Damit wird der eigenen Logik ein ehernes Fundament im Wesen des Menschseins gegossen, obwohl es in Wahrheit auf den tönernen Füßen der uns inkorporierten sozialen Vorstellungen türmt. Es kann hilfreich sein, seltsamem Verhalten zuerst Rationalität zu attestieren, um dann auf die Suche nach den Narrativen zu gehen, in denen diese wurzelt.



Doch wessen Weltbild, Narrative oder Rationalität teilen wir? Als ein Freund von seinem Aufenthalt in Kenia erzählte, stolperte ich ständig über Ausdrücke wie *kenianische Kultur* oder *die Kenianer*. Denn: Woher wusste er eigentlich, dass diese Praxis etwas Kenianisches war?

Vielleicht etwas Panafrikanisches? Oder etwas Typisches für kenianische Christen? Oder etwas für kenianischen Christen, die den Kikuyu angehören und als Kleinbauern arbeiten?

So leicht uns solche Ausdrucksweisen über die Lippen kommen: Es ist meist erstaunlich schwer, eine bestimmte Handlungsweise oder Institution auf die Kultur einer bestimmten Gruppe zurückzuführen. Denn wir gehören einer Unzahl von verschiedenen Gruppen an, deren Existenz wir uns zum Teil nicht einmal bewusst sind. Daher liegt der Vergleich mit Identitäten nahe: So kann jemand gleichzeitig Student, Medizinstudent, Deutscher, Schwabe, Tübinger, Kletterer, Veganer, etc. sein: Jede Zugehörigkeit hat für ihn unterschiedliche Bedeutung. Jede dieser Gruppen hat eigene Narrative, eigene Vorstellungen über Ausschnitte der Wirklichkeit, eine eigene Rationalität und damit eigene Institutionen, die übereinstimmen, die sich widersprechen oder die keine Überschneidungen haben. Und so kann etwa ein vegan-lebender, kletternder Medizinstudent in Denken, Handeln

und Wirklichkeitserleben einer reiselustigen Ethnologie-Studentin aus Indonesien ähnlicher sein als dem schwäbischen Medizinstudierenden aus dem gleichen Wohnheim.

Eine Andersartigkeit in der Wahrnehmung der Welt zu erkennen ist leicht. Diese einer bestimmten Gruppe zuzuschreiben ist allerdings kaum möglich. Wir erschaffen uns damit Arbeitsmodelle über Gruppen: Schreiben den Angehörigen dieser Gruppen bestimmte Eigenschaften zu oder sprechen ihnen solche ab. Doch was können wir schon wissen über die Kultur *der AfrikanerInnen*, *der ChinesInnen* oder *der Medizinstudierenden* ...? Wir erschaffen damit künstliche Grenzen und Verallgemeinerungen, die der Komplexität unserer kulturellen Wirklichkeit nicht gerecht werden.



Exkurs: Positiver Rassismus

Unter diesem Begriff wird eine Form von Rassismus verstanden, die dadurch gekennzeichnet ist, dass einer Person oder einer Gruppe von Menschen vermeintlich positive Eigenschaften zugeschrieben werden, wobei die Person/Gruppe gleichzeitig auf diese Eigenschaften reduziert wird. Beispiele wären etwa die pauschalisierte Aussage, dass SüdamerikanerInnen von Natur aus sehr gut tanzen können oder dass Deutsche stets pünktlich und zuverlässig seien. Auf den ersten Blick mag eine solche Aussage positiv erscheinen und aus dem Motiv entstanden sein, etwas Gutes, Nettes, vielleicht sogar Bewunderndes auszudrücken. Trotzdem kann es sich unter Umständen um eine rassistische Sichtweise handeln.

Dies ist der Fall, wenn Menschen zu Objekten von Zuschreibungen gemacht werden. Gruppen werden unter Eigenschaften zusammengefasst und auf diese reduziert; den einzelnen Subjekten wird dabei jegliche Individualität und Subjektivität abgesprochen.

Konzepte von Krankheit und Gesundheit

Es gibt Tausende von Narrativen über Krankheitsursachen, Pathogenese, sinnvolle Therapien und die Bewertung eines Therapieerfolgs. Auch in Mitteleuropa haben sich die Vorstellungen davon, wie und wodurch Krankheiten entstehen und wie man Gesundheit erhält, über die Jahrhunderte immer wieder gewandelt. Sah man die Ursache von Krankheiten zeitweise in einem falschen Verhältnis der Körpersäfte, galten in anderen Zeiten giftige Ausdünstungen und schlechte Gerüche als krankmachend. Sünde und Schuld; Hexerei und Häresie; Zufall und Zauberei: Auch die Geschichten über den Grund von Erkrankung waren dynamisch im Wandel. Dagegen begann die Entstehung unseres heutigen biomedizinischen Weltbilds erst vor relativ kurzer Zeit.

Dieses biomedizinische Weltbild ist heute wohl der weltweit am weitesten verbreitete Narrativ über Gesundheit und Krankheit. Darin wird die Ätiologie der meisten Krankheiten in der Infektion mit winzigsten (Lebe-)Wesen, fehlgeleiteten Abwehrmechanismen, degenerativen Prozessen oder der bösartigen Entartung von Körperzellen gesehen. Über die Ursachen erzählen wir uns, dass Leiden durch eine unglückliche Kombination aus Umweltfaktoren, Genetik und Lebensstil resultiert, vor allem aber dem Zufall zuzuschreiben ist. Wir glauben, dass hinter gleichen äußerlichen Zeichen des Krankseins unterschiedliche Ätiologien stecken können, für die jeweils spezifische Interventionen zur Verfügung stehen: Von Kampagnen gegen Tabakkonsum, über wirkmächtige Chemikalien bis zum Herausschneiden von faulem Gewebe.

Wir erzählen uns, dass nicht jedes Heilmittel individuell und hochspezifisch zugeschnitten sein muss, weshalb wir die wirkmächtigen Chemikalien in Fabriken herstellen können und mit Studien über Tausende verschiedene Menschen das beste Wissen für die Therapie eines jeden Einzelnen erhalten. Ob unsere Therapie erfolgreich war, sehen wir primär an materiellen Aspekten der Realität: Der Veränderung von körperlichen (oder psychischen) Merkmalen, an Laborwerten und Bildgebung, an einer Linderung von Symptomen oder an einer Verlängerung des Lebens.

Dieser Narrativ kann in anderen Weltregionen, aber auch selbst im hiesigen Krankenhausalltag sehr herausfordernd sein. Zum Beispiel, wenn darin der Zufall – also eine faktische Nicht-Existenz von Ursachen – die Hauptrolle spielt. Natürlich kann die Hand des Schicksals ein wenig gelenkt werden, doch die Antwort darauf, warum das Los etwa für den schlanken, sportlichen Rohkostliebhaber den Tod durch einen Herzinfarkt entscheidet und so manchen adipösen Raucher unverseht lässt, bleibt uns verwehrt („Warum ich?“). Herausfordernd, da für Erkrankte in der Sinnhaftigkeit von großem Leid ein größerer Trost liegen kann als in der Heilung – selbst wenn die Ursache im eigenen Verschulden liegt.

Dort, wo man sich das Walten der Welt durch Schicksal, Götter oder Vorherbestimmung erklärt, da kann die Nicht-Existenz von Ursachen, das was wir Zufall nennen, genauso herausfordernd sein wie für atheistische und materialistisch geprägte Personen beispielsweise der Narrativ von Krankheit als Strafe der Götter oder der Besessenheit durch Dämonen.

Andere Gesellschaften erzählen sich andere Geschichten und andere Wahrheiten über Krankheiten (die oft guten Stoff für nette Anekdoten bieten): Zum Beispiel hält sich in Südkorea beharrlich die Angst vor dem „fan death“: Die Angst davor, dass Schlafen nah an eingeschalteten Ventilatoren zum Tod führen kann. Während es in einigen Regionen Indiens im Falle von Fieber als heilsam gilt, Reis zu konsumieren, gilt dies anderswo auf dem Subkontinent bei Krankheit als absolut kontraindiziert. Während man in Europa frisches Obst am Morgen für gesund hält, meint man auf Java, dass dieses Bauchkrämpfe verursacht – im Gegensatz zu einem Frühstück aus frittiertem Reis.

Die unheimlich vielen Narrative darüber, was gesund hält oder im Fall von Krankheit angebracht ist, sind in den allermeisten Fällen harmlos; nur eine geringe Zahl (beispielsweise, dass bei Durchfall Flüssigkeitsrestriktion sinnvoll sei) ist kritisch zu sehen. Es empfiehlt sich daher, während des Auslandsaufenthalts diese Narrative kennenzulernen und stetig die Bereitschaft zu behalten, seine eigenen Überzeugungen zu hinterfragen:

Wer von uns weiß denn schon, wie die Evidenzlage dazu ist, ob vegan oder fettarm nun „gesündere“ Ernährungsweisen sind?

Im Umgang mit Vorstellungen von Ätiologien und Pathogenesen kann es hilfreich sein, fremde Perspektiven nicht einfach als unwissenschaftlich abzulehnen, sondern nach Anknüpfungspunkten und Gemeinsamkeiten zu suchen.

Ein gutes Beispiel dafür, dass rationales Denken und Hexerei keine Widersprüche darstellen müssen, ist die Ethnographie von Evans-Pritchard über die Azande im Norden Zentralafrikas. In ersterem Modell ist bei einem Unfall, bei dem ein Haus auf dessen Bewohner zusammenbrach, kein Platz für Hexerei: Morsche Balken, Verwitterungsprozesse und ein Windstoß scheinen als Erklärung ausreichend. Aus der beschriebenen Perspektive der Azande ist dabei aber Hexerei kein Widerspruch: Schließlich war es die Hexerei, die bewirkte, dass aus-

Eine offenere Haltung gegenüber anderen Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit gilt es auch deshalb zu bewahren, weil selbst die Inanspruchnahme von Therapien, die auf widersprüchlichen Narrativen beruhen, nicht zwingend ausgeschlossen wird. In vielen Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen ist es üblich, ins Krankenhaus, und außerdem noch zum Schamanen zu gehen, um die Energien ins Lot zu bringen. Man besucht Priester, um Geister auszutreiben und kauft trotzdem in der Apotheke Antibiotika. In vielen Industrieländern kann man Ähnliches bei AnhängerInnen von Homöopathie beobachten.

Herausfordernd wird diese gebotene Offenheit allerdings, wenn die Nutzung alternativer Therapien für gefährliche und biomedizinisch gut therapierbare Erkrankungen zu verspäteter Therapie und gravierenden Konsequenzen führt. Wenn beispielsweise bei Vitiligo viel Geld ausgegeben wird für unwirksame Strategien, die im spezifischen Fall das Problem nicht lösen. Hier gilt es differenziert zu denken und zu handeln, denn ein Pluralismus in der Medizin birgt auch viele Chancen: Selbst wenn die Wirkung eines Rituals nicht besser ausfällt als die eines Placebos, kann dieser Effekt insbesondere bei solchen Leiden erstrebenswert sein, bei denen die Biomedizin an ihre Grenzen stößt. Zum anderen zielen unsere Therapien ausschließlich darauf ab, Defekte an Körper und Psyche zu behandeln; zur Heilung einer schadhafte Seele oder einer zerstörten Beziehung mit Mitteln der Transzendenz sind bisher keine pharmazeutischen Alternativen in der Pipeline.

Auch die Frage, in welchen Verantwortungsbereich ein Leiden fällt, wird kontextabhängig beantwortet und das Verständnis dieser Kontexte kann für die Krankenversorgung wichtig sein. Beispielsweise wenn bei Roma-Gruppen zwischen Rom- und Nicht-Rom-Krankheiten unterschieden wird, für deren Behandlung dann jeweils entweder HeilerInnen oder westliche ÄrztInnen adressiert werden. Aus biomedizinischer Perspektive wird dadurch eine adäquate Therapie von Rom-Krankheiten deutlich erschwert.

Ein anderer uns bekannter Narrativ betrifft die Frage, welche Symptomatik einen Krankenhausbesuch (am besten noch samstagsnachts) rechtfertigt: Ist es nun der Schnupfen seit zwei Tagen oder muss der vernichtende, ausstrahlende Brustschmerz erst eine Woche anhalten, damit es gerechtfertigt erscheint? Es ist nicht zwingend nur fehlendes Wissen, wie man in medizinischen Kreisen oft vermutet, sondern möglicherweise auch eine andere subjektive Wirklichkeit und Wahrnehmung.

Die vielleicht gravierendsten Unterschiede in den Gesundheitsvorstellungen ergeben sich hinsichtlich der angestrebten Ziele und ihrer Messung sowie der Kriterien von Erfolg: Ist es an sich ein Wert, nicht krank zu sein? Um des Leben selbst willen ein längeres Leben anzustreben? Je nach Weltanschauung ist selbst diese Frage schon kontrovers. Viele werden aber zumindest teilweise zustimmen,

dass es ein erstrebenswertes Ziel ist, lange in einem gesunden Körper zu leben und diese Lebenszeit in so etwas wie ein gutes Leben umzuwandeln. Wenn wir unsere globale Gesellschaft betrachten, fällt aber auf, dass gutes Leben je nach Präferenz sehr unterschiedlich ausfallen kann: So kann gutes Leben in der Befriedigung von Bedürfnissen des Individuums, also einer Art hedonistischer Verwirklichung unserer selbst gesehen werden. Sei dies nun durch Reisen, kulinarische Genüsse oder guten Sex. In anderen, weniger individualistischen Gesellschaften kann gutes Leben aber auch bedeuten, möglichst viel Lebenszeit in etwas zu investieren, das einer nahestehenden Bezugsperson ermöglicht, ein besseres Leben zu führen. Etwa, wenn WanderarbeiterInnen fernab der Heimat 70 Stunden pro Woche arbeiten, um Kindern eine bessere Zukunft und Eltern ein würdevolles Altern zu ermöglichen. Gutes Leben kann aber auch eine gute Gemeinschaft mit einem größeren Kollektiv oder der Transzendenz bedeuten: Ein Leben im Einklang mit Göttern, Natur oder Kosmos.

Manche dieser Entscheidungen, bei denen wir einen Teil von langer, gesunder Lebenszeit für gute Lebenszeit opfern, können wir gut nachvollziehen (selbst wenn wir diese nicht praktizieren): Beispielsweise sind viele Menschen bereit, zukünftige Gesundheit und Lebenszeit gegen die Lebensqualität einzutauschen, die ihnen der Genuss von Tabak oder Alkohol im Moment stiftet. Selbst wenn wir diese Überzeugung nicht teilen, sollten wir sie dennoch respektieren.

Herausfordernder wird es, wenn wir die Konzepte vom guten Leben schwerer nachvollziehen können: Beispielsweise wenn eine etablierte biomedizinische Heilbehandlung zugunsten alternativer Heilmethoden abgelehnt wird. Wenn der Grund hierfür falsche Informationen sind, gilt es dem aktiv entgegenzutreten. Doch auch in vollem Bewusstsein über die Konsequenzen treffen manche Menschen Entscheidungen gegen besseres ärztliches Wissen: Ein Beispiel hierfür ist der Verzicht von Bluttransfusionen bei Mitgliedern der Zeugen Jehovas, da diese als Versündigung gegenüber ihrem Gott gilt. Je nach Wertvorstellungen kann eine Investition von (potenzieller) gesunder Lebenszeit zugunsten des Erhaltens einer intakten Beziehung mit der Transzendenz durchaus sinnvoll und rational sein. Gerade wenn Krankheit und Gesundheit nicht als rein körperliche Phänomene gesehen werden, sondern als Phänomene mit herausragender sozialer, spiritueller oder transzendenter Komponente.

Wenn das körperliche Leiden nur Symptom für einen Konflikt mit den Ahnen ist, dann wäre die biomedizinische Behandlung genauso symptomatisch wie Kortison bei Infektionskrankheiten. Je nachdem, was als das Ziel des guten Lebens gilt, sind Schamane, Priester oder Ältester bessere Ansprechpartner, selbst wenn die körperliche Dimension der Krankheit aus biomedizinischer Sicht nicht oder nur unzureichend behandelt wird.

Exkurs: Strukturelle Gewalt

Die WHO definiert Gewalt folgendermaßen: „Der absichtliche Gebrauch von angedrohtem oder tatsächlichem körperlichem Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder eine andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklung oder Deprivation führt“ (WHO Global Consultation on Violence and Health, 1996).

Der Soziologe Johan Galtung definierte strukturelle Gewalt als „vermeidbare Beeinträchtigung grundlegender menschlicher Bedürfnisse oder, allgemeiner ausgedrückt, des Lebens, die den realen Grad der Bedürfnisbefriedigung unter das herabsetzt, was potentiell möglich ist.“ Grundlegende menschliche Bedürfnisse werden von ihm als Überleben, Wohlbefinden, Identität und Freiheit eines Menschen definiert. Die Einschränkung dieser kann entweder direkt, persönlich oder indirekt, strukturell geschehen. In manchen Fällen ist eine Einschränkung der Bedürfnisse notwendig, beispielsweise zum Schutz, wenn ein Mensch sich oder Andere verletzen möchte. Es sollten aber vorher immer andere, weniger schädliche Lösungswege gesucht werden.

Meistens assoziieren wir mit dem Begriff „Gewalt“ direkte Gewalt. Diese kann sowohl aktiv ausgeübt, aber auch passiv durch Unterlassung geschehen. Strukturelle Gewalt gibt es auf allen Ebenen einer Gesellschaft und beschreibt den Missbrauch von sozialen und ökonomischen Rechten (Farmer, 2005). Strukturelle Gewalt kann sich als versteckte Repression zeigen: Etwa in Klassen und Kasten, sozialer Ungleichheit oder Geschlechterdiskriminierung. Beispielsweise könnten auch die meisten Infektionskrankungen und viele ihrer Folgen durch gesundheitliche Aufklärung sowie Verbesserung der Lebensbedingungen und Gesundheitssysteme verhindert werden.

Eine dritte Kategorie ist die kulturelle Gewalt, die durch politische, religiöse oder andere Impulse die anderen beiden Arten von Gewalt hervorrufen kann. Sie kann in jeder Gesellschaft in unterschiedlicher Form gefunden werden, beispielsweise in dem Gebrauch von Stereotypen.

Krankenversorgung in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen

Neben divergierenden Weltvorstellungen stellen sich bei der Krankenversorgung in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen auch ganz praktische Fragen. Eine große Herausforderung der Gesundheitssysteme dieser Länder ist der Mangel an Fachkräften. Beispielsweise liegt die Zahl von medizinischen Fachkräften pro 10.000 Einwohner mit 3,2 in Mozambique um das 38-Fache unter dem Wert der USA. Dieser Mangel an Fachkräften hat vielfältige Gründe: Zu wenig Ausbildungsstätten und Lehrkräfte, zu geringe Investitionen in (Aus-)Bildung, ungleiche räumliche Verteilungen der Fachkräfte, aber auch ein Wechsel aus dem kurativen Bereich hin zu Politik oder Privatwirtschaft. Die Abwanderung qualifizierter Fachkräfte in reichere Länder ist noch immer ein Problem, jedoch nur eines von vielen. Mittlerweile haben allerdings die meisten Staaten Abkommen zugestimmt, nach denen Fachkräfte nur noch aus Ländern mit einem ähnli-

chen oder besseren Versorgungsschlüssel angeworben werden dürfen. Konsequenzen, die sich aus dem Fachkräftemangel ergeben, sind Unterschiede in Rollenzuweisungen im Gesundheitswesen. In vielen Ländern haben Pflegekräfte eine viel größere Bedeutung in der Diagnostik und Behandlung. Außerdem werden in vielen Ländern zusätzlich zu den klassischen Heilberufen unterschiedliche Zwischenstufen wie „Health Worker“ ausgebildet, wobei diese Ausbildungen kürzer und praxisorientierter sind als ein Medizinstudium. Sich im Vorhinein mit der Situation der medizinischen Versorgung, den vorhandenen Akteuren und den Erwartungen an die eigene Rolle auseinanderzusetzen, kann die Arbeit vor Ort sehr erleichtern. Gleiches gilt für die gesamte Struktur der Gesundheitsversorgung, in denen Krankenhäuser, AllgemeinmedizinerInnen und niedergelassene FachärztInnen eine völlig andere Rolle spielen können.

Eine weitere Herausforderung stellt die Therapie von Infektionskrankheiten mit begrenzten Ressourcen dar. Oft erlaubt das klinische Bild selbst keine eindeutige Erklärung (etwa im Fall von Malaria und Pneumonie). Wenn durch personelle, materielle oder finanzielle Limitierungen Tests für eine differenzierte Diagnosestellung nicht zur Verfügung stehen, versuchen BehandlerInnen gegebenenfalls, alle potenziellen Ursachen gleichzeitig zu adressieren, selbst wenn dies das Auftreten von Resistenzen begünstigt, höhere Medikamentenkosten verursacht oder das Risiko von unerwünschten Arzneimittelwirkungen erhöht. Ein Mangel an medizinischem Personal oder finanzielle Hürden können auch Selbstmedikation fördern. Wenn Medikamente frei verkäuflich sind und ohne ärztliche Kontrolle eingenommen werden, besteht ein Risiko, dass gravierende Nebenwirkungen nicht erkannt werden, oder dass Medikamente unsachgemäß eingenommen und zu früh abgesetzt werden - eine wichtige Ursache für das weltweit wachsende Problem von Antibiotikaresistenzen.





DIE GLOBALE KRANKHEITSLAST

GESUNDHEIT
UND KRANKHEIT
IM INTERNATIONALEN
VERGLEICH

Kapitel 5

Die globale Krankheitslast - Gesundheit und Krankheit im internationalen Vergleich

„Mit welchen Krankheiten und Gesundheitsproblemen werde ich während meines Auslandsaufenthalts konfrontiert sein? Auf die Behandlung welcher Krankheiten sollte ich mich vorbereiten? Was wären in meinem Gastland sinnvolle Ansätze für Prävention und Gesundheitsförderung?“ Um bei der Beantwortung dieser Fragen zu helfen, gibt das folgende Kapitel einen Überblick über die globale Krankheitslast, das heißt über die in den verschiedenen Weltregionen jeweils wichtigsten Krankheiten und Risikofaktoren.

Um die Häufigkeit und die Verbreitung von Krankheiten anzugeben, werden in der Epidemiologie traditionell die Maßzahlen der Inzidenz und der Prävalenz verwendet. Doch diese sind nur bedingt dazu geeignet, die allgemeine Bedeutung verschiedener Krankheiten miteinander zu vergleichen. Denn sie enthalten keine Aussagen darüber, wie schwerwiegend die jeweiligen Krankheiten für die Betroffenen sind. Schnupfen hat eine höhere Inzidenz und Prävalenz als AIDS, doch nur wenige würden argumentieren, dass Schnupfen das größere Gesundheitsproblem darstellt.

Deshalb wurde von WissenschaftlerInnen der Begriff der Krankheitslast (engl. *disease burden*) entwickelt, mit der Maßzahl der sogenannten DALYs (*disability-adjusted life years*). Die Krankheitslast, gemessen in DALYs, setzt sich aus zwei Komponenten zusammen: Einerseits den Lebensjahren, die durch frühzeitiges Versterben verloren gehen und andererseits der Lebensqualität, die Menschen zu Lebzeiten durch Krankheiten einbüßen. Abbildung 1 veranschaulicht die Berechnung der Krankheitslast anhand eines Beispiels. Die Krankheitslast soll somit eine Maßzahl für die „Gesamtsumme menschlichen Leidens“ sein, die durch Krankheiten entsteht. Die Krankheitslast kann dabei entweder unmittelbar einzelnen Krankheiten zugeordnet werden (wie in Abbildung 1) oder indirekt zugrundeliegenden Risikofaktoren.

