



Wissenschaft

GGW – Das Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft

April 2019, 19. Jahrgang

NOTIZEN

Zeitschriftenschau

von *Vincent Horn*, Institut für Erziehungswissenschaft,
Universität Mainz 2

Drei Fragen an

Joachim Weis, Medizinische Fakultät der Universität Freiburg 3

Buchtipps

von *André Posenau*, Hochschule für Gesundheit, Bochum 4

WIDO

Digitalisierung

Deutsche Krankenhäuser im Rückstand 5

Versorgungs-Report

Früherkennung unter der Lupe 6

Fehlzeiten

Der Beruf beeinflusst die Krankheitstage 6

ANALYSEN

Schwerpunkt: Global Health

Global Health – Hope oder Hype?

Jens Holst, Fachbereich Pflege und Gesundheit, Hochschule Fulda 7

Die Vermessung der globalen Gesundheit

Stefan Kohler, Heidelberger Institut für Global Health,
Universität Heidelberg 16

Fit for Purpose? Die WHO auf der Suche nach einer neuen Rolle in der globalen Gesundheit

Cornelia Ulbert, Institut für Entwicklung und Frieden,
Universität Duisburg-Essen 24

STUDIE IM FOKUS

Profitieren Menschen mit Herzinsuffizienz von einer
telemedizinischen Unterstützung? 31

SERVICE

Köpfe, Kongresse, Kontakte 32

Liebe Leserinnen und Leser,

„Wer will, findet Wege. Wer nicht will, findet Gründe“, sagt die Mutter meines Studienfreundes Harald immer. Recht hat sie. Schaut man sich Nachrichtensendungen oder die Berichte in den Zeitungen an, so ist ziemlich viel von beiden Menschenarten zu hören – von denen, die mit Verweis auf irgendetwas Handlungen verweigern, und von denen, die einfach machen. Eine vom letzteren Schlag ist Greta Thunberg, die 16-jährige Klimaschützerin aus Schweden. Sie schwänzt freitags die Schule und protestiert stattdessen gegen Politiker, die ihrer Ansicht nach ein Fortschreiten der Erderwärmung verhindern können, sich dafür aber nicht oder nicht genug einsetzen. Hunderttausende von Schülern weltweit tun es Greta inzwischen nach. Diese jungen Leute gehen davon aus, dass ihr gemeinsames Engagement etwas bewirken kann. Sie meinen, dass die Klimakrise ein Problem ist, das global gelöst werden muss.

Die Erderwärmung ist wohl nicht das einzige Problem, das so angegangen werden sollte. Beispiele zuhauf gibt es auch im Gesundheitswesen, etwa Infektionskrankheiten oder Antibiotikaresistenzen. Doch wie weit sind wir eigentlich bei der globalen Gesundheit? Das haben wir **Jens Holst** gefragt. Er hat uns nicht nur erklärt, wie sich die internationale Zusammenarbeit in Gesundheitsfragen entwickelt hat. Er hat uns vor allem auch die entsprechenden Begrifflichkeiten, allen voran Global Health, erläutert. Außerdem wollten wir wissen, welche Daten überhaupt zur globalen Gesundheit vorliegen, wie sie erhoben und wofür sie genutzt werden. **Stefan Kohler** hat deshalb für uns die Burden-of-Disease-Studie unter die Lupe genommen. Zuletzt beschreibt **Cornelia Ulbert**, wie die Weltgesundheitsorganisation auf veränderte Rahmenbedingungen reagiert beziehungsweise reagieren sollte.

Viel Spaß beim Lesen wünscht

Neues Kompetenzzentrum Diabetes interdisziplinär erforschen

Angesichts der steigenden Zahl von Diabetespatienten in Deutschland wird sich ein neues „Kompetenzzentrum für Innovative Diabetestherapie (KomIT)“ der Entwicklung neuer Behandlungsmöglichkeiten widmen. Der Aufbau des am Deutschen Diabetes-Zentrum (DDZ) in Düsseldorf angesiedelten KomIT wird mit Mitteln des Landes Nordrhein-Westfalen und der Europäischen Union gefördert. ■

Mehr Informationen:
ddz.de

Forschungsförderung Studien sollen Evidenzlücken schließen

Das Rahmenprogramm Gesundheitsforschung der Bundesregierung hat zum Ziel, den Transfer von Forschungsergebnissen in den medizinischen Alltag zu beschleunigen. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat nun ein Programm zur Förderung klinischer Studien und systematischer Übersichtsarbeiten aufgelegt, die Evidenzlücken schließen und dadurch eine hohe Relevanz für das Gesundheitssystem aufweisen. Das Antragsverfahren ist zweistufig; in der ersten

Verfahrensstufe können noch bis zum 14. Juni Projektskizzen eingereicht werden. ■

Mehr Informationen:
bmbf.de/foerderungen/
bekanntmachung-2365.html

Darmkrebs Ergebnisqualität aus Sicht der Patienten

An einem neuen Forschungsprojekt namens „EDIUM – Ergebnisqualität bei Darmkrebs: Identifikation von Unterschieden und Maßnahmen zur flächendeckenden Qualitätsentwicklung“ nehmen mehr als hundert von der Deutschen Krebsgesellschaft zer-

ZEITSCHRIFTENSCHAU

Wie private 24-Stunden-Betreuung gelingt

Die Beschäftigung mittel- und osteuropäischer Care-Migrantinnen zur häuslichen 24-Stunden-Betreuung älterer Menschen ist mittlerweile gängige Praxis in Deutschland, Österreich und der Schweiz. Eine Studie hat untersucht, was aus der Sicht pflegender Angehöriger die Qualität von Betreuung ausmacht und welche Faktoren zum Gelingen eines solchen Arrangements beitragen. Hierfür wurden 29 episodische Interviews mit Pflegebedürftigen sowie Angehörigen in der Deutschschweiz ausgewertet. Ein gelungenes Betreuungsarrangement ist demnach das Resultat aktiv gestalteter Beziehungen sowie eines auf Augenhöhe ausgehandelten, familienähnlichen Zusammenlebens. Vermittlungsagenturen sollten diesen Prozess fördern und die Care-Migrantinnen längerfristig begleiten. ■

Pflege 2016; 1–14; doi: 10.1024/1012-5302/a000499

Im Alter zur Pflege ins Ausland?