Die Berechnung von Disability-Adjusted Life Years (DALYs)

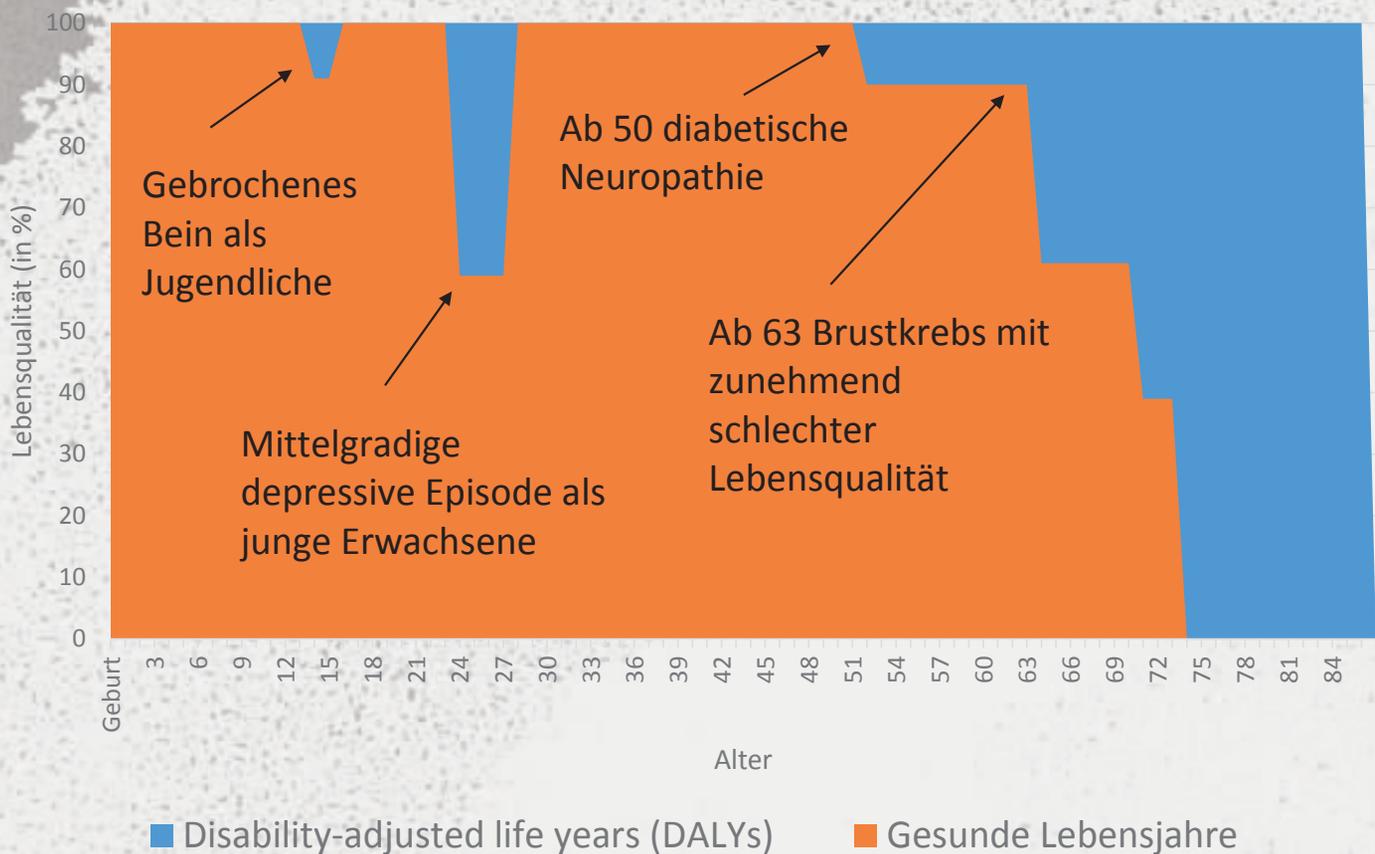


Abbildung 1: Berechnung der Krankheitslast einer Beispielpatientin, die während ihres Lebens an unterschiedlich schweren Krankheiten leidet und schließlich mit 74 Jahren an Brustkrebs verstirbt. Die blaue Fläche entspricht den durch diese Krankheiten verlorenen DALYs, während die orange Fläche die gesunde Lebenszeit darstellt.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass jede Methode der Beschreibung und Quantifizierung von Krankheit und Krankheitslast Vor- und Nachteile hat und immer nur eine bestimmte Perspektive auf die Realität darstellt. Ein Vorteil der DALYs ist die Möglichkeit, Leid und vorzeitigen Tod in einer Zahl zu vereinen. Doch dies ist nicht wertneutral möglich, denn wann ist ein Tod vorzeitig und wie können Einschränkungen durch verschiedene Krankheiten miteinander verglichen werden? Ist es schlimmer, ein Jahr lang depressiv zu sein, oder an einer Tuberkulose zu leiden? Entsprechende Gewichtungsfaktoren wurden zur Berechnung der DALYs durch Umfragen erhoben. Doch ist umstritten, inwieweit diese als allgemeingültig gelten können. Darüber hinaus ist zu bedenken, dass die Erfassung und Hochrechnung epidemiologischer Maßzahlen mit erheblichen Messunsicherheiten verbunden ist.

Krankheiten und ihre Verteilung

Im Rahmen der *Global Burden of Disease Study 2010* - einem internationalen Großforschungsprojekt, an dem mehr als 1000 ForscherInnen aus über 100 Ländern beteiligt waren - wurden die DALYs der wichtigsten Krankheiten, Verletzungen und Risikofaktoren berechnet. Dabei zeigte sich, dass nicht-übertragbare Krankheiten mittlerweile für über die Hälfte der globalen Krankheitslast verantwortlich sind. Insbesondere Herz-Kreislauferkrankungen, chronische Schmerzen, depressive Episoden und Diabetes mellitus sind weltweit von erheblicher Bedeutung (siehe Abbildung 2). Infektionskrankheiten, Mangelernährung und Geburtskomplikationen sind für rund ein Drittel der globalen Krankheitslast verantwortlich, während gut 10% auf Unfälle entfällt. Die Bedeutung der meisten Infektionskrankheiten hat während der letzten 20 Jahre abgenommen, wohingegen nicht-übertragbare Krankheiten relativ an Bedeutung gewonnen haben. Diese Entwicklung wird als globale epidemiologische Transition bezeichnet.

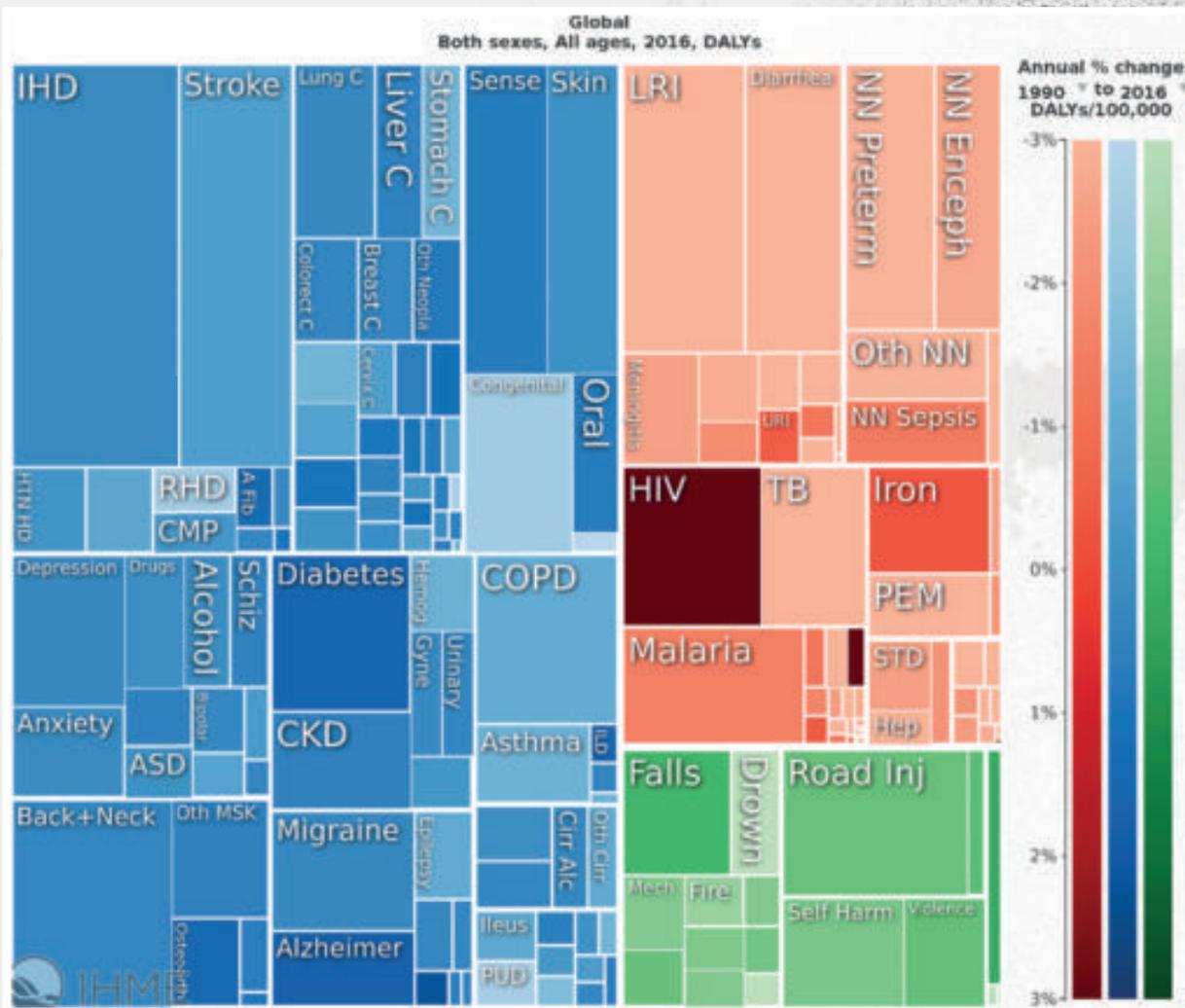


Abbildung 2: Die Verteilung der globalen Krankheitslast auf unterschiedliche Krankheiten, gemessen an DALYs, sowie die Änderung ihrer Bedeutung von 2005 bis 2010. Die Größe der Rechtecke steht für den Anteil der jeweiligen Krankheiten an der globalen Krankheitslast. Nicht-übertragbare Erkrankungen sind blau, Infektions- und Mangelernährungserkrankungen sowie Geburtskomplikationen sind rot und Unfälle grün markiert. Helle Farbtöne stehen für eine Abnahme, dunkle für eine Zunahme der Krankheitslast zwischen 2005 und 2010. Eine detaillierte und animierte Version dieser und der folgenden Graphiken ist im Internet unter www.healthdata.org verfügbar.

Vergleicht man die Bevölkerung der verschiedenen Weltregionen miteinander, so lassen sich ebenfalls erhebliche Unterschiede feststellen. Abbildung 3 zeigt die jeweils **20 wichtigsten Krankheiten in Deutschland, China, Indonesien und Nigeria, jeweils ge-**

messen an der Krankheitslast. In Deutschland befindet sich darunter keine einzige, in China noch eine, in Indonesien noch acht und in Nigeria 12 Infektionskrankheiten - während es sich bei den nicht-übertragbaren Krankheiten genau umgekehrt verhält.

Deutschland	China	Indonesien	Nigeria
1 Ischemic heart disease	1 Stroke	1 Stroke	1 Malaria
2 Low back pain	2 Ischemic heart disease	2 Tuberculosis	2 HIV/AIDS
3 Stroke	3 COPD	3 Road injury	3 Lower respiratory infections
4 Major depressive disorder	4 Low back pain	4 Diarrheal diseases	4 Neonatal sepsis
5 Lung cancer	5 Road injury	5 Ischemic heart disease	5 Diarrheal diseases
6 Falls	6 Lung cancer	6 Diabetes	6 Road injury
7 COPD	7 Liver cancer	7 Low back pain	7 Protein-energy malnutrition
8 Diabetes	8 Major depressive disorder	8 Major depressive disorder	8 Preterm birth complications
9 Other musculoskeletal	9 Diabetes	9 Lower respiratory infections	9 Meningitis
10 Neck pain	10 Falls	10 Neonatal encephalopathy	10 Neonatal encephalopathy
11 Colorectal cancer	11 Neck pain	11 COPD	11 Iron-deficiency anemia
12 Alzheimer's disease	12 Stomach cancer	12 Preterm birth complications	12 Low back pain
13 Other cardio & circulatory	13 Self-harm	13 Iron-deficiency anemia	13 Fire
14 Cirrhosis	14 Other musculoskeletal	14 Cirrhosis	14 Tuberculosis
15 Road injury	15 Lower respiratory infections	15 Chronic kidney disease	15 Maternal disorders
16 Anxiety disorders	16 Congenital anomalies	16 Neck pain	16 Congenital anomalies
17 Self-harm	17 Osteoarthritis	17 Typhoid fevers	17 Falls
18 Breast cancer	18 Esophageal cancer	18 Neonatal sepsis	18 Stroke
19 Alcohol use disorders	19 Drowning	19 Other musculoskeletal	19 Epilepsy
20 Chronic kidney disease	20 Colorectal cancer	20 Migraine	20 Sickle cell

Abbildung 3: Die 20 wichtigsten Krankheiten (gemessen an DALYs) in Deutschland, China, Indonesien und Nigeria im Vergleich. Nicht-übertragbare Erkrankungen sind blau, Infektions- und Mangelernährungserkrankungen sowie Geburtskomplikationen sind rot und Unfälle grün markiert.

Bei genauer Betrachtung der Abbildung 3 fällt auf, dass insbesondere in Indonesien, aber auch in Nigeria sowohl Infektionskrankheiten als auch nicht-übertragbare Krankheiten von großer Bedeutung sind. Dieses Phänomen ist typisch für Länder mit geringem bis mittlerem Einkommen und wird als *double burden of disease* bezeichnet: Die Gesundheitssysteme dieser Länder müssen durch das häufige Vorkommen beider Krankheitsgruppen eine doppelte Last tragen, was sie vor besondere Herausforderungen stellt.

Anteil nicht-übertragbarer Krankheiten an der Krankheitslast

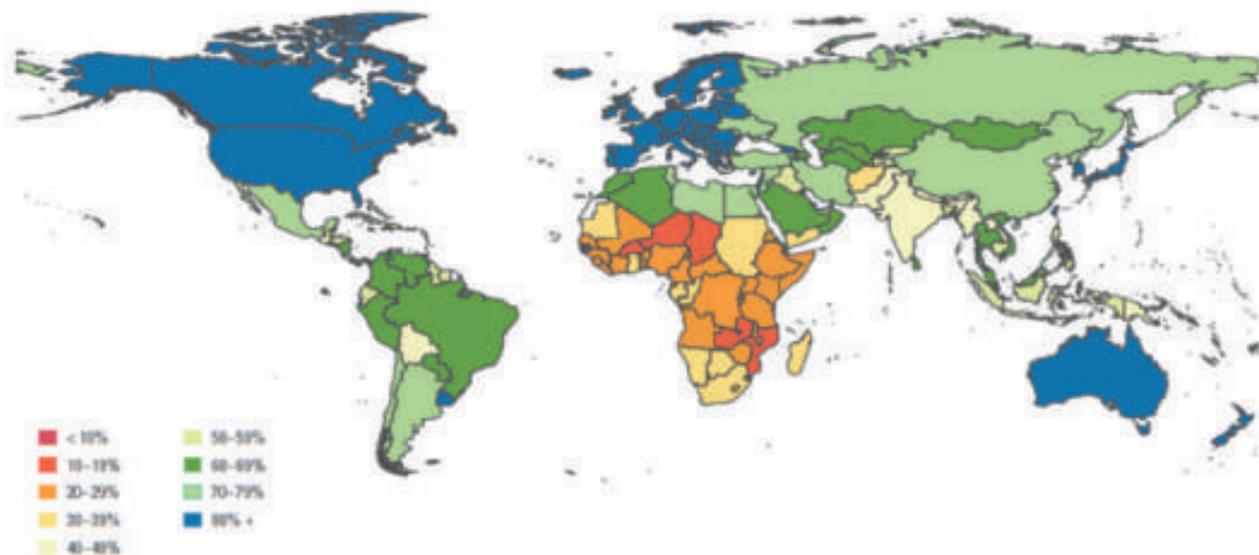


Abbildung 4: In allen Weltregionen mit Ausnahme Südasiens und Subsahara-Afrikas sind nicht-übertragbare Krankheiten mittlerweile für mehr als die Hälfte der Krankheitslast verantwortlich.

Was macht Menschen krank? Risikofaktoren und ihre Verteilung

Bei der individuellen Versorgung von PatientInnen kommt es darauf an, ihre Krankheiten richtig zu erkennen und entsprechend zu behandeln. Doch wenn man bestrebt ist, die Entstehung von Erkrankungen von vornherein zu verhindern, ist auch eine Betrachtung der zugrunde liegenden Risikofaktoren nötig.

In Abbildung 5 sind die 25 weltweit wichtigsten Risikofaktoren dargestellt. Da global betrachtet die nicht-übertragbaren Krankheiten dominieren, stehen die durch den Lebensstil bedingten Risikofaktoren an oberster Stelle: Fehl- und Überernährung, Bluthochdruck, Rauchen, Alkohol und Übergewicht. Unter den 10 wichtigsten Risikofaktoren befinden sich jedoch auch drei, die nicht primär durch den Lebensstil verursacht werden: An vierter Stelle steht die Innenraum-Luftverschmutzung, die ein wichtiger Risikofaktor für Infekte der unteren Atemwege ebenso wie für COPD (chronisch-obstruktive Lungenerkrankung) und Asthma ist. Betroffen sind dabei besonders Frauen und Kinder in Ländern mit niedrigem Einkommen, die an offenen Öfen mit Holz und Biomasse kochen. An achter Stelle steht Untergewicht bei Kindern, das besonders in bestimmten Ländern südlich der Sahara sowie in Indien eine wichtige Rolle spielt. An neunter Stelle steht verschmutzte Außenluft, ein zunehmendes Problem insbesondere in den großen Städten wirtschaftlich schnell wachsender Schwellenländer wie China und Indien.

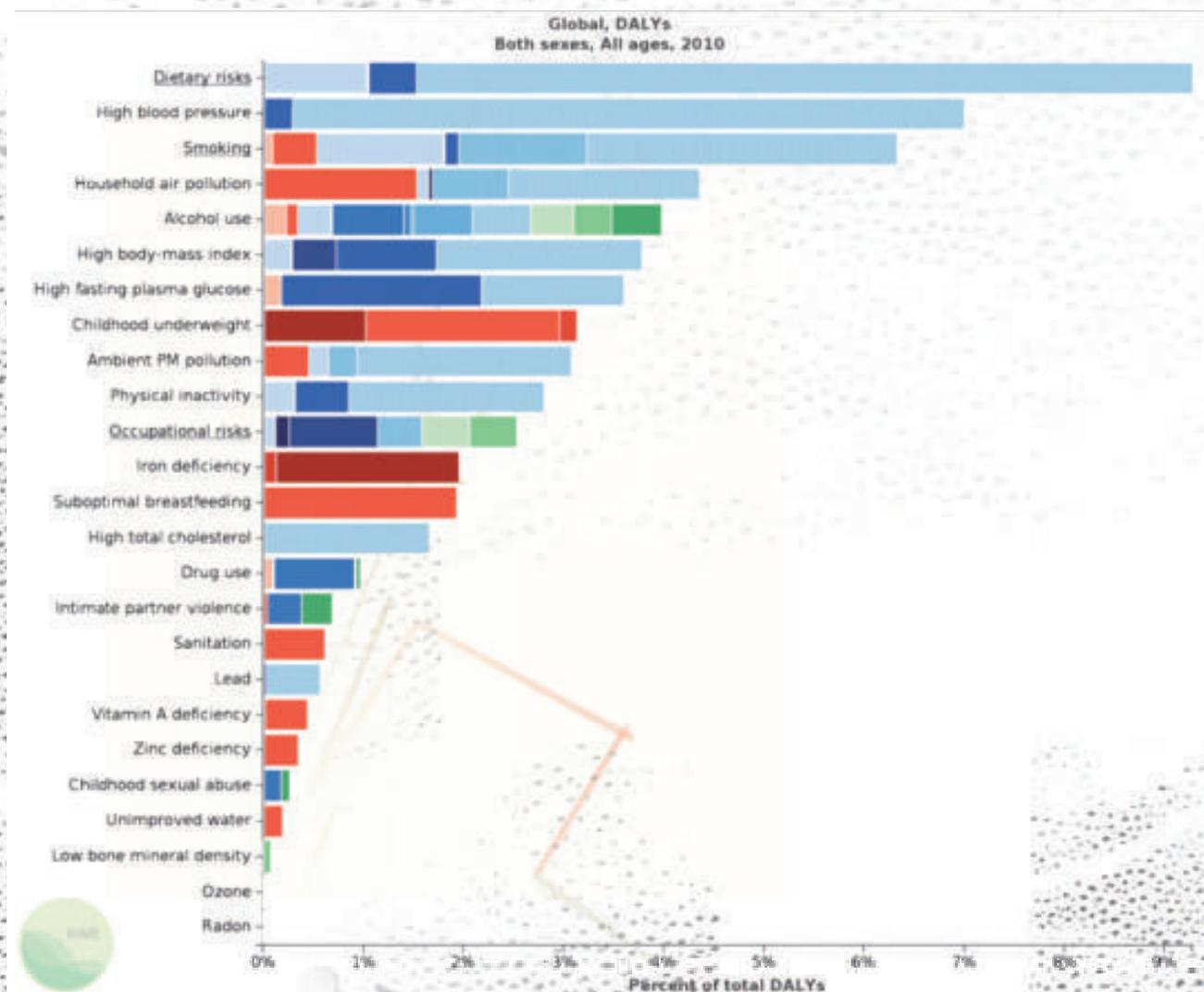


Abbildung 5: Die 25 wichtigsten Risikofaktoren weltweit, gemessen an DALYs. Die Farben der einzelnen Balkenabschnitte stehen für verschiedene Krankheiten und Krankheitsgruppen, die durch die entsprechenden Risikofaktoren hervorgerufen werden.

Auch bei den Risikofaktoren zeigen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Weltregionen. Abbildung 6 vergleicht das Risikoprofil zweier Weltregionen: Einerseits Lateinamerika und die Karibik, einer Region mittleren Einkommens und andererseits Subsahara-Afrika, der Region mit dem niedrigsten Einkommen weltweit.

Das Risikoprofil von Lateinamerika und der Karibik ähnelt dabei stark den Verhältnissen, die auch in Ländern mit hohem Einkommen wie Deutschland herrschen. Unter den 10 wichtigsten Risikofaktoren finden sich dort nur zwei, die in Ländern wie Deutschland nicht mehr unter den ersten 10 sind: Berufsbedingte Gesundheitsgefährdungen und Eisenmangel. In Afrika südlich der Sahara (Abbildung 7) hingegen dominieren bis heute die mit Armut assoziierten Risikofaktoren: Kindliche Unterernährung, Innenraum-Luftverschmutzung, zu frühes Abstillen von Neugeborenen, Eisen- und Vitamin-A-Mangel, unzureichende Trinkwasserversorgung und Schmutzwasserentsorgung.

Interessant ist, dass die meisten Risikofaktoren und die damit zusammenhängenden Krankheiten auch innerhalb jedes einzelnen Landes in den ärmeren Bevölkerungsschichten stärker verbreitet sind als in der Mittel- und Oberschicht. Wegen dieses engen Zusammenhangs zwischen der sozialen Lage und dem Ausmaß gesundheitlicher Risiken spricht man auch von den sozialen Determinanten von Gesundheit. Zu diesen zählen insbesondere Einkommen und Bildungsgrad, aber auch andere Faktoren wie Geschlecht, ethnische oder religiöse Zugehörigkeit, Staatsbürgerschaft, Aufenthaltsstatus und Wohnort. Alle diese Faktoren können starken Einfluss auf gesundheitliche Risiken und den Zugang zum Gesundheitssystem haben.

Bei Betrachtung von Abbildung 7 fällt ebenfalls auf, dass die vier wichtigsten Risikofaktoren in Afrika südlich der Sahara solche sind, die hauptsächlich Frauen und Kinder betreffen, deren Gesundheit in diesen Ländern also besonders gefährdet ist. Kinder- und Müttergesundheit können dabei nicht separat betrachtet werden; so hat beispielsweise mütterliche Mangelernährung einen großen Einfluss auf das intrauterine Wachstum, das Geburtsgewicht und Untergewicht in der Kindheit. Zusammenhänge bestehen auch beim Stillen: Krankheiten der Mutter können dazu beitragen, dass Kinder zu früh abgestillt werden, was ebenfalls ein wichtiger Risikofaktor für verschiedene Krankheiten ist.