In den Medien wird immer wieder von Pflegeheimen für ältere deutschsprachige Menschen in Südostasien berichtet. Drei Wissenschaftlerinnen zeigen auf, dass diese Form der Altersmigration ein auf verschiedenen Ebenen ethisch relevantes Problem darstellt. Auf der individuellen Ebene sei unklar, inwieweit die Entscheidung, in ein solches Pflegeheim zu ziehen, tatsächlich autonom und im besten Interesse der Pflegebedürftigen getroffen

werde. Auf gesellschaftlicher Ebene kämen strukturelle Probleme und staatliche Versäumnisse bei der Bereitstellung guter und finanzierbarer Langzeitpflege im Herkunftsland in den Blick, und auf globalthischer Ebene müssten die Folgen eines wachsenden privaten Pflegesektors für die Versorgung sowie die Gehaltsstrukturen in den jeweiligen Zielländern eruiert und diskutiert werden. ■
Ethik Med 2017; 29:133–148; doi:10.1007/s00481-017-0438-8

Mehr Hilfe für misshandelte Senioren

Gewalt und Missbrauch von Senioren sind nach wie vor ein Tabuthema. In einer US-amerikanischen Studie befragten Forscher eine repräsentative Stichprobe von 304 Betroffenen zu ihrem Verhalten nach einer Gewalt- oder Missbrauchserfahrung. Demnach suchen Opfer, die physische Gewalt erleiden oder wiederholt Opfer von Gewalt werden, eher Hilfe bei der Polizei oder anderen Autoritäten. Die Wahrscheinlichkeit dafür sinkt, wenn Täter oder Täterin dem Opfer nahestehen oder über ein großes soziales Netzwerk verfügen. Da insgesamt nur 15,4 Prozent der älteren Opfer nach formeller Hilfe gesucht hatten, plädieren die Autoren dafür, Präventionsprogramme zu entwickeln und Opfern, die vom Täter abhängig sind, Zugang zu formellen Pflegediensten zu ermöglichen. ■

J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci 2018; doi:10.1093/geronb/gby122



Von
Dr. Vincent Horn,
Wissenschaftlicher
Mitarbeiter,
Institut für Erziehungswissenschaft
Johannes-Gutenberg-
Universität Mainz

Adresse:
Jakob-Welder-Weg 12
55128 Mainz
Telefon:
06131 3923-240
E-Mail: hornv@
uni-mainz.de
Web: sozialpaedagogik.
fb02.uni-mainz.de

tifizierte Darmkrebszentren teil. Das vom Innovationsausschuss beim Gemeinsamen Bundesausschuss finanzierte Vorhaben soll bei der Beurteilung der Behandlungsqualität auch die Perspektive der Patienten berücksichtigen und dazu beitragen, deren Unterstützungsbedarf besser abschätzen zu können. ■

Mehr Informationen:
edium-studie.de

Internationale Kooperation Forschungsqualität auf dem Prüfstand

Das QUEST Center am Berliner Institut für Gesundheitsforschung/Berlin Institute of Health (BIH) hat zum Ziel, die Qualität und damit den Nutzen biomedizinischer Forschung zu erhöhen. Nun bekommen die Berliner Forscher Verstärkung: Am QUEST Center wird eine Dependance des METRICS, eines renommierten Zentrums für Meta-Forschung an der US-amerikanischen Universität Stanford, aufgebaut. An dem neuen Zentrum zur Qualitätssicherung in der medizinischen Forschung werden künftig die Entstehung und die Zuverlässigkeit wissenschaftlicher Ergebnisse untersucht. ■

Mehr Informationen:
idw-online.de/de/news712922

Gesundheitsforschung Internationales Netzwerk bündelt Expertise

Insgesamt 28 Forschungszentren in sieben europäischen Ländern sowie in Neuseeland arbeiten im Policy Evaluation Network – kurz PEN – gemeinsam daran, politische Maßnahmen zur Förderung eines gesunden Ernährungs- und Bewegungsverhaltens der Bevölkerung zu evaluieren und einen Werkzeugkasten für eine systematische Bewertung von ge-

sundheitsfördernden politischen Maßnahmen zu entwickeln. Die beteiligten Staaten fördern das vom Leibniz-Institut für Präventionsforschung und Epidemiolo-

gie – BIPS koordinierte Netzwerk mit rund vier Millionen Euro für drei Jahre. ■

Mehr Informationen:
idw-online.de/de/news710269

DREI FRAGEN AN ...



Selbsthilfe besser in die Versorgung integrieren

... Prof. Dr. phil. Joachim Weis, Inhaber der von der Deutschen Krebshilfe geförderten Stiftungsprofessur Selbsthilfeforschung an der Medizinischen Fakultät der Universität Freiburg

Forschungsschwerpunkte:
Selbsthilfe und Patientenkompetenz, Prozesse und Wirkfaktoren der organisierten und individuellen Selbsthilfe, Integration der Selbsthilfe in die medizinische Versorgung

Jahresetat:
100.000 Euro Budget,
150.000 bis 200.000 Euro
Drittmittel

**Zahl und Qualifikation
der Mitarbeiter:**
4 Forschungsmitarbeiter aus
den Bereichen Psychologie,
Biologie, Soziologie/Philosophie
und Gesundheitspädagogik,
2 wissenschaftliche Hilfskräfte,
1 Sekretärin

Adresse:
Stiftungsprofessur
Selbsthilfeforschung
Universitätsklinikum Freiburg
Tumorzentrum/CCC Freiburg
Hugstetter Straße 49
79106 Freiburg
Telefon: 0761 270 71561
Fax: 0761 270-71569
E-Mail: joachim.weis@
uniklinik-freiburg.de
Web: uniklinik-freiburg.de/cccf/
forschung/selbsthilfeforschung

Was ist derzeit Ihre wichtigste wissenschaftliche Fragestellung?