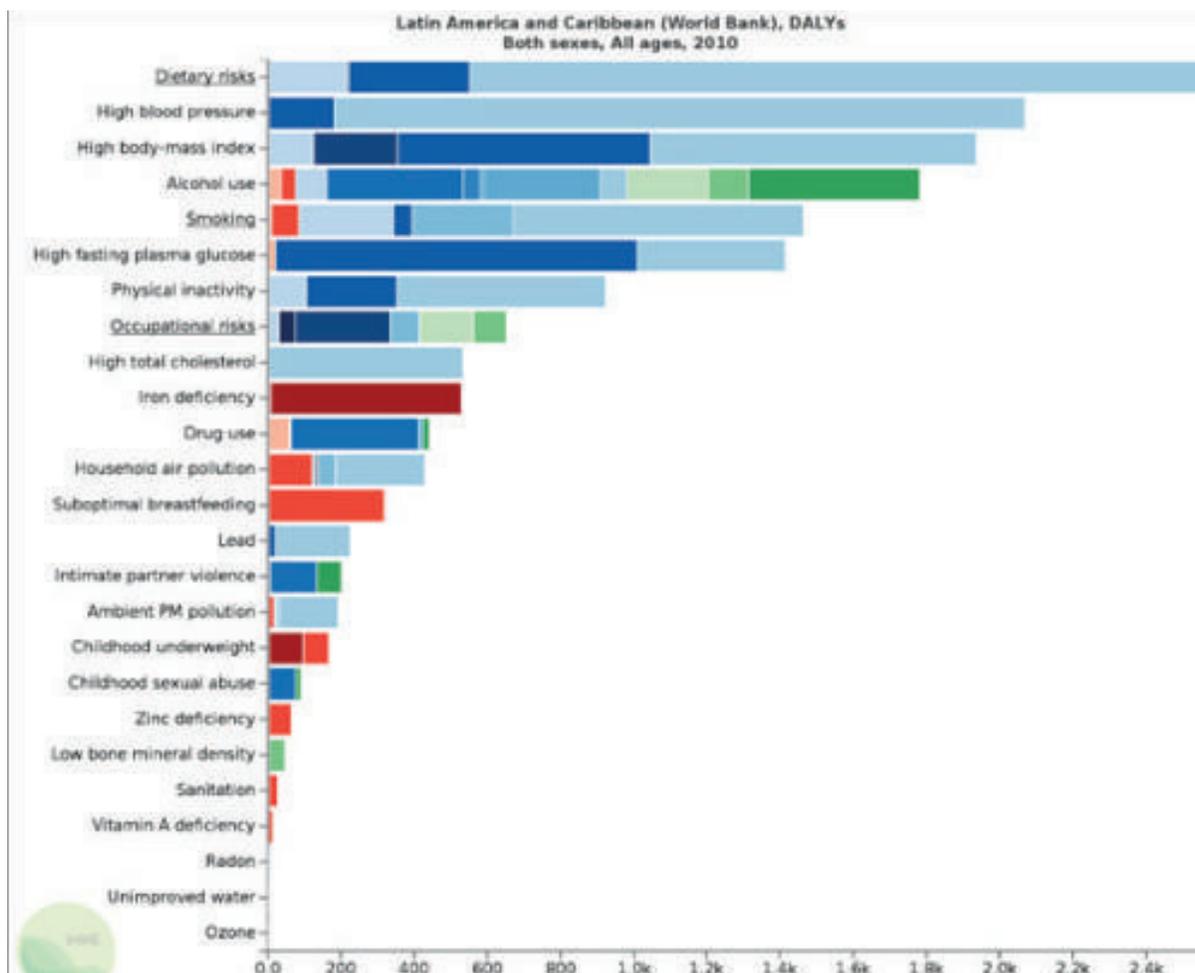


Abbildung 6

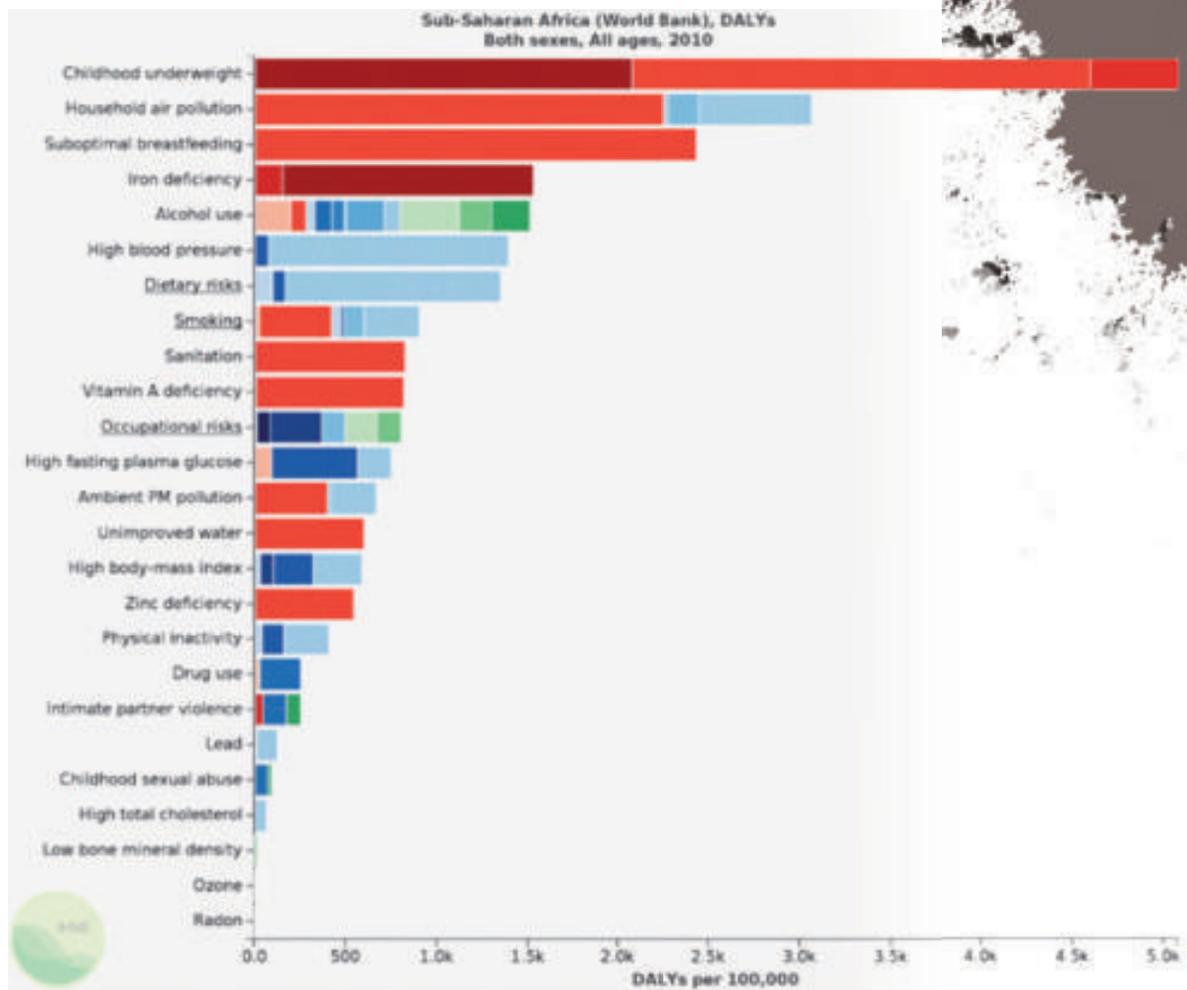


Abbildung 7

Abbildung 6 und 7: Das Risikofaktorprofil einer Region mit mittleren Einkommen (Lateinamerika und die Karibik, Abb 6) und einer Region mit niedrigen Einkommen (Afrika südlich der Sahara, Abb 7). Zu beachten ist die unterschiedliche Skalierung der x-Achsen.

Fazit

Die jeweils wichtigsten Krankheiten und Gesundheitsprobleme und auch die für diese verantwortlichen Risikofaktoren unterscheiden sich sehr von Land zu Land und von Region zu Region. Im globalen Durchschnitt sind nicht-übertragbare Krankheiten und lebensstilbedingte Risikofaktoren für den größten Teil der Krankheitslast verantwortlich.

Insbesondere in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen steigt der Anteil dieser Krankheiten und Risikofaktoren stark an, während klassische armuts-assoziierte Krankheiten zwar weniger werden, aber weiterhin ein großes Problem darstellen. Auch innerhalb einzelner Länder gibt es in Abhängigkeit der sozialen und geographischen Lage oft große Unterschiede im Gesundheitsstatus.

ARMUT, ENTWICKLUNG UND GESUNDHEIT



Kapitel 6

Armut, Entwicklung und Gesundheit

In fast allen Ländern der Welt leben die Menschen heute rund doppelt so lange wie vor 200 Jahren. Gerade in vielen Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen hat sich die Gesundheitssituation in den letzten Jahrzehnten stark verbessert. Doch auch heute noch leben die Menschen in den reichsten Ländern rund 30 Jahre länger und verdienen rund 30-mal so viel wie Menschen in den ärmsten Ländern.

Wieso ist das so? Wieso konnten weltweit so große Fortschritte erzielt werden und wieso sind die Unterschiede zwischen den verschiedenen Weltregionen und auch innerhalb einzelner Länder und Regionen immer noch so groß? Diese Fragen stehen im engen Zusammenhang mit dem Begriff der Entwicklung, um den es im folgenden Absatz gehen soll.

Zum Begriff der Entwicklung

Entwicklung ist ein vager und kontroverser Begriff. Im Laufe der letzten Jahrzehnte waren jeweils unterschiedliche Definitionen beziehungsweise Verständnisse von diesem Begriff vorherrschend und damit assoziierte Vorstellungen sind auch heute noch verbreitet: Der Begriff wird in Verbindung gebracht mit Phänomenen wie Industrialisierung, Modernisierung und Armutsbekämpfung im Sinne einer Befriedigung materieller Grundbedürfnisse, aber auch mit „Verwestlichung“, einer blinden Ausrichtung auf materielle Werte, der Zerstörung der Umwelt und als traditionell wahrgenommener Kulturen.

Eine der aktuell einflussreichsten Definitionen von Entwicklung geht insbesondere auf den indischen Wirtschaftsnobelpreisträger Amartya Sen zurück, der in seinem Buch *Development as Freedom* Entwicklung als die Ausweitung der Auswahlmöglichkeiten (*choices*) und der realen Verwirklichungschancen (*capabilities*) von Menschen definiert. Entwicklung in diesem Sinne ist ein Sammelbegriff für all diejenigen Veränderungen der wirtschaftlichen, politischen und gesellschaftlichen Bedingungen, welche die Möglichkeiten von Menschen vergrößern, ihr Leben so zu gestalten und zu leben, wie sie es für sich aus guten Gründen wünschen. In diesem Sinne ist Entwicklung

also eine Zunahme an Freiheit - allerdings nicht nur an theoretischer, rechtlicher Freiheit, sondern auch an realer Freiheit, die unter den gegebenen Bedingungen tatsächlich gelebt und verwirklicht werden kann. In diesem Sinne stellt die amerikanische Philosophin Martha Nussbaum in ihrem Buch *Creating Capabilities* fest, dass wir alle Entwicklungsländer sind, da in jedem Land das volle Potenzial zur Entfaltung eines jeden Menschen bei Weitem noch nicht vollständig ausgeschöpft ist und es in allen Ländern Möglichkeiten gibt, dieses zu einer noch volleren Entfaltung zu bringen.

Wie lässt sich Entwicklung messen? Versteht man Entwicklung im oben genannten Sinne als Freiheit, so ist sie notwendigerweise multidimensional und kann nicht auf bestimmte messbare Indikatoren reduziert werden. Doch aus Gründen des Platzes und der Übersichtlichkeit soll im Folgenden die Entwicklung der Menschheit während der letzten 10.000 Jahre anhand von zwei Indikatoren dargestellt werden, denen oft besondere Bedeutung beimessen wird: Dem Einkommen und der Lebenserwartung. Gerade für länger zurückliegende Zeiträume beruhen entsprechende Zahlen auf Schätzungen, die nach Ansicht der meisten Fachleute jedoch solide genug sind, um grobe Trends zuverlässig wiederzugeben.

Menschliche Entwicklung von der Vorgeschichte bis heute

Bis vor rund 10.000 Jahren lebten die Menschen weltweit in kleinen Gruppen von Jägern und Sammlern. Die meisten AnthropologInnen gehen heute davon aus, dass die durchschnittliche Lebenserwartung ab dem Zeitpunkt der Geburt damals bei 20 bis 30 Jahren lag und die Menschen im Allgemeinen dazu in der Lage waren, sich abwechslungsreich und ausreichend zu ernähren und sich den klimatischen Bedingungen angepasst zu kleiden. Gemessen in heutigen Kategorien entspräche ein solcher materieller Lebensstandard einem Einkommen von rund 500 US\$ PPP pro

Kopf und Jahr (Die Abkürzung PPP steht für *purchasing power parities*, oder Kaufkraftparitäten. Dies bedeutet, dass die entsprechenden Geldbeträge inflations- und wechselkursbereinigt sind und die reale Kaufkraft des Geldes wiedergeben). Die neolithische Revolution - die Ausbreitung der Landwirtschaft und die zunehmende Sesshaftigkeit des Menschen - ließ zwar die Bevölkerungszahl ansteigen, brachte aber nach Ansicht der meisten WissenschaftlerInnen keine dauerhafte, flächendeckende Verbesserung der Lebensbedingungen.

Erst ab ca. 1500 n.Chr. scheinen unter der Bevölkerung einiger Weltregionen - in Europa und Asien - Einkommen und Lebenserwartung dauerhaft und flächendeckend angestiegen zu sein. Bis zum Jahr 1800 stieg die Lebenserwartung in Europa und Ostasien auf rund 30-40 Jahre und das durchschnittliche Einkommen auf rund 1000 US\$ PPP pro Kopf und Jahr. Abbildung 1 illustriert die anschließende Entwicklung bis zur Gegenwart. Während des 18. Jahrhunderts stiegen in Europa und den USA Einkommen und Lebenserwartung an, während beides in der restlichen Welt stagnierte. Ab ca. 1945 begann auch in der restlichen Welt die Lebenserwartung langsam zu steigen, doch vergrößerte sich der Abstand zu den Vorreitern an der Spitze weiter. Im Jahr 1960 war die Welt zweigeteilt: Zwischen den Industrieländern auf der einen Seite, mit hohem Einkommen und hoher Lebenserwartung, und der restlichen, der weit abgeschlagenen *Dritten Welt* auf der anderen Seite.

Doch diese zweigeteilte Welt ist heute schon wieder Vergangenheit, denn nach 1960 begann die Lebenserwartung gerade in vielen der ärmsten Ländern schnell anzusteigen. Zudem stieg insbesondere in vielen Ländern Asiens und Lateinamerikas das Einkommen deutlich. In Ländern wie China, Indien und Brasilien bildete sich eine breite Mittelschicht heraus.

Die Welt, in der wir heute leben, ist weiter von massiven Ungleichheiten geprägt, doch haben während der letzten Jahrzehnte viele vom Fortschritt profitiert, und die Mehrzahl der Menschen befindet sich heute nicht mehr am unteren Ende, sondern in der Mitte der globalen Verteilung von Wohlstand und Gesundheit. Und trotz dieser Fortschritte sollte nicht vergessen werden, dass weiterhin etwa eine Milliarde Menschen in extremer Armut lebt - insbesondere in Afrika südlich der Sahara sowie in Teilen Südostasiens.

Exkurs: Die Ursprünge der Ungleichheit

Von der Vorgeschichte bis zur Industriellen Revolution

Vor 10.000 Jahren lebten die Menschen überall auf der Welt als Jäger und Sammler. In den darauf folgenden Jahrtausenden entstanden in Eurasien (der gemeinsamen Landmasse Europas und Asiens) Gesellschaften, welche denen der restlichen Welt wirtschaftlich, technologisch und militärisch weit überlegen waren.

Wie kam es dazu? Wieso wurde Amerika von EuropäerInnen erobert und nicht umgekehrt? Wieso entstanden in China und Japan wirtschaftlich und politisch mächtige Staaten, nicht aber in Australien und Afrika? Ein derzeit von vielen WissenschaftlerInnen anerkanntes Erklärungsmodell für diese Fragen wird von dem amerikanischen Historiker und Evolutionsbiologen Jared Diamond in seinem Buch *Guns, Germs and Steel* vorgestellt. Er geht davon aus, dass vor allem zwei Faktoren dazu geführt haben, dass Eurasien einen Vorsprung gegenüber der restlichen Welt gewann: In Eurasien fanden sich von vornherein deutlich mehr domestizierbare Pflanzen und Tierarten, was die Entwicklung der Landwirtschaft begünstigte. Aufgrund der langen Ost-West-Achse der eurasischen Landmasse konnte sich diese auch schnell innerhalb ähnlicher Klimazonen über den ganzen Kontinent ausbreiten. Landwirtschaft und Sesshaftigkeit führten so in Eurasien deutlich früher und schneller als auf den restlichen Kontinenten zur Entstehung komplexer Hochkulturen, aus denen sich moderne Gesellschaften entwickelten.

Die Industrielle Revolution, der Kolonialismus und die Folgen

Bereits bis zum Jahr 1500 hatten sich menschliche Gesellschaften in den verschiedenen Teilen der Erde unterschiedlich entwickelt – ein Thema, das Jared Diamond untersucht. Doch viele WirtschaftshistorikerInnen gehen davon aus, dass ein Großteil des aktuellen globalen Entwicklungs- und Wohlstandsgefälles erst nach 1500, möglicherweise sogar erst nach 1800 entstanden ist. In internationalen Fachkreisen ist hierfür der Begriff der *Great Divergence* verbreitet, welcher das Auseinanderdriften zwischen dem Westen und Japan einerseits und dem Rest der Welt andererseits in der Folge der neuzeitlichen Industrialisierung und Modernisierung beschreibt. Wieso und wie aber kam es zur *Great Divergence*? Ein von vielen WissenschaftlerInnen anerkanntes Erklärungsmodell wird von den Ökonomen Daron Acemoglu und James A. Robinson in ihrem Buch *Why Nations Fail* dargestellt.

Dieses Erklärungsmodell geht davon aus, dass der entscheidende Faktor für wirtschaftliche Entwicklung das Vorhandensein von guten, inklusiven Institutionen ist. Dabei ist mit Institutionen die Gesamtsumme aller Regeln und Normen einer Gesellschaft gemeint.

Gute Institutionen zeichnen sich demnach dadurch aus, dass sie die Eigentumsrechte möglichst aller BürgerInnen schützen und diese an wirtschaftlicher Entwicklung partizipieren lassen, und dass sie politischen Autoritäten einen Anreiz geben, auf die Bedürfnisse der BürgerInnen zu reagieren. Nur solche Institutionen gäben den Menschen den Anreiz, langfristig zu sparen, zu investieren und so die Grundlage für wirtschaftliche Entwicklung zu schaffen.

Solche Institutionen entstanden in Europa und in jenen Kolonien, in denen europäische Siedler für ihre Eigentums- und Partizipationsrechte eintraten: In Nordamerika, in Chile und Argentinien, in Australien und Neuseeland. In jenen Kolonien hingegen, die von den Europäern nur erobert wurden, um Ureinwohner und Rohstoffe auszubeuten, installierten die europäischen Kolonisatoren das genaue Gegen-

teil von inklusiven Institutionen: Extraktive, das heißt ausbeuterische und ausschließende Institutionen, welche dem allergrößten Teil der Bevölkerung Eigentums- und Partizipationsrechte vollständig vorenthielten und nur auf kurzfristige Ausbeutung zu Gunsten einer kleinen Elite ausgerichtet waren. Unter solchen Bedingungen haben Menschen keinen Anreiz zu sparen und zu investieren, was langfristige wirtschaftliche Entwicklung erschwerte. Nach teils mehreren Jahrhunderten europäischer Kolonialherrschaft waren diese Institutionen teilweise so fest etabliert, dass sich oft nach deren Ende nur einheimische Diktatoren an die Stelle der europäischen Kolonialherren setzten. In manchen Weltregionen hatten auch andere Einflüsse zur Entstehung extraktiver Institutionen beigetragen, so zum Beispiel der arabische Sklavenhandel in Ostafrika. Teilweise wirkt dieses ungünstige institutionelle Erbe bis heute fort und wird von lokalen Machteliten aufrechterhalten und fortentwickelt. Ein grundlegender institutioneller Wandel musste und muss in allen diesen Ländern erst langsam und mühsam erkämpft und erarbeitet werden.

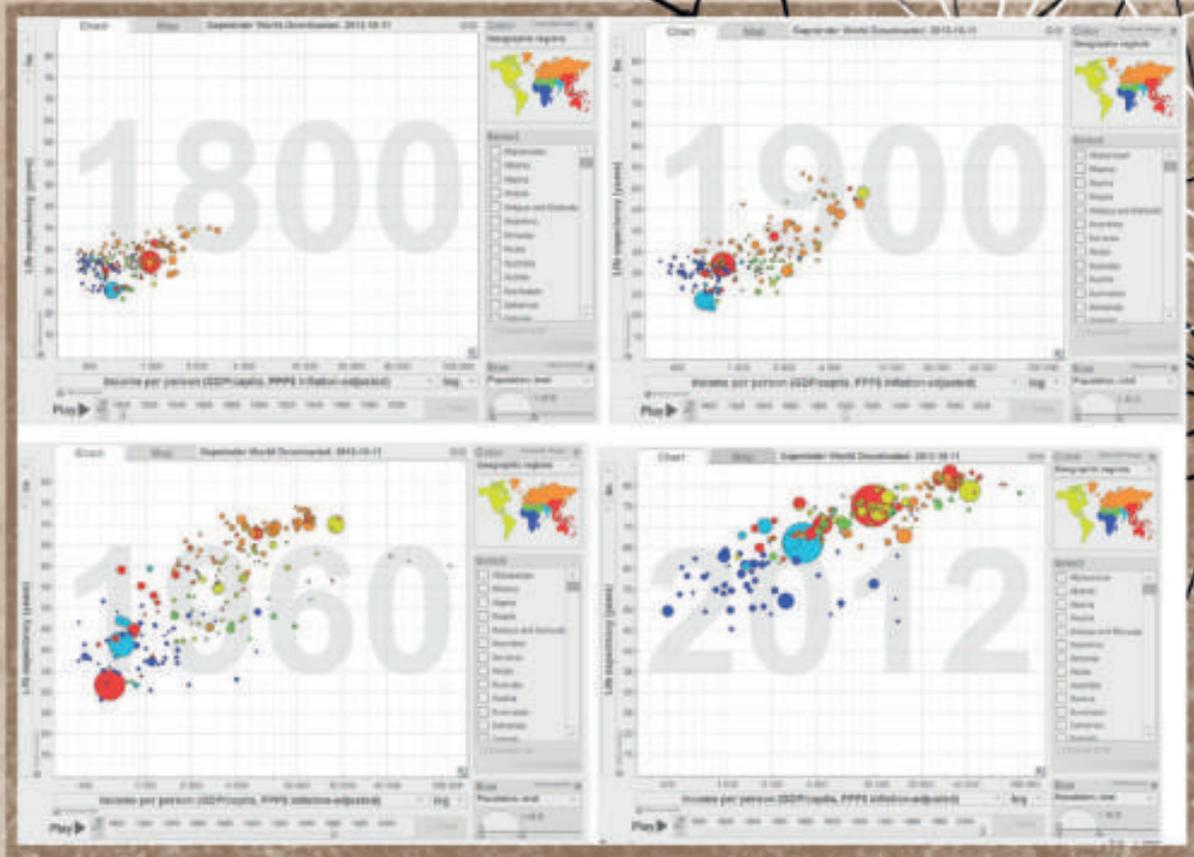


Abbildung 1: Lebenserwartung (y-Achse) und Einkommen (x-Achse) von 1800 bis 2012. Bei den Zahlen für 1800 handelt es sich um grobe Schätzungen. Animierte und mit Erläuterungen versehene Versionen dieser Graphiken finden sich auf www.gapminder.org.

Die Graphiken in Abbildung 1 zeigen nicht nur die zeitliche Entwicklung von Durchschnittseinkommen und Lebenserwartung, sondern sie lassen auch Schlüsse über den Zusammenhang zwischen diesen beiden Variablen zu. Höhere Einkommen gehen im Allgemeinen mit höherer Lebenserwartung einher und es gibt auch tatsächlich viele Hinweise dafür, dass sich diese beiden Größen gegenseitig positiv beeinflussen.

Doch fällt auch auf, dass beispielsweise Vietnam und Indien beim Durchschnittseinkommen eng beieinander, bei der Lebenserwartung jedoch 10 Jahre auseinander liegen. In Bangladesch und Russland hingegen ist die Lebenserwartung vergleichbar, obwohl

das Durchschnittseinkommen in Russland fünfmal so hoch ist wie in Bangladesch.

Offensichtlich beeinflussen neben dem Einkommen also noch andere Faktoren den Gesundheitsstatus einer Bevölkerung - etwa staatliche Investitionen in das Gesundheits- und Bildungssystem und das Ausmaß gesellschaftlicher Ungleichheit. Dem letzten Punkt kommt eine besondere Bedeutung zu, da gerade in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen die Ungleichheiten zwischen einzelnen Bevölkerungsgruppen und Landesteilen oft sehr stark ausgeprägt sind, was bei der Betrachtung von landesweiten Durchschnittswerten aus dem Blick gerät. Die animierten Graphiken und Videos auf der Seite www.gapminder.org bieten Möglichkeiten, diese Zusammenhänge weiter zu erforschen.

Wie geht es weiter?

Aussagen über zukünftige Entwicklungen sind stets mit Unsicherheiten behaftet. Mortalitäts- und Morbiditätstrends verlaufen dabei im Allgemeinen stabiler als die wirtschaftliche Entwicklung und lassen daher zuverlässigere Zukunftsprognosen zu. In der Fachzeitschrift *Lancet* wurde 2013 ein Bericht mit dem Titel *Global health 2035: a world converging within a generation* veröffentlicht. Innerhalb der nächsten 20 Jahre könne, so der Bericht, durch die Kombination wirtschaftlicher Entwicklung und zielgerichteter Politik eine weitgehende Angleichung von Gesundheit und Lebenserwartung in nahezu allen Ländern der Welt erreicht werden. Als realistisches Vorbild werden vier Länder mit mittleren Einkommen genannt, die heute schon einen mit den reichsten Ländern vergleichbaren Gesundheitsstatus erreicht haben: Die 4C, Chile, China, Costa Rica und Cuba.