Wir beforschen als derzeit wichtigste Fragestellungen die Prozesse und Wirkfaktoren der Selbsthilfe in ihren Wechselwirkungen zwischen organisierter und individueller Selbsthilfe und versuchen herauszufinden, mithilfe welcher Maßnahmen die organisierte Selbsthilfe besser in das medizinische Versorgungssystem integriert werden kann.

Wie fördern Sie die Kooperation wissenschaftlicher Disziplinen und die Netzwerkbildung?

Selbsthilfeforschung ist nur in der interdisziplinären und multiprofessionellen Zusammenarbeit möglich. Wir kooperieren daher mit den verschiedenen medizinischen Disziplinen und den sozialwissenschaftlichen Fächern. Die enge Zusammenarbeit mit den Selbsthilfeverbänden bei der Entwicklung, Durchführung und Auswertung von Forschungsprojekten ist eine wichtige Voraussetzung dafür, dass wissenschaftliche Ergebnisse in die Praxis umgesetzt werden.

Ist die Politik gut beraten, wenn sie auf die Wissenschaft hört?

Wir brauchen in stärkerem Maße als bisher eine auf wissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauende Gesundheitsversorgung, in der auch die Bedürfnisse von Patienten Berücksichtigung finden. Beim Nationalen Krebsplan des Bundesgesundheitsministeriums zum Beispiel arbeiten Wissenschaftler aus verschiedenen Fachgebieten mit daran, die Patientenzentrierung in der onkologischen Versorgung zu verbessern. Der Transfer von Forschungsergebnissen in die Praxis ist jedoch immer wieder eine große Herausforderung für alle Seiten. Kritisch wird es oft dort, wo es um die Umsetzung der Erkenntnisse im Hinblick auf konkrete Maßnahmen geht, bei denen es der Zusammenarbeit mit den Leistungsträgern unseres Gesundheitssystems bedarf.

Studium I
Internationaler Studiengang Pflege

Einen neuen, primärqualifizierenden Studiengang „Pflege“ hat die Hochschule Bremen für das Wintersemester 2019/2020 angekündigt. Die Absolventen erwerben zwei Abschlüsse: den Bachelor of Science und die staatlich anerkannte Berufszulassung als Pflegefachfrau oder -mann. Das auf acht Semester angelegte Vollzeitstudium umfasst auch ein Auslandssemester an einer ausländischen Hochschule. Bewerbungen sind vom 1. Juni bis zum 15. Juli 2019 möglich. ■

Mehr Informationen:
 hs-bremen.de > Studium
 > Studiengänge > Internationaler Studiengang Pflege

Studium II
Interprofessionelle Gesundheitsversorgung

Ein neuer, berufsbegleitender Masterstudiengang „Interprofessionelle Gesundheitsversorgung“ startet im Wintersemester 2019/2020 an der Universität Trier. Das viersemestrige Studium soll die Absolventen befähigen, in Forschung und Praxis Gesundheitsversorgung in verschiedenen Settings evidenzbasiert zu entwickeln, durchzuführen und zu evaluieren. Zur Wahl stehen zwei vertiefende Schwerpunktthemen: „Advanced Nursing Practice (ANP)“ und „Gesundheitsförderung – Intervention und Forschung“. ■

Mehr Informationen:
 uni-trier.de/index.php?id=68565

Studium III
Masterstudium Bildung im Gesundheitswesen

Im Wintersemester 2019/2020 bietet die hsg Bochum – Hochschule für Gesundheit erstmals den Masterstudiengang „Bildung im Gesundheitswesen – Fachrichtung Pflege“ an. Das vier Semester dauernde Vollzeitstudium verbindet pflegepädagogische Fach- mit pflegedidaktischer Handlungskompetenz und bereitet ausgebildete Pflegefachkräfte, die bereits ein Bachelorstudium absolviert haben, auf eine Tätigkeit in der Aus-, Fort- und Weiterbildung im Bereich der Pflege vor. ■

Mehr Informationen:
 hs-gesundheit.de > Department für Pflegewissenschaft > Bildung im Gesundheitswesen

BUCHTIPPS

Zum Thema interprofessionelle Zusammenarbeit



Die Buchtipps in GGW wurden diesmal zusammengestellt von

Prof. Dr. André Posenau, Professor für Interaktion und interprofessionelle Kommunikation in Pflege und Gesundheitsfachberufen an der hsg Bochum – Hochschule für Gesundheit

Gesundheitscampus 6–8
 44801 Bochum
 Telefon: 0234 7727-416
 E-Mail: andre.posenau@hs-gesundheit.de
 Web: hs-gesundheit.de/de/pflegewissenschaft

Autoren/Titel	Inhalt
<p><i>Manfred Gellert, Claus Nowak</i> Teamarbeit, Teamentwicklung, Teamberatung Ein Praxisbuch für die Arbeit in und mit Teams</p>	<p>Interprofessionelle Kommunikation ist eines der Topthemen im Gesundheitswesen. Umso mehr überrascht es, dass es im deutschsprachigen Raum relativ wenig Literatur zu diesem Themenkomplex gibt. Die Autoren liefern einen interdisziplinären Einblick in die Grundlagen der</p>
<p><i>Alexander Forster</i> Visite! Kommunikation auf Augenhöhe im interdisziplinären Team</p>	<p>Einen Prototypen interprofessioneller Interaktion nimmt dieses Buch in den Blick: die Visite im Krankenhaus. Als Ratgeber „getarnt“, beschreibt es Potenziale und Merkmale der Visite, die im Alltag für Lernende und Praktizierende gleichermaßen</p>
<p><i>Scott Reeves, Simon Lewin, Sherry Espin, Merrick Zwarenstein</i> Interprofessional Teamwork for Health and Social Care</p>	<p>Den Klassiker zum Thema hat der leider viel zu früh verstorbene Scott Reeves mit Kollegen vom Kings College in London verfasst. „Interprofessional Teamwork for Health and Social Care“ ist das Standardwerk, das den Gegenstand umfassend</p>

Teamarbeit. Interprofessionelles Handeln erfordert im Grundsatz immer eine kooperative Bearbeitung von Aufgaben. Welche Aufgaben, welche Aufteilungs- und Arbeitsmodi es im Team gibt, erfährt man in diesem theoretisch fundierten, praxisorientierten Buch. (*Limmer, 2010*)

hilfreich und sinnstiftend sind. Mit zahlreichen Tipps und Checklisten umreißt dieses handliche Buch die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen für eine effiziente und erfolgreiche Visite in einem interdisziplinären Team. (*Springer 2017*)

beleuchtet und eindrucksvoll klarmacht, wie und weshalb interprofessionelle Zusammenarbeit gelingen kann und muss, um die Gesundheitsversorgung für die Zukunft aufzustellen. (*Wiley-Blackwell 2010*)

Foto: hsg Bochum

Digitalisierung

Deutsche Krankenhäuser im Rückstand

Bei der Digitalisierung liegen deutsche Krankenhäuser weit hinter den technischen Möglichkeiten zurück. Das zeigt eine Analyse im aktuellen Krankenhaus-Report, die auf einem internationalen Vergleichsprojekt zum Stand der Digitalisierung beruht.

Das Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM) beschreibt auf einer Skala von 0 bis 7 den Digitalisierungsgrad eines Krankenhauses. Dabei setzt das Erreichen einer Stufe voraus, dass die vorhergehende erfüllt wurde. Krankenhäuser der Stufe 0 verfügen in ihren großen diagnostischen und versorgenden Abteilungen wie Labor, Radiologie und Apotheke über keinerlei digitale Informationssysteme. Im Jahr 2017 traf dies gemäß einer analysierten Stichprobe von 167 deutschen Krankenhäusern auf knapp 40 Prozent der Einrichtungen zu.

Die Anforderungen der höchsten Stufe erfüllt kein Krankenhaus. Voraussetzung dafür ist der Einsatz einer lückenlosen, in alle klinischen Bereiche integrierten elektronischen Patientenakte. Nur zwei Krankenhäuser der Maximalversorgung erreichen die zweithöchste Stufe 6. Hier wird zum einen verlangt, dass bei der elektronischen Dokumentation intelligente Systeme greifen, die zum Beispiel zum Behandlungspfad patientenindividuelle Hilfestellungen anbieten. Zum anderen wird ein geschlossener digitaler Medikationsprozess gefordert, der die Abläufe von der Verordnung bis zur Medikamentenabgabe unterstützt. Der internationale Vergleich verweist auf einen sehr niedrigen Digitalisierungsgrad, wie die Autoren der Technischen Universität Berlin in ihrem Beitrag darlegen – auch wenn die berücksichtigten deutschen Krankenhäuser keine repräsentative Stichprobe darstellen. Während Deutschland mit einem Wert von 2,3 auf der EMRAM-Skala knapp 40 Prozent unter dem EU-Durchschnitt von 3,6 liegt, erreichen Länder wie die Niederlande (4,8), Dänemark (5,4) oder die USA (5,3) viel höhere Stufen. Kleine deutsche Krankenhäuser mit weniger als 200 Betten liegen im Durchschnitt sogar nur bei 1,3.

Der Krankenhaus-Report 2019 mit seinem Schwerpunkt „Das digitale Krankenhaus“ ver-

deutlich anhand internationaler und nationaler Vergleiche und Fallbeispiele, welchen Handlungsbedarf es bei der digitalen Transformation gibt. In den Beiträgen geht es um die Voraussetzungen und Möglichkeiten einer umfassenden IT-Nutzung im Krankenhaus, um den Stand der elektronischen Patientenakte, um Chancen und Perspektiven der digitalen Transformation für die Qualität der Patientenversorgung und -sicherheit sowie um den Wandel medizinischer Berufsbilder. Ergänzt wird das Schwerpunktthema durch Einzelbeiträge „Zur Diskussion“, eine krankenhauspolitische Chronik und einen umfangreichen Datenteil. ■



Klauber J, Geraeds M, Friedrich J, Wasem J (Hrsg.): Krankenhaus-Report 2019. Berlin: Springer, 361 Seiten, 53,49 Euro; ISBN 978-3-662-58224-4, E-Book 978-3-662-58225-1, kostenloser Download: springer.com/de/book/9783662582244

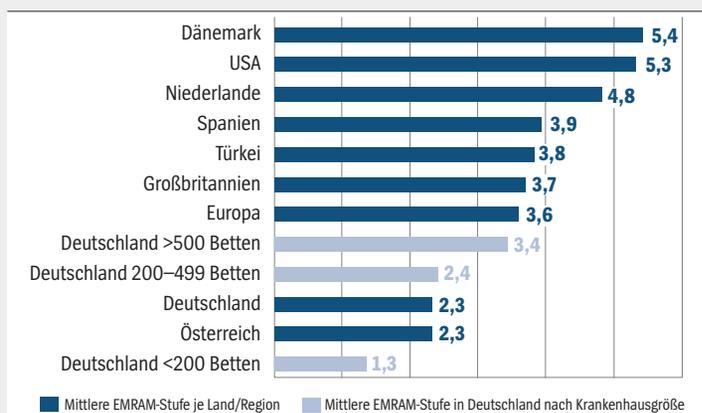


Foto: AOK-Bundesverband

Carina Mostert, Leiterin des Forschungsbereichs Krankenhaus im WIDO

„Auch der niedrige Digitalisierungsstand vor allem kleiner Krankenhäuser spricht dafür, die stationäre Versorgung stärker zu zentralisieren.“

Digitalisierungsgrad* deutscher Krankenhäuser im internationalen Vergleich (2017)



*gemäß Electronic Medical Record Adoption Model (EMRAM) mit einer Stufenskala von 0 bis 7

Quelle: Krankenhaus-Report 2019; Grafik: G-G Wissenschaft 2019

WIDO-TICKER: Informationen zum Praktikantenprogramm des WIDO unter www.wido.de +++ Bestellung von Einzelexemplaren von GGW unter www.wido.de +++ Direktbestellungen von WIDO-Publikationen unter Telefon 030 34646-2393, Fax 030 34646-2144



Günster C, Klauber J, Robra B-P, Schmacke N, Schmücker C (Hrsg.): *Versorgungs-Report. Früherkennung.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 272 Seiten, 54,95 Euro; ISBN 978-3-95466-402-3

Versorgungs-Report

Früherkennung unter der Lupe

Um Krankheiten früh zu erkennen, werden immer mehr Untersuchungen angeboten. Nicht alle sind gleich wirksam. Der neue Versorgungs-Report thematisiert die Herausforderungen, die das systematische Screening gesunder Menschen mit sich bringt.