Viele WirtschaftswissenschaftlerInnen gehen davon aus, dass die meisten Länder mit niedrigen und mittleren Einkommen nicht nur gesundheitlich, sondern auch wirtschaftlich weiter aufholen werden. Doch sind hier die Variationen zwischen verschiedenen Ländergruppen größer und auch in Abhängigkeit davon, wessen Prognosen man vertrauen möchte. Besonders unklar ist die Prognose für die ärmsten Menschen der Welt, die sogenannte *bottom billion*, die ärmste Milliarde. Diese rund 15% der Weltbevölkerung, größtenteils in den Ländern Subsahara-Afrikas sowie in Indien lebend, werden die größten Schwierigkeiten haben, von der globalen Entwicklung zu profitieren. Im Sommer 2014 präsentierte das Magazin *The Economist* in einer Sonderausgabe eine einfache Rechnung: Zwischen 2000

und 2010 wuchs die Wirtschaft in den Schwellenländern mit rund 7,5% pro Jahr und damit um knapp fünf Prozentpunkte schneller als in den Industrieländern. Setzt sich diese Entwicklung fort, so würde es nur 30 Jahre dauern, bis die Schwellenländer - und damit die große Mehrheit der Weltbevölkerung - die heutigen Industrieländer eingeholt und einen vergleichbaren materiellen Lebensstandard erreicht hätten. Im Jahr 2013 ist das Wirtschaftswachstum in den Schwellenländern jedoch auf 5% gefallen - bliebe es dabei, würde das Aufholen nicht 30, sondern 60 Jahre dauern. Dies verdeutlicht, wie sehr die zukünftige Entwicklung von variablen politischen und wirtschaftlichen Faktoren abhängt, die sich kaum prognostizieren lassen.

Exkurs: Der postkoloniale Blick und die Ursprünge der Tropenmedizin

Auch die Anfänge der Tropenmedizin und der Globalen Gesundheit als Fachdisziplin liegen in der Kolonialzeit. Damals begleiteten ÄrztInnen Kolonialtruppen, um diesen medizinische Hilfe zu leisten. Die Tropen dienten dabei auch als Labor für viele europäische WissenschaftlerInnen wie zum Beispiel Robert Koch, der nach Ägypten, Indien und Ostafrika reiste, um dort Malaria zu erforschen, und den Cholera-Erreger entdeckte. Fortschritte im Bereich der Öffentlichen Gesundheit fanden dann auch Einzug in die Tropenmedizin. Prinzipiell ist Öffentliche Gesundheit (oder Public Health) auf die Gesundheit einer Bevölkerung ausgerichtet und beinhaltet Programme und Strategien zur Förderung von Gesundheit auf Populationsebene, mehr als auf individueller Ebene.

Die Vorstellung von International Health bezieht sich vorwiegend auf Gesundheitsprogramme zwischen zwei Ländern, von denen eines oft als Geberland fungiert, das einem Land mit schwächerem Gesundheitssystem oder akuten Gesundheitsproblemen Hilfe, etwa in materieller, finanzieller oder personeller Form, leistet. Dies wird häufig damit verbunden, dass Andere – in der Regel BewohnerInnen von Ländern des Globalen Südens – unsere Hilfe aus dem Globalen Norden benötigen. Dieses Bild einer getrennten Welt findet sich in vielen Stereotypen in den Medien wieder, zum Beispiel in der Formulierung der sogenannten *Dritten Welt* und der *Hilfe für Entwicklungsländer*.

Das Konzept der Globalen Gesundheit

Das Konzept der Globalen Gesundheit (oder Englisch *global health*) existiert erst seit einigen Jahren und wird als interdisziplinäres Gebiet sowie Lehr- und Forschungsfeld verstanden, das anders als die klassische Tropenmedizin nicht nur Medizin und Mikrobiologie einschließt, sondern auch soziologische, ökonomische, politische und anthropologische Perspektiven und Einflussfaktoren auf die Gesundheit in einer globalisierten Welt berücksichtigt. Zudem setzt es die Prämisse “health for all“ an die Stelle der früher oft vorherrschenden Perspektive “health for them“.

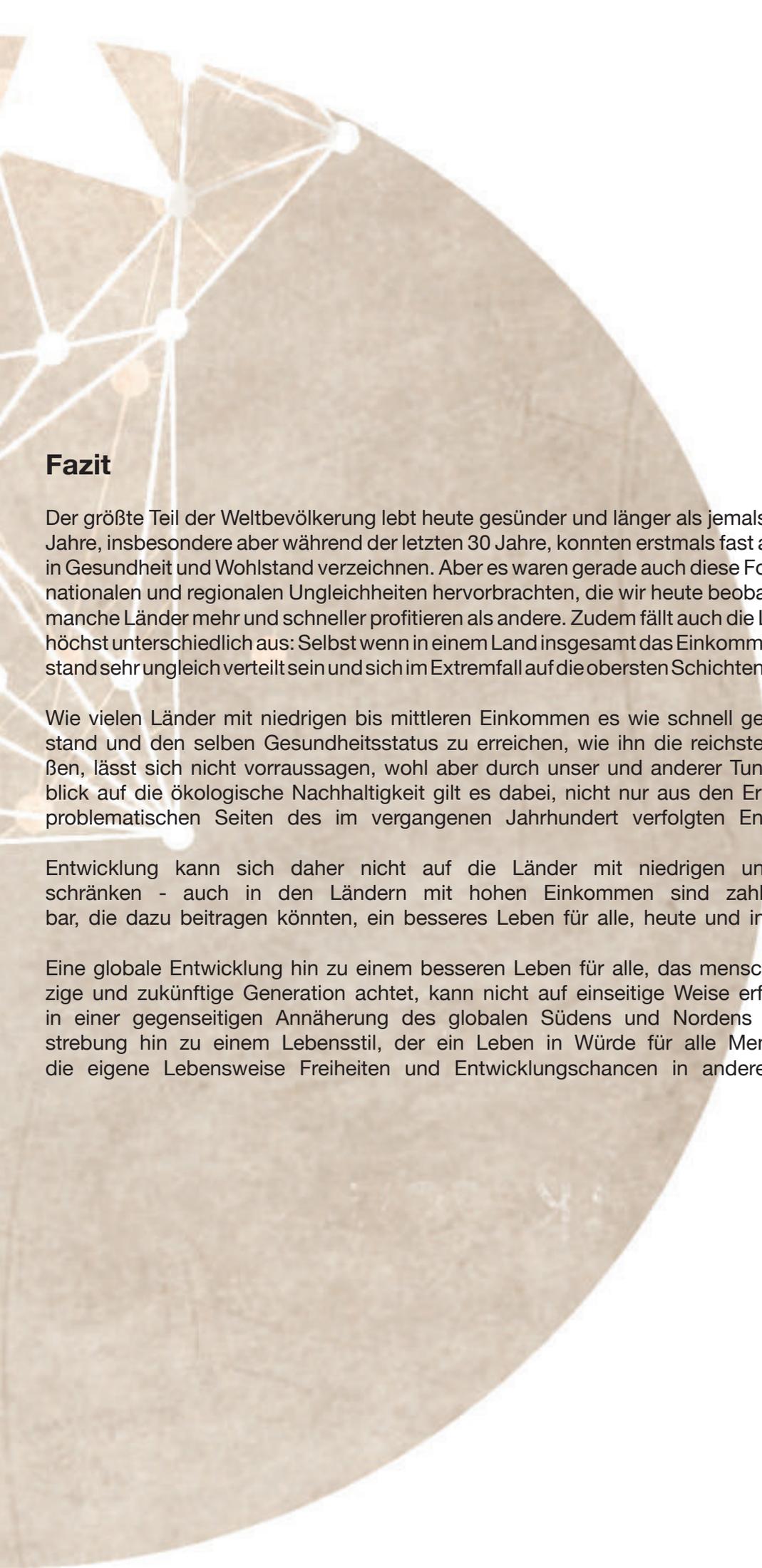
Das Konzept der globalen Gesundheit versucht, die perspektivischen und disziplinären Einschränkungen der in der Kolonialzeit entstandenen Tropenmedizin zu überwinden. Dennoch finden sich auch in diesem Politik- und Forschungsfeld noch Denkmuster des kolonialen Weltbildes. Solche Muster und die damit verbundenen Machtstrukturen werden von den *postcolonial studies* thematisiert. Der Begriff Postkolonialismus geht dabei davon aus, dass die Länder Afrikas, Asiens und Lateinamerikas zwar alle ihre formelle politische Unabhängigkeit erlangt haben, aber weiter in sehr ungleiche globale Machtstrukturen eingebunden sind. Dazu gehören ökonomische Abhängigkeiten, politische Ungleichheiten (beispielsweise richtet sich der Stimmenanteil beim Internationalen Währungsfonds nach den Beitragszahlungen der jeweiligen Mitgliedsstaaten), eine kulturelle Dominanz westlicher Normen, ungleich verteilte Bewegungsmöglichkeiten (Stichwort Migration) sowie eine Vormachtstellung europäischer und nordamerikanischer wissenschaftlicher Institute und deren Methoden und Denkweisen. Ein Beispiel hierfür sind die Forschungszentren deutscher Tropeninstitute in Afrika. Dass andererseits eine sudaneseische Forschungsgruppe eine Studie über das Zusammenleben Deutscher durchführt, erscheint hingegen ungewöhnlich (Die *reverse ethnography* hat gezeigt, dass eine solche Rollenumkehr sehr erhellend sein kann). Die Herrschaftsstrukturen des Kolonialismus wirken so fort am Grunde unseres Denkens, unserer Einteilung der Disziplinen bzw. der Welt und in unserer Sprache: Mit der vermeintlich neutralen geografischen Einteilung der Welt in Norden und Süden assoziieren wir automatisch die Gegenüberstellung des entwickelten Erdteils mit dem unterentwickelten; – und dass letzterer nach dem Vorbild des ersten entwickelt werden sollte. Um solche unsichtbaren Konnotationen sichtbar zu machen bzw. zu überwinden, sprechen die *postcolonial studies* z.B. von *globalem Norden* und *globalem Süden*.

Postkoloniale Theorien werden vor allem mit den drei WissenschaftlerInnen Edward Said, Homi Bhaba und Gayatri Chakravorty Spivak in Verbindung gebracht. Said entwarf das Konzept des *othering* an dem Beispiel, dass der Okzident im Orient eine andere und teilweise entgegengesetzte Kultur konstruierte, um sich eine eigene Identität zu erstellen. Spivak beschrieb dann den Begriff “Subaltern“. Damit bezeichnet sie Gruppen von Unterdrückten, denen bereits von Beginn an die Möglichkeit genommen ist, sich selber zu äußern und somit Teil eines politischen Prozesses zu werden.

Oft überlagern sich verschiedene Diskriminierungsformen, und auch die Rollenverteilung zwischen Unterdrückten und Unterdrückten ist oft nicht eindeutig. Machthaber und andere privilegierte Gruppen in asiatischen, arabischen und afrikanischen Ländern argumentieren zum Beispiel teilweise, dass es sich bei Menschenrechten und Demokratie um *westliche Werte* handle und dass sich diese grundsätzlich von den *asian values*, den islamischen oder afrikanischen Werten unterscheiden. Auf Menschenrechten und Demokratie zu beharren sei daher eine Form des *Kulturimperialismus* und eine neue Art des Kolonialismus. Solche Argumentationen beruhen jedoch oft auf unvollständigen historischen Annahmen (so haben zum

Beispiel Menschen in verschiedenen Weltregionen unabhängig voneinander begonnen, demokratische Ideen und Praktiken zu entwickeln - das alte Griechenland ist also nicht der einzige *Ursprungsort* der Demokratie). Vor allem liegt die Gefahr einer solchen Argumentation jedoch darin, dass innerhalb der jeweiligen Länder bestimmten Gruppen Rechte vorenthalten werden: Frauen, ethnischen, religiösen oder politischen Minderheiten, Menschen mit Behinderung oder abweichender sexueller Orientierung.

Das Argument, man müsse sich gegen kulturelle Unterdrückung von Außen wehren, kann also dazu verwendet werden, innere Unterdrückung zu rechtfertigen.



Fazit

Der größte Teil der Weltbevölkerung lebt heute gesünder und länger als jemals zuvor. Während der letzten 70 Jahre, insbesondere aber während der letzten 30 Jahre, konnten erstmals fast alle Länder der Welt Fortschritte in Gesundheit und Wohlstand verzeichnen. Aber es waren gerade auch diese Fortschritte, welche die massiven nationalen und regionalen Ungleichheiten hervorbrachten, die wir heute beobachten: Denn bis heute konnten manche Länder mehr und schneller profitieren als andere. Zudem fällt auch die Lage innerhalb einzelner Länder höchst unterschiedlich aus: Selbst wenn in einem Land insgesamt das Einkommen gestiegen ist, kann der Wohlstand sehr ungleich verteilt sein und sich im Extremfall auf die obersten Schichten der Gesellschaft konzentrieren.

Wie vielen Ländern mit niedrigen bis mittleren Einkommen es wie schnell gelingen wird, den selben Wohlstand und den selben Gesundheitsstatus zu erreichen, wie ihn die reichsten Länder bereits heute genießen, lässt sich nicht vorraussagen, wohl aber durch unser und anderer Tun beeinflussen. Gerade im Hinblick auf die ökologische Nachhaltigkeit gilt es dabei, nicht nur aus den Erfolgen, sondern auch aus den problematischen Seiten des im vergangenen Jahrhundert verfolgten Entwicklungsmodells zu lernen.

Entwicklung kann sich daher nicht auf die Länder mit niedrigen und mittleren Einkommen beschränken - auch in den Ländern mit hohem Einkommen sind zahlreiche Veränderungen denkbar, die dazu beitragen könnten, ein besseres Leben für alle, heute und in Zukunft möglich zu machen.

Eine globale Entwicklung hin zu einem besseren Leben für alle, das menschliche Grundrechte für die jetzige und zukünftige Generation achtet, kann nicht auf einseitige Weise erfolgen. Vielmehr liegt der Weg in einer gegenseitigen Annäherung des globalen Südens und Nordens und einer gemeinsamen Bestrebung hin zu einem Lebensstil, der ein Leben in Würde für alle Menschen ermöglicht und durch die eigene Lebensweise Freiheiten und Entwicklungschancen in anderen Regionen unverletzt lässt.



GESUNDHEITSSYSTEME IM INTERNATIONALEN VERGLEICH

Kapitel 7

Gesundheitssysteme im internationalen Vergleich

Während deines Auslandsaufenthalts wirst du möglicherweise mit einem Gesundheitssystem in Kontakt kommen, welches sich sehr von dem dir bekannten unterscheidet. Darin liegt auch eine Chance, mehr darüber zu lernen und selber zu erleben, welchen Einfluss die organisatorischen Rahmenbedingungen eines Gesundheitssystems auf die eigene Arbeit haben. Dir werden Erwartungen und das Verhalten der PatientInnen, ÄrztInnen oder Pflegekräfte möglicherweise sonderbar oder unverständlich erscheinen. Oftmals sind finanzielle und medizinische Mittel rar und du wirst neue Strategien und Herangehensweisen kennenlernen, wie knappe Ressourcen genutzt und Probleme bewältigt werden. Auch wirst du möglicherweise mit PatientInnen in Kontakt kommen, denen kein Zugang zu dir selbstverständlich erscheinenden medizinischen Leistungen möglich ist.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert das Gesundheitssystem als die Gesamtsumme aller Aktivitäten in einem Land, welche das Ziel verfolgen, die Gesundheit der Bevölkerung zu fördern, wiederherzustellen oder zu erhalten. Somit können abhängig von den Gegebenheiten des jeweiligen Landes neben staatlichen und nicht-staatlichen Institutionen auch traditionelle HeilerInnen, SchamanInnen oder Dorfälteste zum Gesundheitssystem zählen. In manchen Regionen stellen diese Akteure für große Teile der Bevölkerung sogar den einzigen Zugang zu medizinischer Versorgung dar.

Zudem ist es wichtig, sich bewusst zu machen, dass Gesundheitssysteme mehr beinhalten als Einrichtungen zur Erbringung präventiver, diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Sie verfügen über viele weitere Rollen und Funktionen:

- Sie kontrollieren und regulieren kulturell, sozial und religiös fundamentale bedeutsame Lebensereignisse und Phänomene wie Konzeption, Schwangerschaft, Geburt, Krankheit, Sterben und Tod. Damit sind sie oft Kristallisationspunkte für soziokulturelle und gesellschaftliche Moralvorstellungen und ihre Weiterentwicklung.
- Sie sind die Quelle für Einkommen und Beschäftigung für durchschnittlich rund 10% der Bevölkerung.
- Sie bilden einen bedeutenden Teil der Gesamtwirtschaft (ebenfalls im Durchschnitt rund 10%) mit wichtigen Effekten auf Wirtschaftswachstum, Produktivität, Beschäftigung und Staatshaushalt.
- Sie sind ein System, über das finanzielle und sonstige Ressourcen innerhalb der Gesellschaft umverteilt werden können, da in der Regel manche Menschen mehr beziehungsweise weniger in das Gesundheitssystem einzahlen als sie an entsprechenden Leistungen empfangen.
- Sie sind Hotspots des wissenschaftlichen und technologischen Fortschritts und einer der wichtigsten Berührungspunkte der allgemeinen Bevölkerung mit Wissenschaft und moderner Technik.
- Sie sind daher auch Austragungsort von (partei-)politischen, ideologischen, ökonomischen, kulturellen und ethisch-moralischen Konflikten, Kämpfen und Kampagnen.

Diese vielfältigen Funktionen eines Gesundheitssystems sind historisch gewachsen. Sie stellen in ihrer Gesamtheit das Ergebnis der im Laufe der Geschichte des jeweiligen Landes wirksamen politischen, kulturellen, religiösen und wirtschaftlichen Entwicklungen dar. Praktische Erfahrungen im Gesundheitssystem eines Landes zu sammeln, ist daher auch eine sehr gute Gelegenheit, viel über die Geschichte, die Kultur, die Politik und die sozioökonomischen Gegebenheiten des jeweiligen Landes zu lernen. Es kann hilfreich sein, sich schon im Vorfeld über entsprechende Hintergründe zu informieren, um Erlebnisse und Eindrücke während des Aufenthalts besser verstehen und in ihren Kontext einordnen zu können.

Um sich etwas Orientierung zu verschaffen, kann es hilfreich sein, das Gesundheitssystem des Heimat- und Gastlandes anhand verschiedener Kriterien mit-

einander zu vergleichen.

Einen Überblick über mögliche Einteilungskriterien gibt Kasten 1, wobei zu beachten ist, dass in der Realität stets Mischtypen vorliegen. Beispielsweise verfolgt kein Land einen ausschließlich kurativen oder ausschließlich präventiven Ansatz, jedoch können die Schwerpunkte in einzelnen Gesundheitssystemen erheblich voneinander abweichen. Darüber hinaus sind Kombinationen der verschiedenen Merkmale möglich: So kann die Finanzierung weitgehend staatlich beziehungsweise öffentlich, das Erbringen von Gesundheitsleistungen in Praxen und Krankenhäusern hingegen vorwiegend privatwirtschaftlich und frei-gemeinnützig organisiert sein, wie dies in Deutschland der Fall ist. Außerdem findest du im Anhang 2 eine Tabelle, in welche du die einzelnen Merkmale der Gesundheitssysteme in deinem Heimat- und Gastland eintragen kannst, sowie Informationsquellen für die entsprechende Recherche.

Kasten 1: Kriterien zur Klassifikation von Gesundheitssystemen

Zielsetzung:	Kurativ oder präventiv
Finanzierung:	Steuerfinanziert, sozialversicherungsfinanziert, privatversicherungsfinanziert, oder out-of-pocket-finanziert
Erbringung: (Besitz- bzw. Beschäftigungsverhältnis im stationären und ambulanten Bereich)	Staatlich, frei-gemeinnützig oder privat-gewinnorientiert
Zentralisierung:	Zentrale, regionale oder kommunale Zuständigkeit
Regelsetzungskompetenz:	Staatlich reguliert, selbstverwaltungsorientiert/korporatistisch oder marktbasierend-selbstregulierend
Ressourcen: (Ausmaß der finanziellen, materiellen und personellen Ressourcen)	Ressourcenreiche vs. ressourcenarme Systeme
Kontraktierungsmodus:	Einschreibe-/Einweisungssysteme oder freie Arzt- und Krankenhauswahl durch die PatientInnen
Abrechnungs-/Entlohnungsmodell:	Fixbetragsysteme (Entlohnung pro betreuteN PatientIn) oder Einzelabrechnungssysteme (Entlohnung pro vorgenommene diagnostische/therapeutische Maßnahme) oder Mischtypen (zum Beispiel <i>Disease-Related-Group-Systeme</i>)
Steuerungsmodus: (wie wird versucht, das Verhalten der Beschäftigten im Gesundheitssystem und der PatientInnen in gewünschte Richtungen zu lenken)	Ökonomisch-finanzielle vs. straf-/berufsrechtliche vs. ethisch-moralische Steuerung
Beschäftigungsstruktur:	Ärztlich dominierte vs. interprofessionell orientierte Systeme
Spezialisierungsgrad:	Allgemein-/hausärztlich oder fachärztlich geprägte Systeme
Medizinverständnis:	<i>Traditionell</i> vs. <i>modern</i> , bio- vs. sozialmedizinisch





Gesundheitssysteme können sich nicht nur in ihren Organisationsprinzipien unterscheiden, sondern auch hinsichtlich ihrer Qualität. Die teils enormen Differenzen in Gesundheitsstatus und Lebenserwartung in verschiedenen Ländern werden zwar, wie in Kapitel 6 beschrieben, zu einem großen Teil durch Faktoren außerhalb des Gesundheitssystems bedingt - etwa die Wirtschaftskraft, das Bildungssystem und die Wohlstandsverteilung innerhalb eines Landes -, doch können auch Unterschiede in der Qualität des Gesundheitssystems ihren Teil dazu beitragen, dass Menschen in einigen Ländern gesünder und länger leben als in anderen.

Eine Auswahl möglicher Qualitätskriterien eines Gesundheitssystems ist in Kasten 2 aufgeführt, wobei mit der Reihenfolge keine Wertung der Wichtigkeit der verschiedenen Qualitätskriterien verbunden ist.

Ob einem persönlich das allgemeine Leistungsniveau, die Gleichheit im Zugang, das Ausmaß an Auswahlmöglichkeiten oder die Innovationsleistung des Gesundheitssystems wichtiger ist und wie man diese einschätzt, kann von individuellen Überzeugungen und Erfahrungen abhängen, für die es keinen objektiven Maßstab gibt.

Kasten 2 in Anhang 2 kann dir dabei helfen, das Gesundheitssystem deines Heimat- und deines Gastlandes im Vergleich zu bewerten. Dabei wird dir vielleicht auffallen, dass Gesundheitssysteme bestimmter Länder in einigen Punkten gut und bei anderen deutlich schlechter abschneiden. So werden beispielsweise die USA im Hinblick auf das durchschnittliche Leistungsniveau, die Auswahlmöglichkeiten und die Innovationsleistung meist sehr viel besser bewertet als im Hinblick auf Effizienz und Inklusivität.

Das deutsche Gesundheitssystem zeigt hingegen nach Ansicht der meisten BeobachterInnen weniger starke Variationen und liegt bei internationalen Vergleichen bei den meisten der genannten Kriterien im mittleren bis oberen Bereich.

Kasten 2: Merkmale zur Qualitätsbestimmung eines Gesundheitssystems

Leistungsniveau	Umfang und Niveau erbrachter Leistungen
Effizienz	Effizienz in der Ressourcennutzung
Inklusivität	Ausmaß der Gleichheit im Zugang zu Gesundheitsleistungen
Finanzierungsgerechtigkeit	Wahrgenommene Gerechtigkeit der Verteilung der Kosten des Gesundheitssystems auf verschiedene Bevölkerungsgruppen
Auswahlmöglichkeiten	Ausmaß der Wahlmöglichkeiten von der PatientInnen und Beschäftigten des Gesundheitssektors
Responsivität (<i>responsiveness</i>)	Ausmaß und Schnelligkeit des Eingehens und Ansprechens des Gesundheitssystems auf sich verändernde objektive und subjektive Bedürfnisse der Bevölkerung und einzelner PatientInnen
Innovationsleistung	Förderung des medizinisch-wissenschaftlichen Fortschritts
Absicherung	Ausmaß der finanziellen und sozialen Absicherung im Krankheitsfall
Arbeitsbedingungen	Qualität der Arbeitsbedingungen für die Beschäftigten des Gesundheitssektors

Wenn du deinen Auslandsaufenthalt in einem Land mit niedrigem Einkommen verbringst, wirst du wahrscheinlich von Begriffen wie *Primary Health Care* und *Universal Health Coverage* hören, sowie von vertikalen, horizontalen und diagonalen Ansätzen. Um diese Begriffe und entsprechende Debatten zu verstehen, ist ein kurzer historischer Exkurs hilfreich.