Die Fähigkeit der Versicherten, eine informierte Entscheidung zu treffen, bekommt eine immer größere Bedeutung – nicht zuletzt durch den Nationalen Krebsplan und die Entwicklung evidenzbasierter Entscheidungshilfen zur Krebsfrüherkennung. Der im März 2019 erschienene Versor-

gungs-Report mit dem Schwerpunkt Früherkennung erläutert den Stellenwert einer informierten Entscheidung. Was sie für die Arzt-Patienten-Kommunikation bedeutet, thematisiert ein Interview zu Nutzen und Risiken des Mammografie-Screenings.

Weitere Themen sind die Screenings auf kardiologische und metabolische Risikofaktoren, auf Prostata-, Darm- und Hautkrebs sowie auf Demenz. Zu einer Reihe ethischer Fragen führen Früherkennungsuntersuchungen in der Schwangerschaft und bei Neugeborenen. Eine Sekundärdatenanalyse liefert aktu-

elle Zahlen dazu, wie viele Versicherte über zehn Jahre an Screenings teilgenommen haben. Eine repräsentative Befragung berichtet über die Einstellungen der Versicherten zur Früherkennung.

Zusätzlich informiert der Report auf der Grundlage von AOK-Abrechnungsdaten über die Behandlungshäufigkeit von 1.500 Erkrankungen und über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den vier ausgabenstärksten Sektoren des deutschen Gesundheitswesens. Der Report steht unter mwv-open.de kostenlos zur Verfügung. ■

Fehlzeiten

Der Beruf beeinflusst die Krankheitstage

Krankheitsbedingte Fehlzeiten unterscheiden sich von Beruf zu Beruf zum Teil sehr deutlich. Das zeigt eine WIDO-Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten für das Jahr 2018.

Den Spitzenplatz bei den Fehlzeiten hielten Berufsgruppen aus den Bereichen Ver- und Entsorgung mit 32,5 Krankheitstagen pro Jahr, gefolgt von Straßen- und Tunnelwärtlern mit 31,4 und Berufen in der industriellen Gießerei mit 30 Krankheitstagen. Die niedrigsten Fehlzeiten hatten Berufe in der Hochschullehre und -forschung mit lediglich 4,6 Fehltagen. Auch Beschäftig-

te in der Softwareentwicklung, in der technischen Forschung und Entwicklung sowie Ärzte wiesen nur sehr geringe krankheitsbedingte Fehlzeiten auf.

Von den AOK-versicherten Beschäftigten arbeiteten 20 Prozent in den Berufen mit den höchsten Krankenständen – sie kamen im Jahr 2018 auf durchschnittlich 26,3 krankheitsbedingte Fehltagen. Weitere 20 Prozent arbeiteten in den Berufen mit den niedrigsten Krankenständen – sie fehlten nur 12,8 Tage im Jahr.

Insgesamt 2,5 Millionen AOK-Versicherte gingen Berufen nach, in denen durchschnitt-

lich 62 Prozent der Beschäftigten mindestens einmal im Jahr krankgeschrieben waren. Unter den Berufsgruppen mit niedrigen Krankenständen waren dies nur 48,1 Prozent.

Insgesamt ist der Krankenstand im Jahr 2018 im Vergleich zum Vorjahr um 0,2 Prozentpunkte auf 5,5 Prozent gestiegen. Mitverantwortlich für diesen Anstieg war eine Erkältungswelle zu Beginn des Jahres. Die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Atemwegserkrankungen stieg um 8,1 Prozent, die der Arbeitsunfähigkeitsfälle um 5,7 Prozent. ■

DAS WIDO AUF KONGRESSEN: Markus Meyer: „Sinn erleben – Arbeit und Gesundheit“, Corporate Health Convention 2019, Stuttgart 4/2019
 +++ 12. Nationaler Qualitätskongress Gesundheit, Berlin 12/18 +++ Dr. Elke Jeschke: „Qualitätsindikatoren für die Revisionsendoprothetik und Hernienchirurgie“, Christian Günster: „Der neue QSR-Klinikbericht“ +++ Gisbert W. Selke, Dr. Karin Schüssel, Irene Langner, Dr. Uwe Eichler: „Kontaminiertes Valsartan: Betroffenheit der Patienten“, 25. Jahrestagung der Arzneimittelwandlungsforschung und Arzneimitteltelepidemiologie (GAA), Bonn 11/2018

Global Health – Hope oder Hype?

von Jens Holst¹

ABSTRACT

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

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

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

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

1 Einleitung

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

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

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

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

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

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

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

2 Global Health oder globale Gesundheit

2.1 Motive und Entstehung von Global Health

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

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

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

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

TABELLE 1

Global, International und Public Health im Vergleich

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

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

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

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

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

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

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

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

2.2 Globale und planetare Gesundheit

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

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

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

3 Global Health als Teil der Globalisierung

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

3.1 Wachsende globale Gesundheitslast

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

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

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

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

3.2 Gesundheit für alle

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

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

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

3.3 Überwindung globaler Ungleichheit

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

3.4 Weniger Medizin, mehr Public Health

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

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

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

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

3.5 Hegemonie in der globalen Gesundheit

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

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

3.6 Entkolonialisierung von Global Health

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

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

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

4 Fazit

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

Literatur

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

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

An Alternative World Health Report. London: ZED Books

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

DER AUTOR



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

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

Foto: privat

Die Vermessung der globalen Gesundheit

von Stefan Kohler¹

ABSTRACT

Was sind die größten gesundheitlichen Probleme der Welt?

Wie erfolgreich geht die Menschheit diese Probleme an? Wie wird Gesundheitsversorgung finanziert und wie können wir Ressourcen bestmöglich einsetzen, um die Gesundheit der Weltbevölkerung zu verbessern? Globale Gesundheitsdaten, die standardisiert erfasst und vergleichbar ausgewertet werden, können helfen, derartige Fragestellungen auf Basis empirischer Erkenntnisse zu beantworten. Die Global-Burden-of-Disease-Studie (GBD-Studie) ist wohl die meistgenutzte Quelle für Informationen über die Gesundheit von Bevölkerungen weltweit. Aktuelle Ergebnisse bestätigen den Trend einer weltweit zunehmenden Lebenserwartung, weisen auf anhaltende Versorgungs- und Finanzierungslücken hin und zeigen, wie sich die Hauptursachen der Krankheitslast auf der ganzen Welt immer ähnlicher werden. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass die beschriebenen Veränderungen in der globalen Gesundheit oft nicht gemessen, sondern anhand begrenzt verfügbarer Daten geschätzt werden.

Schlüsselwörter: globale Gesundheit, Gesundheitsdaten, Gesundheitsindikatoren, Gesundheitsausgaben, globale Krankheitslast, evidenzbasierte Gesundheitsversorgung

What are the world's major health problems? How well is humanity addressing these problems? How is health care financed and how can we best dedicate resources to improve the health of the world's population? Global health data, which are collected in a standardized manner and evaluated in a comparable way, can help to answer such questions based on empirical findings. The Global Burden of Disease study (GBD study) is probably the most widely used source of information on the health of populations worldwide. Recent findings confirm the trend of an increasing worldwide life expectancy, point to persistent health care and financing gaps, and show how the main causes of the burden of disease become increasingly similar across the world. However, it should be noted that the described changes in global health are often not measured, but estimated on the basis of limited available data.

Keywords: global health, health data, health indicators, health expenditure, global burden of disease, evidence-based health care

1 Zur Notwendigkeit globaler Gesundheitsdaten

Einhergehend mit einer steigenden Lebenserwartung in den meisten Ländern der Welt wird beispielsweise zunehmend gefragt, ob zusätzliche Lebensjahre in guter oder schlechter Gesundheit erlebt werden (Kyu et al. 2018). Nach Berechnungen der aktuellen Global-Burden-of-Disease-Studie (GBD-Studie) (IHME 2018), einer regelmäßig durchgeführten Studie zur globalen Belastung durch Krankheit und vorzeitige To-

desfälle (Krankheitslast), bestehen bei Lebenserwartung und Krankheitslast große Unterschiede zwischen den Geschlechtern und zwischen Ländergruppen mit unterschiedlicher soziodemografischer Entwicklung. Da Versorgungsbedarf und Versorgungsmöglichkeiten in einem Land von dessen Krankheitslast und Gesundheitsausgaben abhängen, sollte eine Abschätzung von beiden in vorausschauende Gesundheitsplanung einfließen.

Dieser Beitrag zeigt am Beispiel der GBD-Studie auf, welche Ansätze derzeit zur Einschätzung des Stands und der Entwick-

¹Dr. Stefan Kohler, Heidelberger Institut für Global Health, Universität Heidelberg · Im Neuenheimer Feld 130.3 · 69120 Heidelberg
Telefon: 06221 5632873 · E-Mail: stefan.kohler@uni-heidelberg.de

lung der globalen Gesundheit verfolgt werden. Zunächst wird in die Ziele, das Vorgehen und die Entwicklung der GBD-Studie eingeführt. Danach werden ausgewählte Gesundheitsindikatoren wie Lebenserwartung, Todesfälle oder Krankheitslast der aktuellen GBD-Studie aus dem Jahr 2017 beschrieben. Ergänzend werden GBD-Abschätzungen der weltweiten Gesundheitsausgaben für die Jahre 2015 und 2040 vorgestellt. Der Beitrag schließt mit einem Ausblick auf die Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen der dargestellten Erkenntnisse über die globale Gesundheit.

2 Die Global-Burden-of-Disease-Studie

2.1 Zielsetzung

Die GBD-Studie zielt darauf ab, Entscheidungsträger auf allen Ebenen (lokal, regional, national und global) mit den bestmöglichen Erkenntnissen über Stand und Entwicklung von Gesundheit, Krankheit, Todesfällen, Ursachen und Risikofaktoren zu versorgen. Um dies zu erreichen, werden verschiedene Gesundheitsindikatoren in einer systematischen, wissenschaftlichen Vorgehensweise auf Basis verfügbarer Daten berechnet und nach Ländern, Weltregionen, Alter oder Geschlecht unterschieden (Murray und Lopez 2017).

Zu den Gesundheitsindikatoren, welche die GBD-Studie berechnet, zählen (IHME 2019 a):

- die Lebenserwartung (*Life Expectancy*, LE). Sie misst die Anzahl der Lebensjahre, die ein Mensch in einem bestimmten Alter voraussichtlich noch leben wird. Ohne Altersangabe bezieht sich die Lebenserwartung auf den Zeitpunkt der Geburt.
- die gesunde Lebenserwartung (*Healthy Life Expectancy*, HALE). Sie drückt die Lebenserwartung unter Berücksichtigung des voraussichtlichen Gesundheitszustands aus. Lebensjahre, für die eine gesundheitliche Beeinträchtigung erwartet wird, werden bei der gesunden Lebenserwartung mit einem Faktor für die voraussichtliche Beeinträchtigung des Gesundheitszustands multipliziert.
- die mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahre (*Years Lived with Disability*, YLDs). Dies sind Jahre, die mit gesundheitlichen Einschränkungen erlebt werden. Dazu zählen Erkrankungen, die nur wenige Tage bis Wochen andauern (zum Beispiel akute Durchfallerkrankungen), ebenso wie Erkrankungen, die ein Leben lang bestehen bleiben (zum Beispiel viele Formen der Epilepsie). Mit Beeinträchtigung gelebte Lebensjahre werden abgeschätzt, indem die Häufigkeit einer Erkrankung mit einem Faktor für deren Auswirkung auf den Gesundheitszustand multipliziert wird. Diese Faktoren werden mithilfe von Befragungen der Allgemeinbevölkerung entwickelt.