Mit vertikalen Ansätzen sind Programme zur Bekämpfung einzelner, spezifischer Krankheiten und Gesundheitsprobleme gemeint. Das bekannteste und erfolgreichste vertikale Gesundheitsprogramm führte 1980 zur weltweiten Eradikation der Pocken. Ähnliches wurde für andere wichtige Infektionskrankheiten wie Malaria und Tuberkulose versucht. Doch für diese Krankheiten war der krankheitsspezifische, vertikale Ansatz, der auf kurzfristigen, oft extern finanzierten und organisierten Kampagnen und mobilen Eradikationsteams beruhte, aus verschiedenen Gründen weniger erfolgreich.

Nicht nur aufgrund dieser Misserfolge setzten Ende der 1970er bis Anfang der 1980er Jahre die WHO und verschiedene Regierungen auf das Konzept von *Primary Health Care*. Dieses Konzept wurde in der Deklaration von Alma-Ata aus dem Jahr 1978 verankert und sieht den flächendeckenden Aufbau dauerhafter, staatlicher Gesundheitseinrichtungen vor, die sich nicht nur einzelnen Krankheiten, sondern einer

Basisgesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung in umfassendem Sinne annehmen. Dies wird auch als horizontaler Ansatz bezeichnet. Nach anfänglicher Euphorie und Erfolgen des *Primary Health Care-Konzeptes* in einigen Ländern, insbesondere solchen mit mittlerem Einkommen, setzte jedoch auch in Hinblick auf diesen Ansatz zunehmend Ernüchterung ein. Insbesondere in Ländern mit niedrigem Einkommen scheiterte der Versuch eines massiven Ausbaus des öffentlichen Gesundheitssystems oftmals an mangelnder Finanzierung und Effizienz der staatlichen Gesundheitsbehörden. Auch zeigte sich dieser Ansatz in vielen Ländern als machtlos gegenüber der rasanten Ausbreitung der HIV-Epidemie in den späten 80er Jahren und der weiterhin hohen Prävalenz an Tuberkulose und Malaria. Heute werden primär zwei alternative Ansätze verfolgt: Mit sogenannten diagonalen Programmen soll die gezielte Bekämpfung einzelner Erkrankungen mit der dauerhaften Stärkung des Gesundheitssystems als Ganzes verbunden werden. Dieser Ansatz wird zum Teil vom *Global Fund to Fight Aids, Malaria and Tuberculosis*, GAVI (Global Alliance for Vaccines and Immunisation) und der *Bill and Melinda Gates Foundation* verfolgt - drei Organisationen, die gemeinsam über ein weit größeres Budget verfügen als die WHO. Darüber hinaus wird von den meisten etablierten

Gesundheitsorganisationen einschließlich der WHO das Konzept der *Universal Health Coverage* vertreten, was häufig mit „universeller Absicherung im Krankheitsfall“ übersetzt wird. Es bedeutet, dass alle Menschen Zugang zu einem breiten Angebot an Gesundheitsversorgung haben sollten, ohne die Gefahr, sich bei Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen finanziell zu ruinieren. Das Konzept von *Universal Health Coverage* lässt dabei jedoch einige Fragen offen, beispielsweise hinsichtlich der Finanzierung oder der Frage, ob eine solche Absicherung durch staatliche oder private Gesundheits- und Versicherungssysteme oder durch eine Kombination aus beidem erreicht werden soll.

Die Bedeutung einer finanziellen und sozialen Absicherung im Krankheitsfall darf nicht unterschätzt werden: Während wir in Ländern mit hohem Einkommen eher mit dem Konzept des sekundären Krankheitsgewinns vertraut sind, kommen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen häufig sekundäre Krankheitsverluste vor, zum Beispiel wenn die Erkrankung eines Elternteils aufgrund hoher Behandlungskosten und verlorenen Einkommens die ganze Familie in finanzielle und soziale Not stürzt.

Fazit

Ein gut vorbereiteter Auslandsaufenthalt bereichert nicht nur mit neuen Erfahrungen und medizinischem Wissen, sondern ermöglicht uns, viel über die kulturellen und gesellschaftlichen Normen und Gegebenheiten eines Landes zu erfahren. Das durch die landestypische Geschichte geformte Gesundheitssystem hat nicht nur großen Einfluss auf die Wirtschaft eines Landes, die wirtschaftliche Situation beeinflusst umgekehrt auch in hohem Maße die Gestaltung des Gesundheitssystems und Möglichkeiten des Zugangs zu Gesundheitsversorgung. Auf individueller Ebene bedeutet dies in negativem Sinne: Armut macht krank und Krankheit macht arm. Da das Gesundheitssystem zu einem hohen Grad den Alltag der Menschen bestimmt, kann darin aber auch eine Chance liegen, durch eine gesündere Gesellschaft Wege aus der Armut zu schaffen.



KONTROVERSEN
UND
KONFLIKTE
ZU THEMEN
GLOBALER
GESUNDHEIT



Kapitel 8

Kontroversen und Konflikte zu Themen Globaler Gesundheit

Beginnt man, sich aus verschiedenen Quellen über globale Gesundheitsthemen zu informieren, so stößt man schnell auf scheinbare oder tatsächliche Widersprüche: Das Bild von der Wirklichkeit, das beispielsweise in Publikationen von Nichtregierungsorganisationen wie Ärzte ohne Grenzen (MSF) gezeichnet wird, ist oft ein gänzlich anderes als jenes, was sich etwa in den Broschüren von pharmazeutischen Unternehmen, den Berichten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder der Weltbank findet. Und auch zwischen den Darstellungen in verschiedenen wissenschaftlichen Fachartikeln oder Lehrbüchern können Welten liegen.



Es gibt verschiedene Gründe dafür, warum bestimmte Fragen wissenschaftlich und politisch kontrovers und umstritten sind: Oft ist die zugrundeliegende wissenschaftliche Evidenz ambivalent und damit offen für unterschiedliche Interpretationen. Die Interpretation der Evidenz wird zudem oft stark beeinflusst von den politischen Weltbildern sowie den individuellen Wertvorstellungen und Prioritäten der jeweiligen KommentatorInnen. Und auch divergierende ökonomische und sonstige Interessen können dazu beitragen, dass die Realität unterschiedlich wahrgenommen und bewertet wird.

In diesem Kapitel möchten wir versuchen, ein wenig Ordnung und Systematik in die unüberschaubare Vielfalt von Positionen, Thesen, Kritiken und Forderungen zu bringen, welche Debatten zu globalen Gesundheitsthemen prägen. Es werden wichtige aktuelle, wissenschaftliche und politische Kontroversen im Bereich globaler Gesundheit dargestellt. Dabei möchten wir versuchen, die Positionen verschiedener Lager möglichst neutral wiederzugeben, um die Bildung einer eigenen Meinung zu ermöglichen und zum Weiterlesen anzuregen. Aufgrund des begrenzten Platzes war es nötig, eine subjektive Auswahl an Themen zu treffen.

Fortschritt & Ungleichheit: *Wird alles besser, und wenn ja für wen?*

Geht es den Menschen heute besser oder schlechter als vor 20, 30 oder 50 Jahren? Hat die Ungleichheit hinsichtlich Wohlstand und Gesundheit der Menschen weltweit zu- oder abgenommen? Ist die Welt gleicher oder ungleicher, gerechter oder ungerechter geworden? Welche Antwort wir uns auf diese Fragen geben, hängt von vielen, teils sehr individuellen Faktoren ab.

Kapitel 6 beschreibt, wie schwierig es ist, allgemein akzeptierte Maßstäbe für Wohlstand und Wohlergehen zu finden. Das durchschnittliche Einkommen der Menschen auf der Welt hat sich zwischen 1970 und 2010 verdreifacht, die durchschnittliche Lebenserwartung ist um 25 Jahre gestiegen. Bedeutet dies, dass es den Menschen heute im Durchschnitt besser geht als früher? Die meisten, aber sicherlich nicht alle würden dieser Aussage zustimmen.

Für viele Menschen ist nicht nur das durchschnittliche Wohlergehen, sondern auch dessen Verteilung wichtig. Wieviel Bedeutung wir solcher Ungleichheit beimessen, hängt auch von unseren politisch-philosophischen Wertvorstellungen ab: Aus der Sicht des Egalitarismus hat der Abbau von Ungleichheit Priorität, während aus utilitaristischer Sicht das durchschnittliche Wohlergehen der Menschen der entscheidende Maßstab ist.

Wie wir Ungleichheiten bewerten, hängt darüber hinaus oft auch von ihrer Art und ihrer Entstehung ab. Der schwedische Soziologe Göran Therborn unterscheidet in seinem Buch *Inequalities of the World* dabei drei Arten von Ungleichheit:

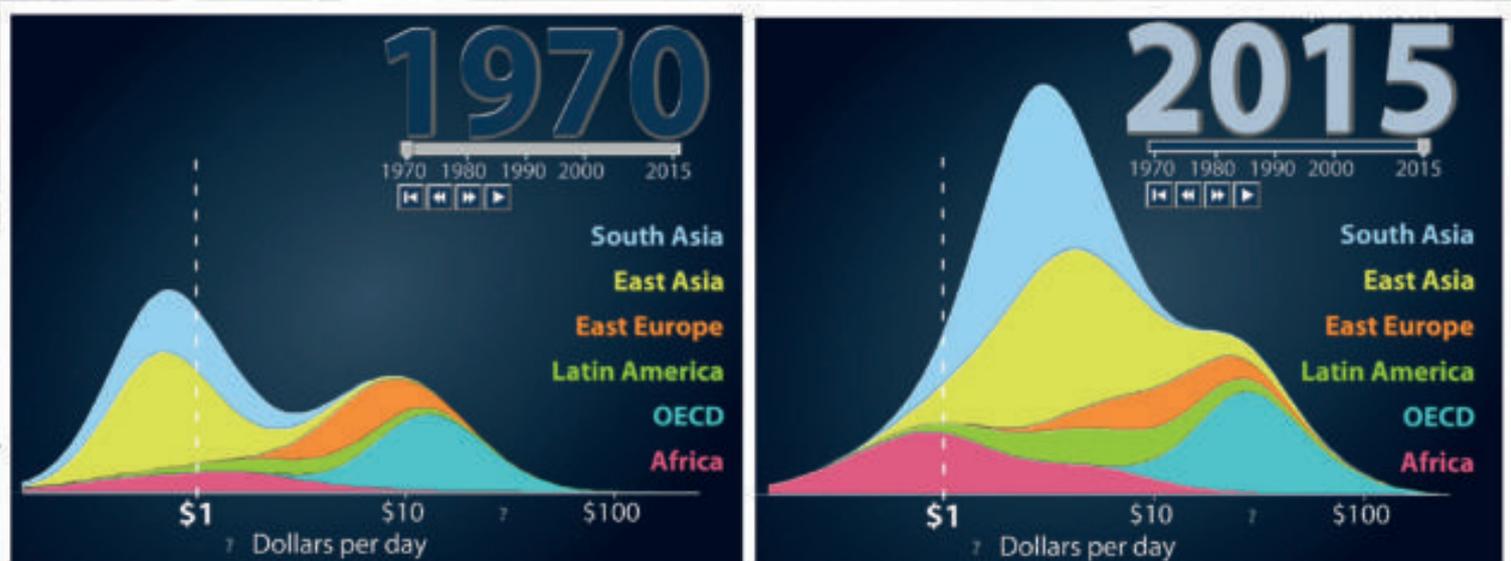
- Vitale Ungleichheit, das heißt Unterschiede in Gesundheit und Lebenserwartung,
- Existenzielle Ungleichheit, die sich auf gesellschaftlich relevante Kategorisierungen wie Klassen, Kasten, Ethnien oder soziales Geschlecht bezieht und
- Ressourcenungleichheit, als ungleiche Verteilung von gesellschaftlich als wertvoll angesehenen Gütern, wie beispielsweise finanziellen Mitteln.

Ungleichheit kann auf unterschiedlichen Wegen entstehen. Bei der Auseinanderentwicklung entsteht die Ungleichheit durch eine schnellere Entwicklung in der einen Gruppe, ohne dass die andere Gruppe dadurch direkt beeinflusst wird. Bei der Ausbeutung hingegen entsteht die Ungleichheit durch die Aneignung von Ressourcen einer Gruppe durch die andere. Bei Exklusionsmechanismen wird eine bestimmte Gruppe von Entwicklungsmöglichkeiten ferngehalten und dadurch in eine Randposition gedrängt.

Bei Mechanismen von Über- und Unterordnung werden gesellschaftliche Hierarchien wie Klassen, Kasten oder institutionalisierte Rangfolgen gebildet, welche Ungleichheit erzeugen und aufrecht erhalten können. Die Arten und Mechanismen der Ungleichheit schließen sich gegenseitig nicht aus: Rassismus und Sexismus beispielsweise können zu Exklusion, Über- und Unterordnung und in Folge zu existenzieller und materieller Ungleichheit führen. Ungleichheit, die auf Ausbeutung zurückzuführen ist, gilt eher als ungerecht als eine, die durch Auseinanderentwicklung entstand. Somit sind Konzepte der Ungleichheit eng mit moralischen Kategorien verwoben. Doch selbst die scheinbar einfache, empirische Frage, ob die Verteilung des Wohlstands in der Welt zuletzt gleicher oder ungleicher geworden ist, hängt stark von der Betrachtungsweise ab.

Vergleicht man etwa das durchschnittliche Einkommen der ärmsten und der reichsten zehn Prozent der Weltbevölkerung, so ist relativ unstrittig, dass der Abstand zwischen diesen beiden Gruppen im Laufe der letzten 50, aber auch der letzten 20 Jahre größer geworden ist: Die globale Schere zwischen Arm und Reich ist weiter aufgegangen. Doch was ist mit den 80% der Weltbevölkerung in der Mitte zwischen diesen beiden Extremen passiert? Von diesen konnte, wie in Kapitel 6 in größerem Detail beschrieben, ein großer Teil ihren Abstand zur Spitze deutlich verringern. Deshalb kann man, je nachdem ob man vor allem die Ärmsten oder auch Menschen mit mittleren Einkommen im Blick hat, zu unterschiedlichen Antworten auf die genannten Fragen kommen.

Abbildung 1: Die globale Einkommensverteilung im Jahr 1970 und 2015 im Vergleich. Der Abstand des Einkommens der Ärmsten und der Reichsten ist größer geworden. Doch anders als 1970 lebt heute der Großteil der Weltbevölkerung in der Mitte zwischen den Extremen. Bildquelle, Details und weitere Erläuterungen: www.gapminder.org





Staat & Markt: Wer kann was besser?

Welche Rolle sollten der Staat und die Privatwirtschaft bei der Gesundheitsversorgung spielen? Ist es grundsätzlich schlecht, wenn Forschung und Gesundheitsversorgung (auch) an finanziellem Gewinn orientiert sind und welche Auswirkungen hat dies? Welche Aufgabenverteilung zwischen staatlichen und privaten Akteuren ist am besten im Hinblick auf die Sicherung eines guten Gesundheitsstatus der Bevölkerung, im Bezug auf die Effizienz der Ressourcennutzung, die Gleichheit und die Gerechtigkeit im Zugang zum Gesundheitssystem und hinsichtlich des Ausmaßes der Wahlmöglichkeiten von PatientInnen und Beschäftigten?

Die politischen Debatten und oft auch der wissenschaftliche Diskurs zu diesen Fragen ist ideologisch stark polarisiert. Für das Lager der *Staatsgläubigen* geht privatwirtschaftliches Handeln im Gesundheitsbereich mit einer kapitalistischen, neoliberalen Verwertungslogik einher, die der sozialen Gerechtigkeit schade und dem Erreichen guter Gesundheit für Alle im Wege stünde. Argumente dieser Art finden sich etwa in den alternativen Weltgesundheitsberichten des Peoples' Health Movement, einem Zusammenschluss von zivilgesellschaftlichen Organisationen und WissenschaftlerInnen. Und auch in Veröffent-

lichungen von Organisationen wie attac, der BUKO Pharmakampagne oder der MSF Access Campaign werden in unterschiedlicher Form und in verschiedenem Ausmaß Positionen dieser Art vertreten.

Für das Lager der *Marktgläubigen* hingegen gehen staatliche Gesundheitssysteme einher mit mangelnder Qualität, Rationierung, Wartezeiten, mangelndem medizinischen Fortschritt und eingeschränkter Wahlfreiheit. Argumente dieser Art finden sich in Publikationen von Unternehmensverbänden, der Weltbank oder des Internationalen Währungsfonds (IWF).

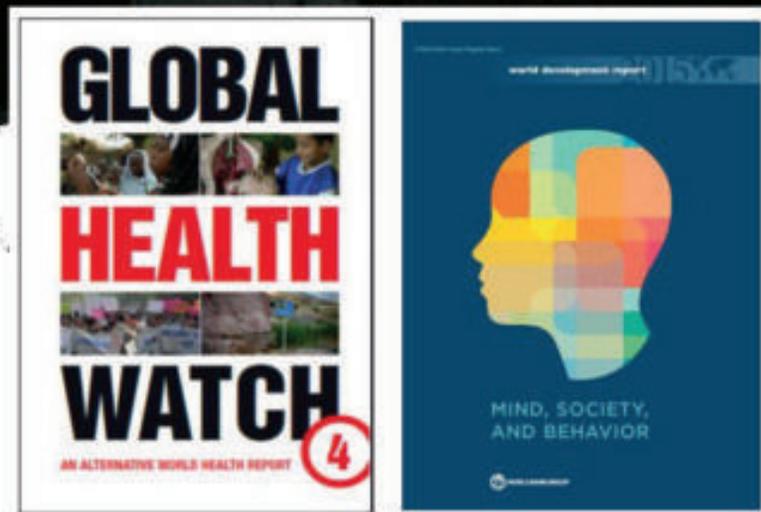


Abbildung 2: Zwei Publikationen, welche die ideologische Bandbreite der politischen Debatten im Bereich globaler Gesundheit markieren: Der vom Peoples' Health Movement herausgegebene alternative Weltgesundheitsbericht *Global Health Watch* und der *World Development Report* der Weltbank.

Beide Lager führen anschauliche Beispiele, wissenschaftliche Studien und überzeugende Argumente an, um ihre jeweilige Position zu belegen - doch oft werden diese nur herangezogen, um vorbestehende, aus ideologischen Gründen gefällte Urteile, mit scheinbarer Evidenz zu untermauern.

Die WHO verfolgte dabei lange Zeit das Konzept von *Primary Health Care*, das 1978 in der Deklaration von Alma-Ata festgeschrieben wurde. Dieses Konzept weist dem Staat die zentrale Rolle in der Bereitstellung einer flächendeckenden Gesundheitsversorgung zu. Im Laufe der letzten 20 Jahre wurde es zunehmend durch das flexiblere Konzept von *Universal Health Coverage* abgelöst, das in dieser Hinsicht weniger fest-

gelegt ist, jedoch ebenfalls das Ziel einer möglichst umfassenden Gesundheitsversorgung verfolgt. In Kapitel 7 wird dieses Konzept genauer dargestellt.

Tatsächlich verfügen die Gesundheitssysteme aller Länder der Welt sowohl über staatliche als auch über privatwirtschaftliche Elemente. Oft scheint es mehr auf das Zusammenspiel und die Ausgestaltung im Detail anzukommen, als auf die Größe des staatlichen beziehungsweise privatwirtschaftlichen Anteils. Gerade in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen kämpfen die staatlichen genauso wie die privaten Teile des Gesundheitssystems oft mit jeweils eigenen Problemen, was allgemeine Urteile problematisch macht.

Macht, Demokratie & Transparenz: Wer hat das Sagen?

Wieviel Macht, Einfluss und Handlungsspielraum sollten Regierungen und Staaten, Nichtregierungsorganisationen, Unternehmen und die philanthropischen Stiftungen reicher Privatpersonen in der globalen Gesundheit jeweils haben? Wieviel Macht und Einfluss haben sie tatsächlich? Hat sich diese Machtverteilung zuletzt verändert und ist das gut oder schlecht?

Traditionell wird die WHO als wichtigste regelsetzende Institution der globalen Gesundheit beschrieben. Das zentrale beschlussfassende Gremium der WHO ist die jedes Jahr im Mai in Genf tagende Weltgesundheitsversammlung (WHA), auf der die Gesundheitsminister aller 194 WHO-Mitgliedsstaaten mit jeweils einer Stimme vertreten sind. Doch in der internationalen Gesundheitspolitik mischen auch zahlreiche andere Akteure mit: Unternehmen und ihre Verbände, etwa die IFPMA, die International Federation of Pharmaceutical Manufacturers & Associations, Nichtregierungsorganisationen wie das Internationale Komitee des Roten Kreuzes (IKRK) oder Ärzte ohne Grenzen, und von Mitgliedsstaaten getragene internationale Organisationen in anderen Politikbereichen, wie die Welthandelsorganisation (WTO) oder die Weltbank. Auch WissenschaftlerInnen, Forschungsinstitute und Fachzeitschriften können mit ihren Veröffentlichungen Problemwahrnehmungen und Prioritätensetzungen beeinflussen.

In den vergangenen 15 Jahren haben darüber hinaus neue Akteure begonnen, das politische Handlungsfeld der globalen Gesundheit grundlegend zu verändern. Private philanthropische Stiftungen, allen voran die Bill and Melinda Gates Foundation des Microsoft-Gründers Bill Gates, sind zu wichtigen, vielen Stimmen zufolge sogar den wichtigsten Geld- und Impulsgebern in diesem Bereich geworden. Weiter sind zahlreiche sogenannte hybride Organisationen entstanden, die von staatlichen, zivilgesellschaftlichen, privatwirtschaftlichen und philanthropischen Akteuren gemeinsam getragen werden: Darunter der Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria (GFATM) sowie die Global Alliance for Vaccination and Immunization (GAVI), die Präventions-, Behandlungs- und Impfprogramme in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen finanzieren und organisieren. Manche Beobachter begrüßen diese Entwicklung und heben den Pragmatismus, die Flexibilität, die Effektivität und die Effizienz dieser neuen Akteure hervor. Andere hingegen befürchten, dass so reiche Privatpersonen und Unternehmen zu viel Einfluss auf die Gesundheitspolitik als öffentliche Angelegenheit erlangen können.

Gegenüber diesen neuen Akteuren ist die WHO zunehmend in den Hintergrund getreten: Ihr Budget ist geschrumpft, die Antwort der Weltgemeinschaft auf die Ebola-Epidemie 2014 wurde nicht von ihr, sondern von MSF angeführt, und auch die umfassendsten und verlässlichsten globalen Gesundheitsstatistiken werden nicht mehr von der WHO, sondern von dem privaten Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) herausgegeben, um nur einige Beispiele zu nennen. Von vielen BeobachterInnen wird die WHO als bürokratisch, träge und intransparent beschrieben. Kritisiert wird auch, dass viele ihrer Entscheidungen mehr auf politischen als

auf fachlichen Erwägungen beruhen. Um wieder mehr Relevanz zu erlangen und zu behalten, müsse, so etwa der amerikanische Gesundheitswissenschaftler Barry Bloom in seinem Aufsatz *WHO needs change*, die WHO transparenter und inklusiver werden und sich einer regelmäßigen externen Überprüfung unterwerfen.

Verteidiger der WHO sehen dies nachvollziehbarer Weise anders: Für sie ist das schrumpfende Budget der WHO und das Aufkommen alternativer Akteure nicht das Symptom und die Folge, sondern die Ursache für die Schwäche der WHO.



Gesundheit & andere Ziele: Was ist uns wie wichtig?

Wie wichtig ist Gesundheit im Vergleich zu Bildung, Umweltschutz, steigenden Einkommen, der Achtung der Menschenrechte oder anderen Zielen? Bekommt Gesundheit in der nationalen und internationalen Politik und der globalen Entwicklungsagenda die Beachtung, die sie verdient? Gibt es Zielkonflikte zwischen diesen verschiedenen Prioritäten?

Auf dem Millenniumsgipfel der Vereinten Nationen im Jahr 2000 hatte sich die Weltgemeinschaft acht sogenannte Millennium Development Goals (MDGs) gesetzt, die bis zum Jahr 2015 erreicht werden sollten. Diese wurden 2015 durch ein neues Set an Zielen abgelöst, den Sustainable Development Goals (SDGs). Sie sollen die Grundlage für die internationale (Entwicklungs-)Politik der kommenden 15 Jahre (bis 2030) darstellen und die wichtigsten Ziele und Handlungsfelder der Weltgemeinschaft definieren.