- die durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre (*Years of Life Lost*, YLLs). Dies sind Jahre, die durch vorzeitiges Sterben verloren gehen. Sie werden berechnet, indem das Todesalter von der höchsten Lebenserwartung eines Menschen dieses Alters abgezogen wird. Wenn zum Beispiel die höchste Lebenserwartung für Männer in einem bestimmten Land 75 Jahre beträgt, ein Mann aber mit 65 Jahren an einer Krebserkrankung stirbt, wären das zehn Jahre verlorenes Leben durch diese Krebserkrankung.
- die beeinträchtigungsbereinigten Lebensjahre (*Disability-Adjusted Life Years*, DALYs). Dies ist ein Maß für Krankheitslast. DALYs entsprechen der Summe aus durch vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahren (YLLs) und mit Beeinträchtigung gelebten Lebensjahren (YLDs). Ein DALY entspricht einem verlorenen gesunden Lebensjahr. Dieser Gesundheitsindikator kann genutzt werden, um krankheits-, länder- oder personenübergreifend die Gesamtzahl der Lebensjahre abzuschätzen, die aufgrund bestimmter Krankheiten und Todesursachen mit Beeinträchtigung beziehungsweise nicht gelebt werden.

2.2 Vorgehen

Die GBD-Studie geht nach folgendem Grundprinzip vor (Kyu et al. 2018): Verfügbare Datenquellen werden identifiziert, deren Qualität wird bewertet und Daten werden für bekannte Verzerrungen korrigiert. Im Anschluss werden standardisierte statistische Verfahren, die fortlaufend überarbeitet werden, für weltweite Schätzungen von Gesundheitsindikatoren angewandt. Dabei werden stets alle Schätzwerte rückwirkend neu berechnet, um methodische Weiterentwicklungen in den gesamten GBD-Datensatz einfließen zu lassen und Vergleichbarkeit im zeitlichen Verlauf zu gewährleisten.

Für die GBD-Studie 2017 wurden mehr als 80.000 Datenquellen ausgewertet (IHME 2019 b), um Gesundheitsindikatoren für 195 Länder und Territorien von 1990 bis 2017 und zum Teil längere Zeiträume zu berechnen. Es wurden 282 Todesursachen, bis zu 359 nicht tödliche Krankheiten und Verletzungen, 3.484 Krankheitsfolgen sowie 84 Risikofaktoren beziehungsweise Risikocluster ausgewertet und 38 Milliarden Schätzungen durchgeführt (IHME 2018; James et al. 2018).

Zu den Datenquellen, welche die GBD-Studie für eine weltweite Berechnung von Gesundheitsindikatoren nutzt, gehören (Redford und Alexander 2018):

- Volkszählungen, bei denen jeder Mensch einer Bevölkerung eines Landes oder einer Stadt zu einem bestimmten Zeitpunkt erfasst wird,
- Bevölkerungsstatistiken, welche Geburten und Sterbefällen fortlaufend erfassen,
- Krankheitsregister für Informationen zu spezifischen Krankheiten wie Krebs oder Diabetes,
- verbale Autopsien, bei denen durch Gespräche mit medizi-

nischen Fachkräften und vertrauten Personen von Verstorbenen auf die wahrscheinlichste Todesursache geschlossen wird,

- sonstige Datenquellen wie Umfragen oder wissenschaftliche Literatur.

Ergebnisse der GBD-Studie 2017 können unter anderem regional, nach Land, Alter, Geschlecht und/oder einem soziodemografischen Index (SDI) unterschieden werden. Der SDI stellt verschiedene soziodemografische Unterschiede in einem gemeinsamen Maß dar. Für den SDI wird ein Durchschnitt aus den Ranglisten der Pro-Kopf-Einkommen, der durchschnittlichen Bildungsniveaus und der Fruchtbarkeitsraten aller Länder in der GBD-Studie gebildet. So wird einem Land mit geringerem Pro-Kopf-Einkommen, weniger durchschnittlichen Schuljahren und höherer Fruchtbarkeitsrate im Vergleich zu anderen Ländern ein niedrigerer SDI-Wert zugewiesen. Umgekehrt wird einem Land mit im Durchschnitt höherem Pro-Kopf-Einkommen, mehr Schuljahren und niedrigerer Fruchtbarkeitsrate im Vergleich zu anderen Ländern ein höherer SDI-Wert zugewiesen (IHME 2019a). Auf Basis des SDI-Rankings wurden Länder in fünf Gruppen mit ähnlichen SDI-Werten eingeteilt. Für 16 Länder, nämlich Äthiopien, Brasilien, China, Großbritannien, Indien, Indonesien, Iran, Kenia, Mexiko, Neuseeland, Norwegen, Russland, Japan, Schweden, Südafrika und USA, wurden Gesundheitsindikatoren zudem lokal berechnet (IHME 2019a).

Unter healthdata.org sind sämtliche GBD-Studienergebnisse frei zugänglich, können online visualisiert und verglichen oder als Länderprofile abgerufen werden (zum Beispiel für Deutschland unter healthdata.org/germany). Datenquellen, welche den Berechnungen zugrunde liegen, können über eine Online-Datenbank eingesehen werden. Die Hauptidee der GBD-Studie werden in einer Kooperation mit der medizinischen Fachzeitschrift „The Lancet“ veröffentlicht, für das Jahr 2017 in Band 392, Heft 10159.