Von diesen 17 Entwicklungszielen bezieht sich das Ziel Nr. 3 - Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages - direkt auf Gesundheit. Ihm sind 13 Unterziele zugeordnet, die sich grob drei Gruppen zuordnen lassen:

- Vier Unterziele, die bereits Teil der MDGs waren und die sich auf die Eindämmung von Infektionskrankheiten und die Reduktion der Kinder- und Müttersterblichkeit beziehen.
- Fünf weitere Unterziele, die sich auf die Eindämmung von nicht-übertragbaren Krankheiten und ihren Risikofaktoren beziehen.
- Und schließlich vier Unterziele, die sich auf Querschnittsthemen wie die Stärkung von Gesundheitssystemen und das Erreichen universaler Absicherung im Krankheitsfall (Universal Health Coverage) beziehen.

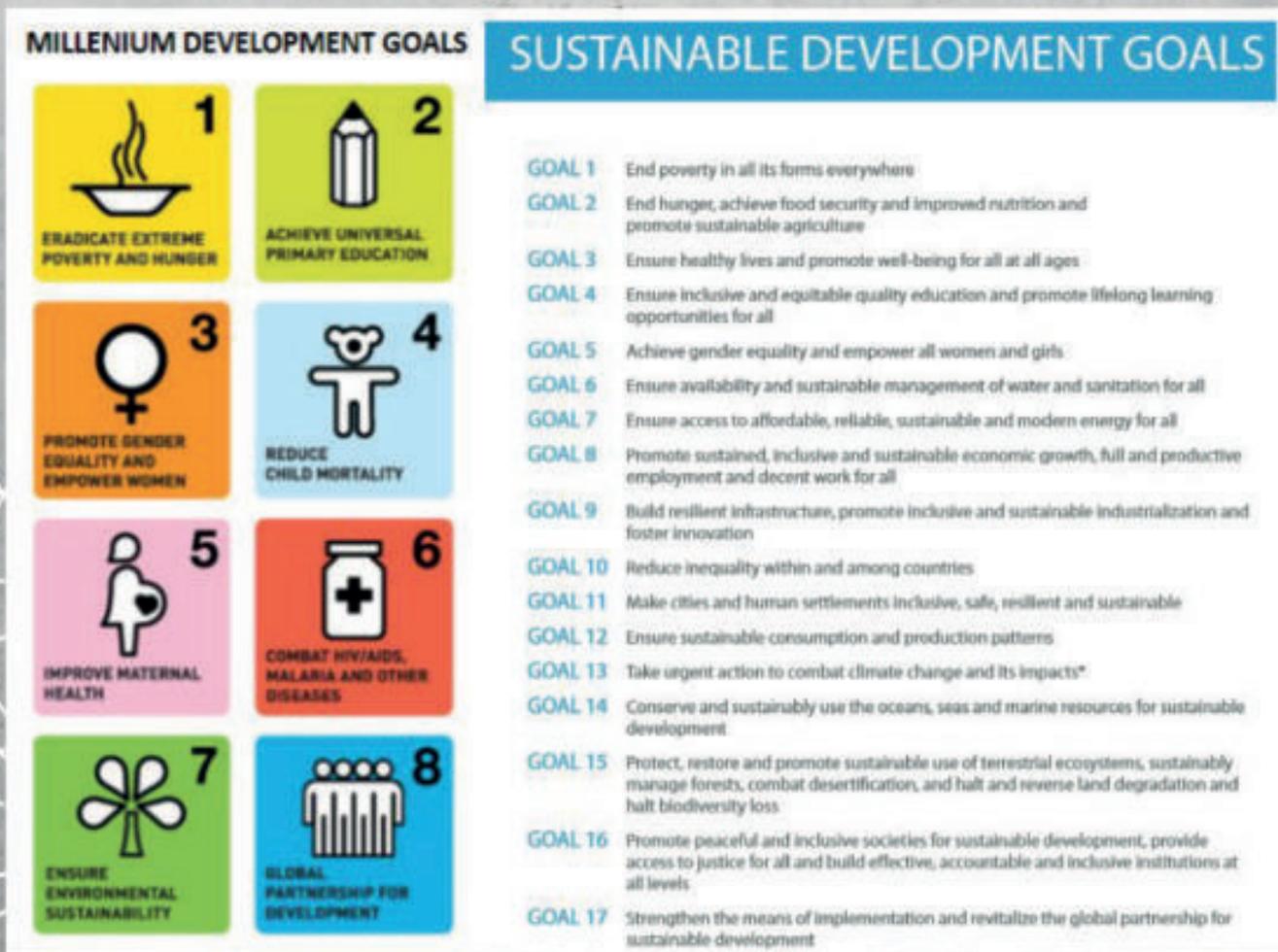


Abbildung 4: Statt der acht MDGs umfasst die neue globale Entwicklungsagenda 17 SDGs, deren Erzielung von der Weltgemeinschaft angestrebt wird.

Von den acht im Jahr 2000 beschlossenen MDGs bezogen sich drei direkt auf den Gesundheitsbereich: Ziel 4 (Reduktion der Kindersterblichkeit), Ziel 5 (Reduktion der Müttersterblichkeit) und Ziel 6 (Reduktion von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten). Von den 17 SDGs hat nur eines explizit und unmittelbar Gesundheit zum Thema. Dies wird von manchen BeobachterInnen darauf zurückgeführt, dass Nichtregierungsorganisationen aus anderen Bereichen, etwa aus dem Umweltbereich, erfolgreicher darin waren, ihre Themen in die internationalen Verhandlungen einzubringen. Es verdeutlicht andererseits aber auch, dass Gesundheit tatsächlich eben nur eines von vielen verschiedenen

Zielen ist, die von Menschen als erstrebenswert angesehen werden. Zudem wird bei genauerer Betrachtung der Ziele deutlich, dass Gesundheitszustände von vielen sozialen Determinanten und globalen Strukturverhältnissen abhängig sind und hinsichtlich der indirekten Folgen für die Gesundheit kaum klare Trennlinien zwischen den Zielen möglich sind. Aufgeführte Aspekte wie Armut, der Klimawandel, Ungleichheit zwischen Staaten, Zugangsmöglichkeiten zu Bildung und nachhaltige Ressourcennutzung weisen alle enge Verbindungen zu Gesundheit auf und haben direkte und indirekte Folgen für den Gesundheitszustand der Bevölkerung in den unterschiedlichen Teilen der Welt.

Im Rahmen der SDG-Verhandlungen und auch darüber hinaus wird weiter kontrovers diskutiert, in welcher Form die Prävention nicht-übertragbarer Krankheiten zum Thema der internationalen Gesundheitspolitik werden soll. Für Konfliktpotential sorgt hier, dass die wichtigsten Risikofaktoren für nicht-übertragbare Krankheiten - insbesondere Tabak, Alkohol und ungesunde Ernährung - zugleich auch die Geschäftsgrundlage von großen und mächtigen Industriezweigen sind, die hier ihre Gewinninteressen in Gefahr sehen.

Aus anderen, nämlich politischen, kulturellen und religiösen Gründen kontrovers ist das Thema der sexuellen und reproduktiven Gesundheit, das den Zugang zu modernen Verhütungsmethoden einschließt. Ein weiteres Konfliktfeld in den SDG-Verhandlungen war die Frage, wie der Zugang zu neuen, patentgeschützten und deshalb oft teuren Medikamenten weltweit gesichert werden kann, und wie weitreichend der Patentschutz für neue Medikamente sein sollte. IndustrievertreterInnen argumentieren, dass ausreichend lange, umfassend abgesicherte Patentrechte notwendig seien, um Unternehmen einen Anreiz für die Entwicklung neuer Medikamente zu geben. Kritiker weisen hingegen darauf hin, dass dies dazu führe, dass die Bedürfnisse ärmerer Bevölkerungsgruppen in der Forschung vernachlässigt werden. Zudem bleibe durch den Patentschutz vielen Menschen unnötigerweise der Zugang zu neuen Medikamenten verwehrt. Eine Organisation, die sich mit diesen Fragen beschäftigt und sich für pragmatische Lösungsansätze einsetzt, ist das internationale Studierenden- und NachwuchswissenschaftlerInnen-Netzwerk Universities Allied for Essential Medicines (UAEM).

Entwicklungszusammenarbeit: *Wie können wir wissen, was wirkt?*

Viele Medizinstudierende interessieren sich für eine Arbeit in der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) oder der humanitären Nothilfe. Für einige stellt dieser Wunsch auch die Motivation für einen Auslandsaufenthalt in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen oder sogar einen Grund zur Aufnahme des Medizinstudiums dar. Die Armut und Ungleichheit in der Welt sind groß, und das damit einhergehende menschliche Leid ist oft kaum begreifbar - entsprechend nachvollziehbar ist der Wunsch, daran etwas zu ändern. Doch immer wieder wird Kritik an der Entwicklungszusammenarbeit, ihren theoretischen Grundlagen und ihrer praktischen Umsetzung laut, gerade auch unter denjenigen, die sich mit der Entwicklung in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen intensiv auseinandersetzen oder selbst in diesem Bereich tätig waren. Daher sollen im folgenden Abschnitt wichtige Hintergründe und aktuelle Kontroversen im Bereich der EZ dargestellt werden.

Bis in die 1980er Jahre orientierten sich die Debatten über Ursachen und mögliche Auswege aus der Armut vieler Länder des globalen Südens im Wesentlichen an zwei Theorien: Der Modernisierungs- und der Dependenztheorie. Diese Theorien beeinflussen zwar auch heute noch das Denken vieler Akteure in diesem Bereich, doch hat sich die Debatte grundlegend verändert. Heute lassen sich die meisten Akteure grob einer der folgenden Positionen zuordnen: Dem *Aid Establishment*, den *Aid Critics* und den *Randomistas*. Darüber hinaus gibt es auch vermittelnde Stimmen.

Zum *Aid Establishment* zählen insbesondere Vertreter staatlicher und privater EZ-Organisationen. Sie gehen vielfach davon aus, dass in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen vor allem ein Mangel an Kapital und Wissen herrscht, weshalb zur Linderung der Armut ein Kapital- und Wissenstransfer im Rahmen von EZ nötig sei. Sie stellen die bisherigen Aktivitäten der EZ als Erfolg dar: Um die globale Armut zu eliminieren, sei nur noch mehr davon nötig, am besten in einer einmaligen großen Anstrengung, einem *big push*, etwa einem *Marshallplan für Afrika*. Ideen dieser Art sind unter anderem in dem Buch *The End of Poverty* von Jeffrey Sachs und in Paul Colliers *The Bottom Billion* dargelegt.



Die *Aid Critics* halten diesen Ansatz hingegen für grundsätzlich falsch. Sie argumentieren, dass statistisch bislang kein Zusammenhang zwischen der Höhe der empfangenen EZ-Gelder und dem wirtschaftlichen Erfolg eines Landes nachgewiesen werden konnte. Sie gehen davon aus, dass es in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen vor allem an Partizipations- und Mitbestimmungsrechten für die Armen fehle, deren Interessen daher von ihren eigenen Regierungen systematisch missachtet werden.

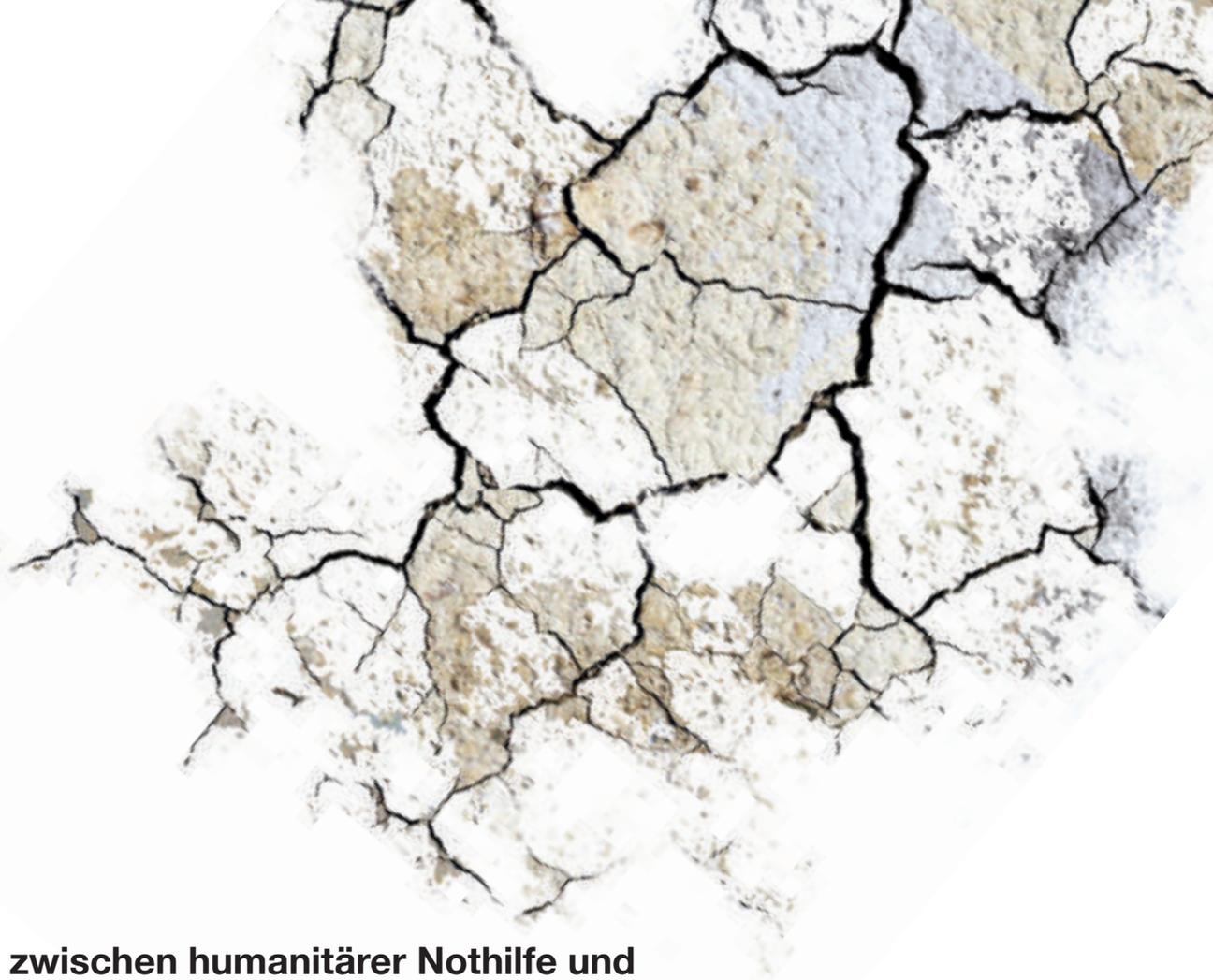
Dies sei das entscheidende Entwicklungshemmnis, nicht ein Mangel an Geld oder Wissen.

EZ verstärke dieses Problem zusätzlich, da sie in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen in mehrfacher Hinsicht die Verantwortlichkeit der Regierungen gegenüber ihren Bürgern reduziere: EZ verringere einerseits die Abhängigkeit der Regierungen von den Steuerzahlungen ihrer Bürger und führe zudem dazu, dass die Gesellschaften Hilfe und Unterstützungsleistungen nicht mehr von ihren eigenen Regierungen einfordern, sondern von der internationalen Gemeinschaft. EZ im klassischen Sinne schade daher mehr als sie nütze. Anstelle weiterer EZ-Leistungen durch die internationalen Geberländer sollten den Armen im Sinne eines empowerments mehr Rechte und Chancen geboten werden, beispielsweise durch den Abbau von Zollschränken, freierem Zugang zu Wissen und verbesserten Möglichkeiten legaler Migration. Solche Positionen werden unter anderem von William Easterly in seinem Buch *The White Man's Burden* und von Dambisa Moyo in *Dead Aid* vertreten.

Während der vergangenen Jahre haben zudem die sogenannten *Randomistas* an Einfluss gewonnen. Sie gehen davon aus, dass wir letztlich nicht wissen können, ob das *Aid Establishment* oder die *Aid Critics* recht haben. Wir wüssten überhaupt sehr wenig darüber, was in der EZ eigentlich funktioniert, und es gäbe auch viele, die dies auch gar nicht wissen wollten. Sie fordern daher eine wissenschaftliche Überprüfung der Wirkungen konkreter Projekte durch randomisierte kontrollierte Studien (RCTs), wie dies in der medizinisch-pharmazeutischen Forschung seit langem üblich ist - daher auch ihr Name, *Randomistas*. Unterstützt werden sollten demnach nur Projekte, deren Erfolg wissenschaftlich belegbar ist. Diese Forderung leitet sich auch aus dem Grundsatz *primum non nocere* (*first, do no harm*) ab, der für die EZ und humanitäre Hilfe ebenso wie für die Medizin gelte. Dieser Ansatz wird u.a. von Esther Duflo und Abhijit V. Banerjee in ihrem Buch *Poor Economics* vertreten. Konkrete Beispiele für Projekte und Forschungsarbeiten dieser Grundausrichtung finden sich auf den Internetseiten des Poverty Action Lab des Massachusetts Institute of Technology (MIT) und der Public Health Group und der Organization of Care Group der Cochrane Collaboration. Außerdem sucht das Netzwerk und die soziale Bewegung des Effektiven Altruismus nach wissenschaftlich belegten Ansätzen, um Probleme in der Welt zu verbessern.

Andere WissenschaftlerInnen, wie Amartya Sen, Angus Deaton und Michael Kremer nehmen vermittelnde Positionen ein und weisen auf die zahlreichen Nuancen und Komplexitäten hin, die in dieser oft erhitzt geführten Debatte schnell aus dem Blick geraten können. Ihre Veröffentlichungen stellen eine gute Einführung in die Thematik dar, so beispielsweise *The Great Escape* von Angus Deaton, *Development as Freedom* von Amartya Sen sowie der von Banerjee, Bénabou und Mookherjee herausgegebene Sammelband *Understanding Poverty*.

Es ist für alle, die in diesem Bereich tätig werden wollen, ein grundlegend wichtiges und lohnendes Unterfangen, sich über die Hintergründe, die Chancen und auch die Risiken von Entwicklung und Entwicklungszusammenarbeit zu informieren und sich eine eigene Meinung zu bilden.



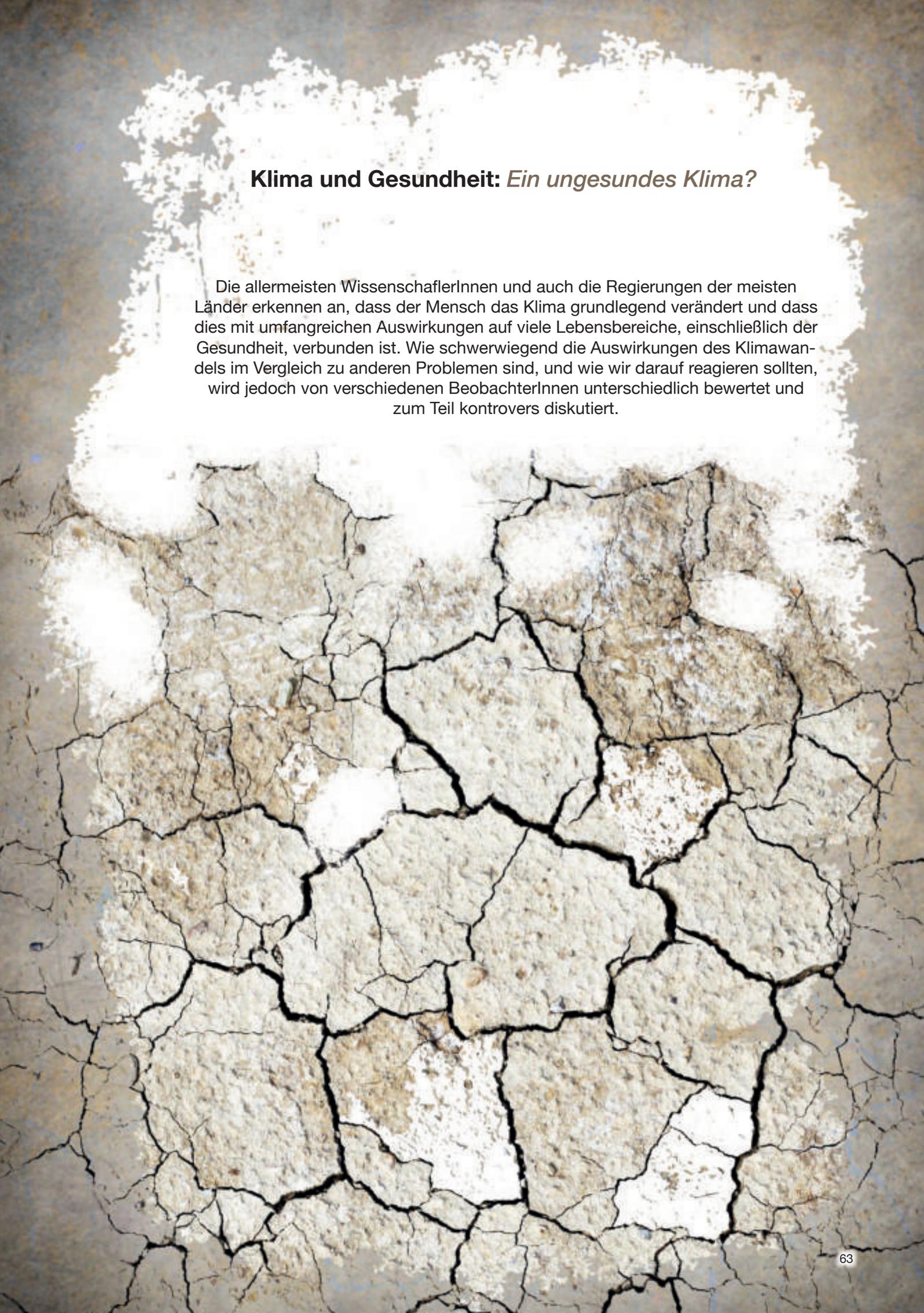
Abgrenzung zwischen humanitärer Nothilfe und Entwicklungszusammenarbeit

Oftmals werden die Begriffe der humanitären Nothilfe und der EZ in öffentlichen Darstellungen synonym verwendet oder nicht ausreichend voneinander abgegrenzt. Daher sollen hier in Kürze die wichtigsten Unterschiede zwischen diesen Bereichen dargestellt werden:

Humanitäre Nothilfe, im Englischen *emergency aid* genannt, bezieht sich auf akute Lebens- und Überlebenshilfe sowie das Lindern von Leid der von Naturkatastrophen oder menschengemachten Krisen betroffenen Menschen. Die wichtigsten humanitären Prinzipien sind Neutralität, Unparteilichkeit und politische Unabhängigkeit - die jedoch in der Realität nicht immer eingehalten werden. Die kurzfristigen Maßnahmen der humanitären Hilfe gehen oft über in eine Phase des Wiederaufbaus.

Entwicklungszusammenarbeit (EZ), im Englischen *development aid*, hat das Ziel, durch eine langfristig ausgerichtete Zusammenarbeit die Lebensumstände in einem Land oder einer Region dauerhaft zu verbessern. Dies kann etwa durch finanzielle, materielle oder personelle Mittel gefördert werden. Lange war das Prinzip *Hilfe zur Selbsthilfe* in dem Diskurs zu EZ vorherrschend. Mittlerweile wird von vielen Akteuren in der EZ das *empowerment* Konzept verfolgt, das Menschen dazu befähigen soll, ihre Rechte eigenständig wahrzunehmen und durchsetzen zu können. Eine klare Trennung zwischen den drei Bereichen Nothilfe, Wiederaufbau und EZ ist in der Praxis kaum möglich und hat sich angesichts der komplexen Krisen und Katastrophen der letzten Jahrzehnte als nicht adäquat gezeigt. Daher werden vermehrt Ansätze zu einer stärkeren Verknüpfung der drei Bereiche verfolgt (*linking relief, rehabilitation and development, LRRD*).

In Deutschland sind die Bereiche der Humanitären Nothilfe und der EZ institutionell getrennt: Während das Auswärtige Amt für Humanitäre Nothilfe zuständig ist, liegt die Zuständigkeit für Maßnahmen der EZ beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), das diese nicht selber durchführt, sondern insbesondere die Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ) oder Nichtregierungsorganisationen mit entsprechenden Maßnahmen beauftragt.



Klima und Gesundheit: *Ein ungesundes Klima?*

Die allermeisten WissenschaftlerInnen und auch die Regierungen der meisten Länder erkennen an, dass der Mensch das Klima grundlegend verändert und dass dies mit umfangreichen Auswirkungen auf viele Lebensbereiche, einschließlich der Gesundheit, verbunden ist. Wie schwerwiegend die Auswirkungen des Klimawandels im Vergleich zu anderen Problemen sind, und wie wir darauf reagieren sollten, wird jedoch von verschiedenen BeobachterInnen unterschiedlich bewertet und zum Teil kontrovers diskutiert.



Im fünften Sachstandsbericht des Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC, dem klimawissenschaftlichen Beratungsgremium der Vereinten Nationen) wird vor zahlreichen direkten und indirekten Folgen des Klimawandels für die Gesundheit der Weltbevölkerung gewarnt. Unterschiedliche Berechnungsmodelle gehen dabei von einem Anstieg der globalen Durchschnittstemperatur von 1,8 bis 4°C bis zum Jahre 2100 aus. Die Temperaturveränderung bezieht sich dabei auf die globale Durchschnittstemperatur und kann abhängig von lokalen Gegebenheiten deutlich höher oder niedriger ausfallen. In Teilen von Südasien werden beispielsweise Anstiege von über 10°C vorausgesagt. Neben der Verschiebung der Temperaturen zu höheren mittleren Temperaturen wird prognostiziert, dass Extremwetterereignisse sowohl in Quantität als auch Intensität zunehmen werden.

Während primär von negativen Folgen betroffene Gebiete in Regionen des Südens liegen, wird prognostiziert, dass manche Regionen des Nordens vom Klimawandel profitieren können. Hinzu kommt, dass viele Länder des globalen Nordens, auf Grund ihrer finanziellen Ressourcen und stabilerer Infrastrukturen, über mehr Möglichkeiten zu vorbeugenden Maßnahmen und über eine höhere Resilienz verfügen. Eine Diskrepanz, die vor dem Hintergrund der Anteile des Treibhausgasausstoßes in der Vergangenheit umso ungerechter erscheint.

Es gibt grundsätzlich zwei Möglichkeiten, auf den Klimawandel zu reagieren: Im Englischen werden diese *mitigation* (Linderung) und *adaptation* (Anpassung) genannt. Unter Maßnahmen zur Mitigation unterscheidet man zwei Ansätze zur Reduktion klimawirksamer Gase: Eine Ausrichtung setzt auf große Investitionen im Rahmen eines *Green New Deals*, welche durch die Entwicklung grüner Technologien nicht nur signifikant den CO₂-Ausstoß reduzieren, sondern dabei zusätzlich einen grünen Wirtschaftsboom einleiten könnten. Kritiker dieses Ansatzes bezweifeln die Möglichkeit derartiger Technologiesprünge und argumentieren etwa mit dem Rebound-Effekt, durch den Effizienzfortschritte infolge eines gesteigerten Konsums aufgehoben werden würden. Sie sehen die Lösung eher in Subsistenz (Selbstversorgung), Suffizienz (Verzicht) oder der Regionalisierung der Wirtschaft.

Das Konzept der *adaptation* geht davon aus, dass ein anthropogener Klimawandel, zumindest teilweise, nicht aufzuhalten ist, weshalb eine Anpassung an die Folgen nötig wird: Beispielsweise in Form von gezielten Umsiedlungen, Frühwarnsystemen oder adaptiver Technologien. Beispiele für letztere sind neue Reisvarianten mit höherer Resistenz gegen Hochwasserereignisse oder Wasserknappheit.

Welche Mischung von *mitigation* und *adaptation* die beste ist, wird intensiv debattiert. So wäre zwar ein Abwenden des Klimawandels in Anbetracht der drohenden Folgen in vielerlei Hinsicht die beste Lösung, jedoch würde dies hohe personelle und finanzielle Ressourcen binden, die dann anderen Herausforderungen wie der Bekämpfung armutsassoziierten Erkrankungen nicht mehr zur Verfügung stehen würden.

Auch sind die prognostizierten höheren Kosten durch heute nicht durchgeführte Maßnahmen zur Verhinderung des Klimawandels in das Verhältnis mit der wirtschaftlichen Entwicklung zu setzen: Bei einem stetig fortschreitenden Wirtschaftswachstum würden selbst die heute einkommenschwächsten Länder bis 2050 beziehungsweise 2100 mit einer im Vergleich zu heute verdoppelten bis vervierfachen Wirtschaftleistung den Folgen des Klimawandels gegenüberstehen.

Im Folgenden soll anhand eines Beispiels dargestellt werden, wie schwierig es ist, die Folgen des Klimawandels auf die Gesundheit abzuschätzen, und wie über die richtige Mischung aus *mitigation* und *adaptation* gestritten wird. Im Jahr 2003 erlebte Europa einen der heißesten Sommer der Geschichte. Es wurde gezeigt, dass in diesem Jahr in Europa während der Wochen der größten Hitze 70.000 mehr Menschen verstorben sind als in einem normalen Jahr statistisch zu erwarten gewesen wäre. KritikerInnen dieser Berechnung weisen jedoch darauf hin, dass es sich dabei vor allem um ältere multimorbide Menschen gehandelt habe, die möglicherweise aufgrund der akuten Belastung durch die Hitzewelle einige Monate früher verstorben seien, als dies sonst der Fall gewesen wäre - die Schlagzeile *70.000 Tote durch Hitzewelle* sei deshalb irreführend.

Andere BeobachterInnen gaben zu bedenken, dass Hitzewellen zwar nachweisbar negative Auswirkungen auf Gesundheit und Arbeitsproduktivität hätten, man ihnen aber durch Anpassungsmaßnahmen wie dem Installieren von Klimaanlage begegnen könne - dies sei zwar teuer, aber technisch problemlos möglich. Außerdem seien viele Hitzetote auf eine unzureichende Hydrierung zurückzuführen gewesen, hier könne allein schon eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr Abhilfe schaffen.

Ein weiteres Beispiel ist die Veränderung der Verbreitungsgebiete vektorassoziierter Erkrankungen wie Malaria oder Dengue-Fieber. Aufgrund des Klimawandels wird sich das Gebiet vergrößern, in denen die klimatischen Bedingungen eine Ausbreitung der entsprechenden Vektoren und Erreger möglich machen. Ähnliches gilt für Wasser-assoziierte Erkrankungen wie bakterielle Durchfallerkrankungen. Dabei ist jedoch zu beachten, dass das Klima nicht ausreichend ist, um die Verbreitung dieser Krankheiten zu erklären: So wurde die Malaria aus Südeuropa und den Südstaaten der USA nicht durch eine Klimaveränderung verdrängt, sondern durch bessere Maßnahmen der öffentlichen Gesundheit wie etwa dem Trockenlegen von Sümpfen. Ob die aktuelle Klimaerwärmung tatsächlich zu mehr Malariatoten führen wird oder nicht, hängt ebenfalls davon ab, ob ausreichend in entsprechende Anpassungsmaßnahmen investiert wird.

Da diese jedoch teuer sind, ist die Finanzierung von Adaption eines der großen Themen in der internationalen Klimapolitik.

Als im Gesundheitsbereich engagierte Personen können wir aber auch schon heute einen positiven Beitrag leisten: Unsere Rolle erlaubt es, PatientInnen zu Verhaltensweisen zu motivieren, die nicht nur den Ausstoß von Treibhausgasen reduzieren, sondern gleichzeitig auch einen positiven Einfluss auf die eigene Gesundheit haben. Darunter fällt zum Beispiel eine Änderung des eigenen Mobilitätsverhaltens oder eine Reduktion des Fleischkonsums. In jedem Fall stellt der Klimawandel gerade für den Bereich Gesundheit eine große Herausforderung dar, auf die wir auf verschiedensten Ebenen Einfluss nehmen können.

Fazit

Globale Gesundheit als wissenschaftliches, interdisziplinäres Fachgebiet und als politisches Handlungsfeld ist in hohem Maße geprägt von unterschiedlichen und oft entgegengesetzten Weltbildern, Denk- und Wahrnehmungsmustern, kulturellen und religiösen Wertvorstellungen sowie ökonomischen und sonstigen Interessen. Zudem ist die wissenschaftliche Evidenzlage in Hinblick auf viele Fragen uneindeutig, so dass unterschiedliche Interpretationen möglich sind. Entsprechend kontrovers und konfliktreich sind die Debatten, entsprechend vielfältig und widersprüchlich sind die Wahrnehmungen und Darstellungen. Um ein umfassendes Verständnis für einzelne Themen zu erlangen, ist es oft hilfreich, sie aus unterschiedlichen Perspektiven zu betrachten und sich aus mehreren unterschiedlichen Quellen zu informieren. Wir möchten euch daher dazu ermutigen, weiterzulesen und euch so eure eigene Meinung zu bilden.

NACH DER RÜCKKEHR:
WIE GEHT ES
WEITER?



Kapitel 9

Nach der Rückkehr: Wie geht es weiter?

Wenn der Auslandsaufenthalt beendet ist und wir an den Ort zurückkehren, den man Heimat nennt, so kann es passieren, dass vieles, das einst vertraut war, plötzlich fremd erscheint. Die Erfahrungen, die jedeR Einzelne im Ausland macht, sind völlig unterschiedlich, und so individuell ist auch der Umgang mit dem Prozess des Zurückkehrens, des Wiedereinstiegs in das Studium, dem Wiedersehen mit FreundInnen und Familie. Die Rückkehr und die Wiedereingliederung in das Leben zuhause sind eine wichtige Phase, so dass es sich lohnt, sich darüber schon bei der Planung für den Auslandsaufenthalt Gedanken zu machen.

In jedem Fall bietet eine Auslandsreise die Chance, viel zu erleben, und vielleicht auch Zeit und Muße, um Geschehnisse intensiver wahrnehmen zu können, als dies in der Alltagsroutine zuhause möglich ist. Dabei kann bei den Reisenden selbst und bei anderen das Gefühl entstehen, man habe sehr viel mehr erlebt als die Daheimgebliebenen, man selbst habe sich durch die vielen Erfahrungen verändert, wohingegen die Welt zuhause eher stehen geblieben sei. Es ist wichtig zu wissen, dass solche Gefühle entstehen und Konflikte hervorbringen können. Natürlich überwiegt im Normalfall die Freude des Wiedersehens mit FreundInnen und Familie. Dennoch kann gerade nach Aufhalten in Ländern des Globalen Südens der *Kulturschock* bei der Rückkehr in den Globalen Norden genauso groß oder sogar größer sein als zu Beginn der Reise. Blickwinkel und Perspektiven können sich im Laufe der Reise verändert haben, möglicherweise erscheint die eigene Lebensweise und die der Mitmenschen plötzlich in einem anderen Licht, vielleicht kann und möchte man sich plötzlich mit vielen Dingen oder einem bestimmten Lebensstil nicht mehr identifizieren.

Dies ist keine selbstverständliche oder notwendige aber durchaus mögliche und auch legitime Reaktion. Dann kann es hilfreich sein, sich nicht abzuschotten und unverstanden zu fühlen, während das Leben der Anderen im „normalen“, plötzlich fremd erscheinenden Umfeld an einem vorbei zieht, ohne dass man daran teilhaben möchte. In einer solchen Situation kann es hilfreich sein, sich zu vergegenwärtigen, was zu dem Wechsel der eigenen Perspektive geführt hat. Man kann versuchen zu reflektieren, wie man selber vor dem Aufenthalt im Ausland, vor all den neuen Erfahrungen und Eindrücken gedacht und gehandelt hat. Wem hat man sich zuvor zugehörig gefühlt? Und wem jetzt? Oder sitzt man zwischen den Stühlen und muss die eigene Position erst neu für sich finden?

Natürlich ist dies nur eine mögliche Situation, die nach der Rückkehr auftreten kann. Viele werden keine Probleme bei dem Wiedereintreten in das gewohnte Umfeld haben, werden vielleicht keinerlei Brüche und Differenzen spüren oder sich sogar erleichtert fühlen, wieder zu Hause zu sein. Andere wiederum werden versuchen, das eigene Umfeld an den persönlichen Erfahrungen teilhaben zu lassen. Motiviert von vielen neuen Ideen und Anregungen fühlen sie sich berufen, ihre Mitmenschen mit dem eigenen Tatendrang zu begeistern. Es ist auch denkbar, dass mancheR aus unserem alten Bekanntenkreis gar nicht neugierig ist auf die Erfahrungen, die wir aus der Fremde mitbringen und gerne teilen möchten. Die Gründe können vielfältig sein: Mangelndes Interesse, Unsicherheit oder Unwissenheit, eigene (negative) Vorerfahrungen, andere persönliche Gründe - oder auch die Tatsache, dass eben nicht jedeR über die gleichen Möglichkeiten verfügt, in andere Regionen der Welt zu reisen. Auch diese unterschiedlichen Bedingungen und diese Chancenungleichheit sollten wir während des eigenen Vorbereitungsprozesses, dem eigentlichen Aufenthalt und nach unserer Rückkehr bedenken.

Über das Erlebte berichten

An den eigenen Erfahrungen teilhaben lassen, erzählen, berichten, das Erlebte veranschaulichen – das ist eine der häufigsten, als selbstverständlich erachteten Erwartungen, und gleichzeitig auch eine der anspruchsvollsten Herausforderungen, denen jedeR nach der Rückkehr gegenüber steht.

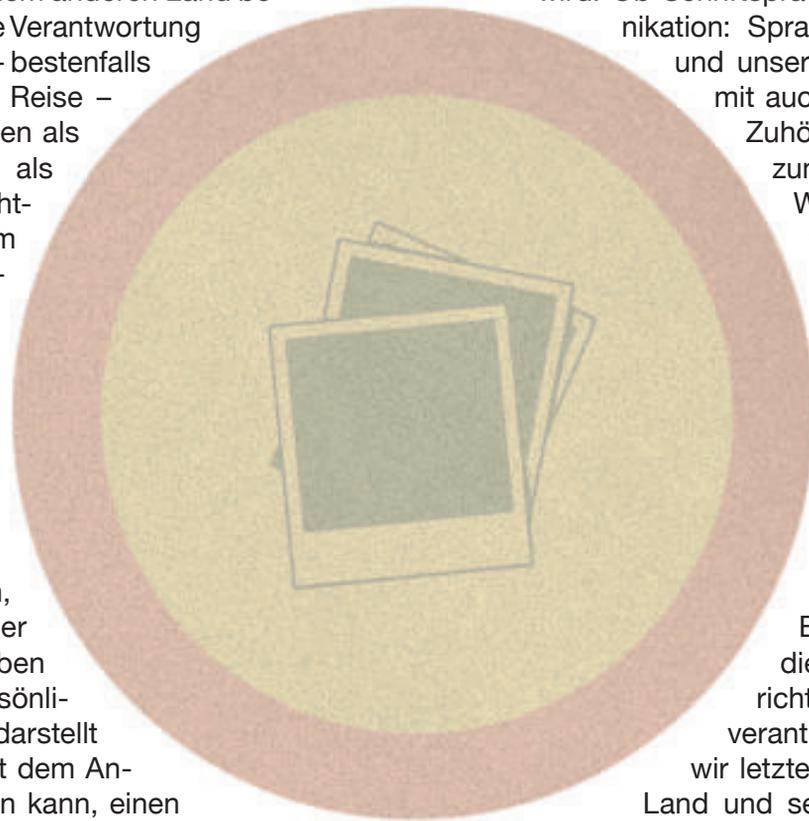
Im Folgenden werden einige zentrale Aspekte der Broschüre „Mit kolonialen Grüßen...Berichte und Erzählungen von Auslandsaufenthalten rassismuskritisch betrachtet“ des Berliner Vereins glocal e.V. aufgegriffen, die auf diesen Punkt eingehen.

Wer als *RückkehrerIn* den Mitmenschen zuhause von den Erfahrungen in einem anderen Land berichtet, trägt eine große Verantwortung und sollte sich dieser – bestenfalls schon vor Antritt der Reise – bewusst sein. Wir treten als AugenzeugInnen auf, als authentische BerichtersterterInnen, die vom Leben in einem anderen, oft fernen Land berichten, das viele der ZuhörerInnen möglicherweise selber nur aus medialer Berichterstattung und aus Erzählungen kennen. Dabei lässt sich leicht vergessen, dass ausnahmslos jeder Erfahrungsbericht eben vor allem eine persönliche Einzelerfahrung darstellt und damit niemals mit dem Anspruch verbunden sein kann, einen objektiven und umfassenden Eindruck eines gesamten Landes vermitteln zu können. Doch diese Erwartung steckt oft bewusst oder unbewusst in den Fragen und der Neugierde der Zielgruppe von Erfahrungsberichten. *Wie war es? Was hast du erlebt? Was war das Spannendste? Wie waren die Kultur und die Bevölkerung vor Ort?* – diese Fragen kennt sicher jedeR, der oder die schon einmal eine längere Zeit im Ausland verbracht hat. Auch Kommentare wie *War das wirklich so...?* oder *Wow, dass du das durchgehalten hast...* sind keine Seltenheit. Vor jedem Bericht solltest du dir daher die Frage stellen: Welche Erwartungen haben meine ZuhörerInnen und LeserInnen? Aus welchem Blickwinkel, von welchem Standpunkt

und aus welcher Perspektive wird der Bericht aufgenommen? In der medialen Berichterstattung, Filmen, Jugendliteratur und Schulbüchern werden bestimmte Bilder, Vorstellungen und Bewertungen transportiert, mit denen wir sozialisiert wurden und die wir alle in uns tragen, ebenso wie eigene Blickwinkel und Vorurteile. Es fällt um einiges leichter, diese Vorstellungen zu bestätigen und damit Zustimmung und Verständnis durch das Publikum zu erhalten, als Unerwartetes oder auf unerwartete Art und Weise zu berichten und so mit den existierenden Wahrnehmungs- und Denkschemata zu brechen.

Wesentlich ist dabei auch, welche Sprache benutzt wird. Ob Schriftsprache oder direkte Kommunikation: Sprache prägt unser Denken und unsere Wahrnehmung und damit auch die der LeserInnen und ZuhörerInnen. Dabei geht es zum einen um die einfache Wortwahl: Benutze ich beispielsweise Begriffe wie Eingeborene oder Einwohner/Bürger/Bevölkerung, Stämme oder Gruppen, Hütte oder Haus, Kultur/Brauch/Ritual oder Religion, Dialekt statt Sprache? Jeder dieser Begriffe ruft bestimmte Assoziationen, Wortketten und Bilder hervor. Aber auch die Art und Weise zu berichten ist wesentlich dafür verantwortlich, welches Bild wir letztendlich von dem bereisten Land und seiner Bevölkerung vermitteln. Machen wir mit unserer Sprache andere Menschen zum Objekt? Oder stellen wir diese als gleichwertiges Gegenüber - als handelndes selbstbestimmtes Subjekt dar? Wie berichte ich von Armut und Elend, wenn ich diese erlebt habe? Wie beschreibe ich Situationen und Gegebenheiten beispielsweise im Krankenhaus, die von dem abweichen, was ich kenne und als *Standard* gewohnt bin?

Bei der Überlegung zu alternativer Berichterstattung sollte es keinesfalls darum gehen, möglicherweise erlebte Armut zu verschweigen, Elend zu leugnen oder reale Missstände zu beschönigen.



Vielmehr ist der Umgang mit diesen Themen entscheidend: Wird Armut womöglich verklärt und mit Aussagen wie *trotz ärmlicher, elender Verhältnisse sind die Menschen glücklich, positiv und voller Lebensfreude* romantisiert dargestellt? Was auf den ersten Blick als positive, anerkennende Aussage aufgefasst werden kann, birgt auch die Gefahr einer Legitimation der ungleichen, ungerechten Verteilung von Ressourcen.

Es spielt dabei auch eine Rolle, worauf ein Bericht fokussiert ist. Ist meine Erzählung eher einseitig auf Negativbeispiele gerichtet oder werden neben Armut, Elend, Dreck und Chaos auch positive Seiten aufgezeigt? Wird von aktiven Schaffensprozessen, von Wissen und Kultur berichtet?

Kommen Bewohner meines Gastlandes zu Wort oder berichte ich lediglich über sie? Wer aufmerksam die Berichte über Menschen und Länder des globalen Südens verfolgt, wird feststellen, dass Medien oft im Wesentlichen auf Defizite fokussiert sind. Von Menschen des Globalen Südens wird oft vorwiegend in negativen Kontexten berichtet, in denen sie die passiven (Hilfe-)Empfangenden sind.

Auch die umgekehrte Tendenz ist problematisch. Die verklärende, romantisierende Sichtweise berichtet von Exotik, Farbenpracht, Lebendigkeit, Tanz, Naturverbundenheit und einem kreativen Chaos, und stellt dabei die (vermeintliche) Natürlichkeit, Einfachheit und Ursprünglichkeit in den Vordergrund. Die Problematik dieser Art der Berichterstattung liegt in der Verallgemeinerung und wiederum dem einseitigen Blickwinkel. Der Wunsch, Authentizität zu erleben, das Echte, Wahrhaftige zu erfahren, kann dazu führen, vermeintliche Rückständigkeit zu verklären, Entwicklung hingegen auszublenden.

All dies kann sich auch in Fotos widerspiegeln, die oft als Beweis des Erlebten verstanden werden. Dabei ist ein Foto nicht einfach nur die objektive Wiedergabe eines Geschehens; vielmehr stellt es einen sehr subjektiven Zugriff der betrachtenden Person dar, welche Bildausschnitt und Szene bewusst oder unbewusst oft nach den eigenen, schon bestehenden Vorstellungen ausgewählt hat. Die Entscheidung darüber, welches Motiv aufs Foto kommt und welches ausgeblendet wird, hat unmittelbare Auswirkung darauf, was von dem Publikum, das diese Bilder später betrachten wird, als erlebte Realität wahrgenommen wird. Hilfreich kann hier die Erkenntnis sein, dass Menschen im Allgemeinen dazu neigen, genau das wahrzunehmen und als richtig und echt anzuerkennen, was ihrer

bereits bestehenden Meinung und Vorstellung entspricht. Entscheidend ist also, mit welchen Erwartungen, mit welchen vorgefertigten Bildern im Kopf und auch mit welchen Vorurteilen wir in ein anderes Land reisen und den Menschen vor Ort begegnen. Indem wir eben diese Dinge, die wir schon von zuhause zu wissen und zu kennen meinen, selbst bestätigen und als Realität abbilden, tragen wir dieselben Bilder weiter; die immer gleichen Geschichten werden erneut erzählt. Einen Anfang, aus diesem Kreislauf auszubrechen, kann der Versuch darstellen, die eigenen Vorstellungen und bestehenden Bilder zu verlernen.

Das Berichten stellt einen wichtigen, aber auch sehr komplexen und anspruchsvollen Teil des Prozesses nach der Rückkehr dar. Dennoch sollten die genannten Schwierigkeiten keineswegs dazu führen, dass man vor dieser Herausforderung zurückschreckt. Es wird umso leichter fallen, je mehr man sich schon vor dem Auslandsaufenthalt mit der eigenen Motivation und den globalen strukturellen Zusammenhängen beschäftigt hat. Möglichst viele und plurale Berichterstattungen können dazu beitragen, die Diversität des bereisten Landes besser begreifbar zu machen.



Wie geht es weiter? Möglichkeiten des Engagements

Diese Reise hat mein Leben verändert. Für den Reisenden oder die Reisende kann sich nach einem längeren Aufenthalt im Ausland ein Gefühl einstellen, als seien ihm/ihr die Augen geöffnet worden. Die neue Perspektive auf das alte Leben zu Hause weckt in manchen Menschen den Drang, bestehende Verhältnisse zu verändern. Doch oft weiß man nicht, wohin mit dem Tatendrang, findet nicht das passende Projekt, mit dem man sich identifizieren kann. Deswegen wollen wir hier einige Möglichkeiten aufzeigen, wie und wo man sich nach seiner Rückkehr engagieren und einbringen kann. Die folgende Auflistung stellt einen Überblick über Initiativen, Projekte und Fortbildungsmöglichkeiten im Bereich *Global Health* dar. Diese kleine Auswahl ist jedoch keinesfalls umfassend und erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit - das weite Feld der globalen Gesundheit bietet eine Vielzahl unterschiedlichster Möglichkeiten zum eigenen Engagement: Sowohl für Studierende als auch für die Zeit nach dem Studium.



Arbeitsgruppen der bvmd

Wer selbst einmal im Ausland war, hat möglicherweise am eigenen Körper erfahren, was es heißt *fremd* zu sein. Umso besser kennt man andererseits auch die Freude, die von einer offenen Begegnung mit Leuten aus dem bereisten Land ausgeht.

- Die **AG Medizin und Menschenrechte** der bvmd setzt sich neben vielen anderen Themen auch mit der Situation von Geflüchteten in Deutschland auseinander.
- Die **AG Austausch** der bvmd engagiert sich vor Ort dafür, dass Medizinstudierende aus der ganzen Welt einen einmaligen und erlebnisreichen Aufenthalt während ihrer Famulaturen oder Forschungspraktika in Deutschland genießen können.

Projekte und Initiativen

Globale Gesundheit fängt nicht erst hinter den Grenzen Europas an. Auch in Deutschland gibt es viele Bereiche, in denen man sich engagieren und einsetzen kann.

- Das **Global Health Projekt** der bvmd (GandHI) beschäftigt sich mit wissenschaftlichen und politischen Entwicklungen im Gesundheitsbereich sowie Herausforderungen und Chancen, die sich aus Globalisierung und internationaler Zusammenarbeit ergeben. Ziel von GandHI ist eine Sensibilisierung für Themen aus dem breiten Spektrum Globaler Gesundheit und die Förderung von Globaler Gesundheit im medizinischen Curriculum. Diese Broschüre, die ihr in den Händen haltet, ist ein Ergebnis dieser Arbeit.
- **IPPNW** steht für Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs – Ärzte in sozialer Verantwortung. Der 1982 gegründete Verein setzt sich für eine Welt ohne Atomwaffen, für Friedensarbeit und eine Medizin in sozialer Verantwortung ein. IPPNW ist international aktiv, und in zahlreichen Städten gibt es auch Studierendengruppen, die neben vielen anderen Aktivitäten das Austauschprojekt „famulieren & engagieren“ organisieren.
- **Medical Peace Work** ist ein internationales Netzwerk aus Friedensorganisationen und Bildungseinrichtungen mit dem Ziel, die wissenschaftlichen und praktischen Zusammenhänge von Frieden und Gesundheit zu erforschen, zu lehren und praktisch anzuwenden. Dabei geht es nicht nur um gewaltsame Konflikte und Krieg, sondern besonders auch darum, die Möglichkeiten von Gesundheitspersonal in der Prävention von direkter und struktureller Gewalt im eigenen Umfeld und z.B. im Kontext von Medizin und Menschenrechten sowie Migration und Flucht zu erkennen und umzusetzen. Umfangreiches Unterrichtsmaterial hierzu findet sich unter www.medicalpeacework.org
- In vielen Städten in Deutschland engagieren sich **Medinetze/Medibüros** für MigrantInnen, Geflüchtete und EU-BürgerInnen unterschiedlichster Herkunft, die keinen Zugang zur öffentlichen Gesundheitsversorgung haben. Medizinstudierende, Studierende anderer Fachrichtungen und weitere Engagierte kooperieren mit einem Netzwerk von ÄrztInnen, um für Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus eine medizinische Betreuung und Therapie gewährleisten zu können.
- **UAEM** (Universities Allied for Essential Medicines) ist ein internationales Studierendennetzwerk, das sich dafür einsetzt, dass Menschen weltweit unabhängig von ihrem Einkommen Zugang zu grundlegenden Medikamenten erhalten, und dass Forschung und Entwicklung zu armutsassoziierten und vernachlässigten Krankheiten verstärkt werden. In Deutschland gibt es in Berlin, Münster, Freiburg, Leipzig, Heidelberg und München aktive Lokalgruppen.

Summerschools, Workshops, Programme, Fortbildungsmöglichkeiten:

- Am Missionsärztlichen Institut Würzburg wird seit 1997 jährlich die zweiwöchige **Sommerakademie Tropenmedizin und Globale Gesundheit** angeboten.
- In Berlin findet jährlich eine **Global Health Summerschool** in Kooperation der Charité Universitätsmedizin Berlin mit der IPPNW zu unterschiedlichen Themenschwerpunkten statt.
- Das Deutsche Institut für Katastrophenmedizin Tübingen und die Universität Ulm bieten für Medizinstudierende eine fünftägige **Sommerakademie Katastrophenmedizin und Humanitäre Hilfe** an.
- Seit über 50 Jahren fördert das **ASA-Programm** Menschen, die sich für globale Zusammenhänge interessieren, sich engagieren und etwas bewegen wollen. Die Teilnehmenden des Programms besuchen und gestalten Seminare, arbeiten für mehrere Monate in einem Projektpraktikum in Afrika, Asien, Lateinamerika oder Südosteuropa und führen anschließend eine Veranstaltung oder Kampagne durch. Ziel ist es, im Globalen Norden zu einer stärkeren Sensibilisierung für globale und entwicklungspolitische Themen beizutragen. Ein aktives Alumni-Netzwerk bietet zudem vielfältige Möglichkeiten, sich weiter für eine nachhaltige und solidarische Gesellschaft zu engagieren.
- Organisiert von Grenzenlos e.V. findet einmal im Jahr die **undjetzt?!-Konferenz** statt, die RückkehrerInnen von Freiwilligendiensten die Möglichkeit geben soll, sich über das Erlebte auszutauschen.
- Der **v.f.h.** (Verein zur Förderung politischen Handelns e.V.) bietet Seminare zu politischer Bildung und zum politischen Handeln an. Diese beschäftigen sich unter anderem auch mit Themen der Globalen Gesundheit.
- Ziel des **MediBüro-Bundeskongresses** ist es, die Arbeit der Medibüros aufrecht zu erhalten und gemeinsame Projekte zu entwickeln und voran zu bringen.
- Seit 2015 findet die zum Teil studentisch organisierte **Young Leaders for Health Conference** in Berlin statt, die Möglichkeiten zum interdisziplinären Austausch unter Engagierten im Global Health Bereich bietet und Simulationen, Vorträge und Workshops zu wechselnden Themenschwerpunkten veranstaltet.
- Das **Kompetenzzentrum Humanitäre Hilfe** in Münster konzentriert sich auf die Ausbildung von Fachkräften und auf den Wissenstransfer zu Fragen der Nothilfe. Es werden regelmäßige Seminare angeboten, die online zu finden sind.
- Jedes Jahr wird auf dem **Humanitären Kongress** in Berlin über Humanitäre Hilfe diskutiert.
- In Berlin findet jedes Jahr der **World Health Summit** statt, auf dem WissenschaftlerInnen, VertreterInnen der Zivilgesellschaft, PolitikerInnen und die Industrie gemeinsam über aktuelle Themen globaler Gesundheit diskutieren.
- Seit 1993 findet jährlich in Berlin der **Kongress Armut und Gesundheit** statt, bei dem Soziale Determinanten von Gesundheit und Themen Globaler Gesundheit thematisiert werden.
- Die **Deutsche Plattform für Globale Gesundheit** (DPGG) ist ein 2011 gegründeter zivilgesellschaftlicher Zusammenschluss aus Nichtregierungsorganisationen, Gewerkschaften, WissenschaftlerInnen und sozialen Projekten, die regelmäßige Fachkonferenzen anbietet.

Selbst aktiv werden – sich für Lehre zu Globaler Gesundheit im Medizinstudium einsetzen

Diese Broschüre liefert viele Definitionen und Hintergründe zu Globaler Gesundheit. Außerdem wurde gezeigt, dass soziale, politische, kulturelle und wirtschaftliche Kräfte die Gesundheit der Menschen auf vielfältige Weise weltweit beeinflussen. Dies geschieht lokal und global. Wenn man den aktuellen Stand an den medizinischen Fakultäten Deutschlands betrachtet, wird deutlich, dass es keine flächendeckenden Lehrangebote gibt, die sich mit diesen Zusammenhängen befassen.

Verschiedene Gründe sprechen dafür, Globale Gesundheit als Lehrinhalt im Medizinstudium zu verankern:

1. Die zunehmende Mobilität der Menschen (infolge von privaten und geschäftlichen Reisen, Flucht und Migration).
2. Famulaturen und andere Studien- und Arbeitsaufenthalte im Ausland, die die Teilnehmenden mit Unterschieden im Gesundheitssystem und der medizinischen Versorgung konfrontieren.
3. Die zentrale Rolle des Berufs der Ärztin/des Arztes in Gesellschaft und Politik (Krankheit im Kontext der wirtschaftlichen, sozialen, kulturellen und politischen Strukturen).

Aus diesen und vielen weiteren Gründen erscheint es wichtig, dass Themen Globaler Gesundheit den Studierenden bereits im Medizinstudium nähergebracht und im medizinischen Curriculum verankert werden. Es gibt verschiedenen Wege, bestehende Lehrangebote wahrzunehmen oder eigene Initiativen zu gründen um die Rolle von Themen Globaler Gesundheit im Medizinstudium zu stärken. Unter anderem besteht die Möglichkeit:

- Sich in einer Studierendeninitiative an eurer Universität zu beteiligen, oder, wenn es kein Angebot in diese Richtung gibt, selbst eine Initiative gründen (IPPNW, UAEM, Gandhi, Medizin und Menschenrechte, Medinetz/Medibüro)
- Veranstaltungen wie Vorträge, Filmvorführungen oder Diskussionen für Interessierte öffentlich anzubieten
- AnsprechpartnerInnen und DozentInnen an Instituten mit Bezug zu Themen globaler Gesundheit (Public Health, Tropenmedizin, Medizingeschichte/ Medizin und Ethik, ...) zu suchen
- Euch über Finanzierungsmöglichkeiten informieren, um Kosten beispielsweise für DozentInnen und Räumlichkeiten zu decken (z.B. über die Fachschaft, über Angebote eurer Universität oder über externe Sponsoren).
- DozentInnen einzuladen, damit sie über ihre Arbeit/Forschung öffentlich berichten können.
- Themen, über die ihr euch informiert habt, anderen Studierenden im Rahmen eines peer learnings zu vermitteln; z.B. in Form von Seminaren, Filmaufführungen oder Summerschools

Selbst aktiv zu werden und anderen Studierenden Themen Globaler Gesundheit näherzubringen, kann leicht fallen, wenn bereits lokale Strukturen an eurer Uni vorhanden sind. Wenn Ihr allerdings ganz am Anfang steht oder zusätzliche Unterstützung benötigt, könnt ihr eine Email an gandhi@bvmd.de schreiben. Darüber hinaus könnt ihr euch mit der seit 2017 bestehenden **Global Health Alliance Deutschland** unter ghad@mailbox.org in Verbindung setzen. Das seit 2017 bestehende Netzwerk aus Studierenden und Lehrenden hat verschiedene Initiativen fusioniert und verfolgt das gemeinsame Ziel, Lehre, Forschung und eine weitreichende Vernetzung zu Globaler Gesundheit an medizinischen Fakultäten in Deutschland zu stärken.

Fachliche Weiterbildung

Die Begeisterung für Globale Gesundheit muss nicht nur ein Hobby bleiben. Gab es für das Fach Globale Gesundheit an den meisten Universitäten noch vor einigen Jahren wenig Angebote, entstehen inzwischen auch in Deutschland neue Studiengänge, die sich mit dieser Thematik befassen. Meist handelt es sich dabei um Master- oder Postgraduierten - Studiengänge, für die man ein abgeschlossenes Studium benötigt. Einige Universitäten, wie beispielsweise die in Aachen, Bonn, Greifswald und Würzburg, bieten im Rahmen des Medizinstudiums auch ein Wahlpflichtfach Globale Gesundheit an, in Gießen besteht die Möglichkeit, ein semesterbegleitendes Schwerpunkt-kurrikulum zu belegen.

- Die **Deutsche Gesellschaft für Public Health** stellt auf ihrer Internetseite alle aktuellen Bachelor- und Masterstudiengänge zu öffentlicher Gesundheit vor.
- **Master of Science in International Health** im Rahmen des weltweiten **tropEd** Verbundes, kann man in Deutschland sowohl in Heidelberg und Berlin als auch in München studieren. TropEd ist ein internationales Netzwerk von Lehrinstitutionen im Bereich internationaler und globaler Gesundheit. Es bietet Postgraduierten Möglichkeiten für Bildung und Training und konzentriert sich auf das Management von Gesundheitsangeboten in benachteiligten Bevölkerungsgruppen.
- **European Master of Humanitarian Assistance** wird als Masterstudium in Bochum im Rahmen des NOHA Netzwerkes angeboten.
- Das **Kompetenzzentrum Humanitäre Hilfe** in Münster konzentriert sich auf die Ausbildung von Fachkräften und auf den Wissenstransfer zu Fragen der Nothilfe. Es werden regelmäßig Seminare angeboten.

Eine gute Möglichkeit, die fachliche Auseinandersetzung mit globaler Gesundheit zu beginnen, sind auch Online-Kurse anerkannter internationaler Universitäten, wie sie unter anderen von den Online-Plattformen EdX und Coursera (www.edx.org, www.coursera.org) angeboten werden.

Zum Schluss

Bei der Lektüre dieser neun Kapitel und der vielen unterschiedlichen Aspekte aus dem Bereich Globaler Gesundheit sind vielleicht einige Fragen beantwortet worden, mindestens genauso viele mögen aber auch neu aufgeworfen worden sein. Das Ziel von „360°“ ist es, dazu anzuregen, sich genau mit diesen Themen weiterführend und tiefergehend auseinanderzusetzen, Diskussionen anzustoßen und den Austausch über offene Fragen zu fördern. Viele der angesprochenen Themen sind kontrovers, die meisten sind Gegenstand der Forschung und alle weisen ein hohes Maß an Komplexität auf.

Es kann kaum gelingen, eine Broschüre zur Vorbereitung von Medizinstudierenden auf Auslandsaufenthalte zu verfassen und gleichzeitig eine umfassende Einführung in Globale Gesundheit zu bieten, die allen Aspekten in ihrer Komplexität gerecht wird. Vielmehr beruht der Anspruch, der „360°“ zugrunde liegt darin, eine anschauliche, übersichtliche und interessante Lektüre zu bieten, die Aufmerksamkeit, Offenheit und Sensibilisierung für diese aufgeworfenen Frage- und Problemstellungen fördert, die im medizinischen Curriculum bisher trotz ihrer Relevanz – auch für die ärztliche Tätigkeit – kaum behandelt werden.

Die Hintergründe der unterschiedlichen Entwicklung von Ländern, die veränderte Krankheitslast in der Welt, die Frage nach dem Kulturbegriff, nach Rassismus, Migration und der eigenen Rolle in einer Welt, die eine Einteilung in den globalen Norden und Süden zulässt, sind Themen, die uns alle angehen, wenn wir den Anspruch haben, uns der eigenen Verantwortung in einer globalisierten Welt zu stellen.

Daher laden wir dazu ein, die folgenden Literaturhinweise als Anregung für eine weitere Auseinandersetzung mit den spannenden und wissenswerten Bereichen der Globalen Gesundheit zu nutzen, den eigenen Horizont zu erweitern und offene Fragen sowie eigenes Wissen und Erfahrungen in aktives Engagement umzusetzen.

Anhang 1 - Zum Weiterlesen

Lindstrand, Bergström, Rosling et al: Global Health - an introductory textbook: Ein gutes Einführungslehrbuch, das die Inhalte eines Einführungskurses in Global Health vollständig abdeckt. Es ist verständlich geschrieben, auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft und politisch ausgewogen.

Razum, Zeeb, Müller, Jahn (Hrsg.): Global Health - Gesundheit und Gerechtigkeit: Dieses Buch ist zum einen eine allgemeine Einführung in das Themengebiet und stellt darüber hinaus beispielhaft einzelne Handlungs- und Themenfelder vertieft dar. Die Herausgeber versuchen einen wissenschaftlichen Ansatz mit dem politisch-normativen Anspruch zu verbinden auf wahrgenommene Ungerechtigkeiten hinzuweisen.

Angus Deaton: The Great Escape - health, wealth, and the origins of inequality (auf Deutsch: Der große Ausbruch: Von Armut und Wohlstand der Nationen): Ein Buch über Globale Gesundheit und Entwicklung von der Vorgeschichte bis heute, mit einem Schwerpunkt auf der Entwicklung seit 1900. Angus Deaton ist der Träger des Nobelpreises für Wirtschaftswissenschaften 2015. Das Buch ist spannend und auch für nicht-Ökonomen gut verständlich geschrieben.

Jared Diamond: Guns, Germs, and Steel (auf Deutsch: Arm und Reich. Die Schicksale menschlicher Gemeinschaften): Warum haben sich die verschiedenen Regionen der Welt so unterschiedlich schnell wirtschaftlich, technologisch und politisch entwickelt? Dieses vielfach ausgezeichnete Buch erzählt diese Geschichte, mitreißend und trotzdem auf hohem wissenschaftlichen Niveau.

Im Folgenden populärwissenschaftliche, aber von anerkannten WissenschaftlerInnen geschriebene Bücher, die Gesundheit, Entwicklung und Globalisierung im weiteren Sinne behandeln. Sie stellen verschiedene, jeweils sehr einflussreiche Perspektiven auf die Thematik vor:

Amartya Sen: Development as Freedom (auf Deutsch: Ökonomie für den Menschen)

Abhijit Banerjee & Esther Duflo: Poor Economics (auf Deutsch: Poor Economics - Plädoyer für ein neues Verständnis von Armut)

Jeffrey Sachs: The End of Poverty (auf Deutsch: Das Ende der Armut)

William Easterly: The White Man's Burden (auf Deutsch: Wir retten die Welt zu Tode)

Joseph Stiglitz: Making Globalization Work (auf Deutsch: Chancen der Globalisierung)

Jagdish Bhagwati: In Defense of Globalization (auf Deutsch: Verteidigung der Globalisierung)

Paul Collier: The Bottom Billion (auf Deutsch: Die unterste Milliarde. Warum die ärmsten Länder scheitern und was man dagegen tun kann.).

Anhang 2: Arbeitsblätter zur Vor- und Nachbereitung

Die folgenden Fragensammlungen sollen Dir bei der Vor- und Nachbereitung deines Auslandsaufenthalts behilflich sein. Sie können Dich zum Nachdenken, Reflektieren und Nachlesen und vielleicht auch zu Gesprächen und zum Austausch anregen. Vielleicht sind nicht alle Fragen gleichermaßen für Dich relevant, sicherlich ist es aber lohnend, sich Zeit für die Auseinandersetzung mit ihnen zu nehmen.

Zielreflexion:

- Was erhoffst Du dir von deinem Auslandsaufenthalt? Liste fünf Ziele auf, die Dir am wichtigsten sind.
- Möchtest Du während deines Auslandsaufenthalts in einer bestimmten medizinischen Fachrichtung arbeiten? Wenn ja, in welcher und warum?
- In welche Region/welches Land möchtest Du gehen und warum?

Praktisches zur Vorbereitung:

- Wer werden deine BetreuerInnen oder HauptansprechpartnerInnen vor Ort sein?
- Bearbeite die Checkliste zur Vorbereitung (siehe Kasten 1).

Checkliste zur Vorbereitung:

- Sprache des Gastlandes gelernt
- Impfungen, Medikamente und andere medizinische Schutzmaßnahmen getroffen oder eingepackt
- Mit Austauschprogrammen der eigenen Uni auseinandergesetzt
- Den Gastgeber gefragt, was andere Studierende zu dem Projekt beigetragen haben
- Klinische Fertigkeiten erlernt
- Daten zum Gesundheitssystem und soziodemographischen und Gesundheitsindikatoren deines Heimat- und Gastlandes recherchiert (siehe Kasten 1 und 2 auf den folgenden Seiten)“
- Andere Aktivitäten:

Quellen für Gesundheitsdaten zu deinem Heimat- und Gastland:

- Die Gapminder Foundation: www.gapminder.org
- Das Institute for Health Metrics and Evaluation: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/> sowie www.healthdata.org
- Die Weltbank: <http://wdi.worldbank.org/tables>
- Statistiken der WHO - Global Health Observatory (GHO) data: www.who.int/gho/en/

Kasten 1: Merkmale des Gesundheitssystems deines Heimat- und Gastlandes im Vergleich
 Für Erläuterungen zu den einzelnen Kategorien siehe Kapitel 7, insbesondere Seite 49.)

Kriterien	Dein Heimatland	Dein Gastland
Finanzierung		
Trägerschaft		
Zentralisierung		
Regelsetzungskompetenz		
Ressourcenintensität		
Kontraktierungsmodus		
Abrechnungs-/ Entlohnungsmodell		
Steuerungsmodus		
Beschäftigungsstruktur		
Spezialisierungsgrad		
Medizinverständnis		
Organisationsprinzip		

Kasten 2: Demographische und sozioökonomische Faktoren deines Gast- und Heimatlandes im Vergleich

Maßzahl	Dein Gastland	Dein Heimatland
Bevölkerungszahl		
Pro-Kopf-Einkommen		
Einschulungsrate		
Geburtenrate pro Frau		

Maßzahl	Dein Gastland	Dein Heimatland
Bevölkerungsanteil mit Zugang zu Trinkwasser		
Lebenserwartung bei Geburt		
Kindersterblichkeit bis 5 Jahre (pro 1000 Lebendgeburten)		
Müttersterblichkeit (pro 100 000 Lebendgeburten)		
Anteil nicht-übertragbarer Krankheiten an der Gesamtkrankheitslast		
Was ist die Haupttodesursache?		
Welche fünf Krankheiten tragen am meisten zur Krankheitslast bei (in DALYs, disability-adjusted life years)?		
Welche fünf Risikofaktoren tragen am meisten zur Krankheitslast bei (in DALYs, disability-adjusted life years)?		

Beobachtungen während deines Aufenthaltes:

- Hast du Über- oder Unterbehandlungen beobachten können? Was denkst du ist der Grund dafür?
- Nenne ein Beispiel von einer Krankheit im Endstadium, die du im Gastland gesehen hast. War die Krankheit vermeidbar? Wenn ja, warum ist das deiner Meinung nach nicht passiert?
- Nenne ein Beispiel, wie Familienmitglieder von der Krankheit eines Patienten beeinflusst waren. Welche Kampagnen zur Gesundheitsaufklärung konntest du während deines Aufenthalts beobachten?
- Wenn du in deinem Gastland leben würdest, würdest du lieber im Privatsektor oder im öffentlichen Sektor, oder in beiden arbeiten wollen? Oder würdest Du lieber das Land verlassen wollen? Erkläre warum.

Persönliche Reflexion nach deinem Aufenthalt:

- Hast du ethische Dilemmata beobachtet? Beschreibe kurz deine Erfahrung.
- Hat dein Aufenthalt deinen Gastgebern Nutzen gebracht? Wenn ja, welchen?
- Was würdest du anderen Studierenden empfehlen, die ebenfalls in dein Gastland reisen möchten, um sicherzugehen, dass ethische Dilemmata vermieden werden und sie den meisten Nutzen für ihre Gastgeber bringen?
- Schildere ein Erlebnis in der Behandlung der Patienten, das dich sehr erschüttert hat. Wie ist es aus deiner Sicht hierzu gekommen?
- Was sind die größten Probleme, die du in deinem Gastland erlebt hast, in Hinblick auf Gesellschaft, Wirtschaft, Politik und Gesundheitssystem? Was könnte nach deiner Einschätzung zu einer Lösung dieser Probleme beitragen?
- Nenne drei Dinge, die dich am Gesundheitssystem deines Gastlandes beeindruckt haben. Was könnte dein Heimatland von deinem Gastland lernen?

Impressum

**360° - Eine Einführung in die Globale Gesundheit als Vorbereitung auf Auslandsaufenthalte
1. Auflage, Berlin 2017**

Die Rechte am Werk liegen bei der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd). Für das Copyright der Bilder gelten die Bedingungen der in den Bildbeschriftungen genannten Rechteinhaber.

Herausgeber: Karin Geffert, Franziska Hommes, Wiebke Klock, Amir Mohsenpour, Peter von Philipsborn, Jan Stratil.

Autoren: Peter von Philipsborn (Kapitel 1, 5, 6, 7 und 8), Franziska Hommes (Kapitel 1, 4, 8 und 9), Wiebke Klock (Kapitel 1, 2, 3 und 5), Jan Stratil (Kapitel 1, 3, 4 und 8), Karin Geffert (Kapitel 1, 2 und 9), Amir Mohsenpour (Kapitel 1, 3 und 7), Mathias Krisam (Kapitel 6), Susanne Hausmann (Kapitel 4), Anna Brägelmann (Kapitel 7).

Lektoren: Lena Klaas, Tanja Schwamberger, Verena Stadler, Rahel Wacker (You-Manity Tübingen e.V.), Kathrin Fischer (You-Manity Tübingen e.V.), Lilian-Marleen Beck (You-Manity Tübingen e.V.), Ferdinand Hofer (You-Manity Tübingen e.V.), Lisa Lorenz, Lucas Tischer, Matthias Schneider, Verena Himmelreich, Eva Schmiedt.

Wissenschaftlicher Beirat: Dr. Eva-Maria Schwienhorst-Stich, Missionsärztliches Institut, Würzburg (Kapitel 1-9); PD Dr. med. Walter Bruchhausen, Medizinische Fakultät der Universität Bonn und Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der RWTH Aachen (Kapitel 6,7,8 und 9); Dr. med. Reinhard Klinkott, foring Forum für Internationale Gesundheit e.V. (Kapitel 4, 6, 7 und 8); Prof. Hajo Zeeb, Universität Bremen (Kapitel 6, 7 und 8); Dr. Olaf Horstick, FFPH (UK), Director of Teaching, Institut für Public Health, Universität Heidelberg (Kapitel 6 und 7).

Lizenz: Creative Commons Lizenz: Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported (Namensnennung Nicht Kommerziell Weitergabe unter gleichen Bedingungen 3.0).



Layout: Björn Kahl und Konstantin Jung, aeeo Design, Aachen (Graphik und Layout); Vincent Schmiedt, Leipzig, Dennis Küppers, Giessen (Überarbeitung und Fertigstellung).

Druck: Oktoberdruck AG Berlin

Sponsoren: Institut für Public Health, Universität Heidelberg; Marburger Bund, Berlin; Fachschaft Medizin, RWTH Aachen.

Kontakt: Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), Robert-Koch-Platz 7, 10115 Berlin, Tel. 030 95 600 203, Fax. 030 95 600 206