2.3 Anfänge und Entwicklung

Die erste GBD-Studie für das Basisjahr 1990 wurde von der Weltbank beauftragt, um globale Gesundheit genauer zu messen als durch die damals vorrangige Zählung von Geburten und Todesfällen. Deren Ergebnisse (Schätzungen für acht Regionen, 107 Krankheiten und zehn Risikofaktoren) wurden im Weltentwicklungsbericht 1993 (Weltbank 1993) vorgestellt und verstärkten das Bewusstsein für zuvor vernachlässigte gesundheitliche Herausforderungen wie psychische Erkrankungen oder die Belastung durch Verkehrsunfälle. Weitere GBD-Studien folgten in den Jahren 2010, 2013, 2015, 2016 und 2017 (IHME 2019a).

Die frühen GBD-Studien wurden hauptsächlich von Forschern der Harvard Universität und der Weltgesundheitsorganisation durchgeführt. Seit der GBD-Studie 2013 agiert das

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) der Universität Washington in Seattle als Koordinierungszentrum für ein wachsendes internationales Netzwerk von GBD-Mitarbeitern. Eine langfristige Finanzierung durch die Bill & Melinda Gates Foundation ermöglichte, seit der GBD-Studie 2010 die Studie zu verstetigen und den Umfang zu erweitern. Seit 2015 werden die GBD-Schätzungen in einem jährlichen Zyklus für den gesamten GBD-Datensatz durchgeführt und veröffentlicht (IHME 2019a).

3 Ergebnisse der Global-Burden-of-Disease-Studie 2017

3.1 Globale Trends bei Lebenserwartung und Sterblichkeit 1990–2017

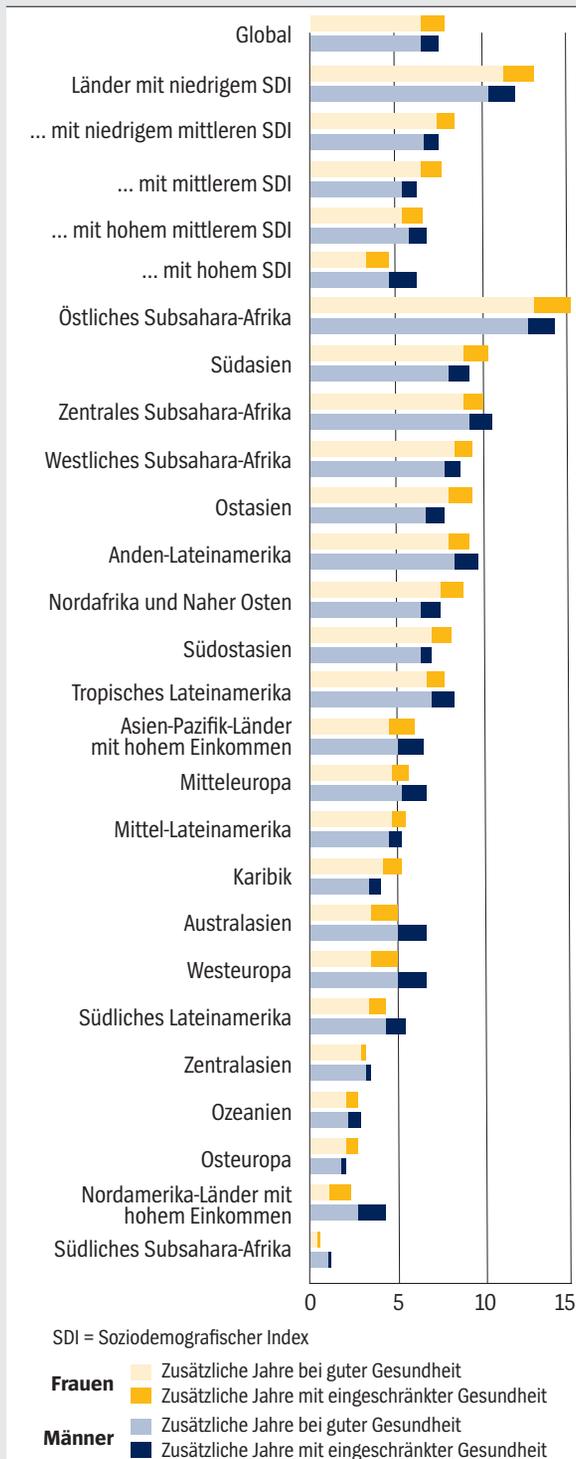
Im Jahr 2017 betrug die Lebenserwartung bei Geburt laut GBD-Studie 2017 (IHME 2019c) zwischen 51,9 Jahren in der Zentralafrikanischen Republik und 84,8 Jahren in Singapur. Für Deutschland wurde die Lebenserwartung auf 80,6 Jahre geschätzt, was einem Anstieg um 5,1 Jahre seit 1990 entspricht. Im globalen Durchschnitt stieg die Lebenserwartung zwischen 1990 und 2017 um 7,4 Jahre von 65,6 Jahre auf 73,0 Jahre. Die Zunahme der Lebensjahre reichte von 5,1 Jahren in Ländern mit hohem SDI bis hin zu 12,0 Jahren in Ländern mit niedrigem SDI (Abbildung 1).

Sowohl bei der Veränderung der Lebenserwartung als auch bei der Lebenserwartung im Jahr 2017 gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede. Für 180 von 195 Ländern und Gebieten wurde berechnet, dass Frauen länger leben als Männer. Die Anzahl der zusätzlichen Lebensjahre, die Frauen leben, liegt zwischen 1,4 Jahren in Algerien und 11,9 Jahren in der Ukraine. Geschlechtsspezifische Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Männern und Frauen treten über sozioökonomische Entwicklungsstufen hinweg auf; sie sind in Ländern der mittleren und hohen mittleren SDI-Gruppen am stärksten ausgeprägt (IHME 2018).

In Subsahara-Afrika war und ist die Lebenserwartung niedriger als in anderen Regionen der Welt (53,6 Jahre im Jahr 1990 und 63,9 Jahre im Jahr 2017). Zwischen verschiedenen Regionen in Subsahara-Afrika bestehen deutliche Unterschiede. Im östlichen Subsahara-Afrika stieg die Lebenserwartung zwischen 1990 und 2017 am meisten, von 50,8 Jahre auf 64,9 Jahre. Im südlichen Subsahara-Afrika fiel die Lebenserwartung von 64,0 Jahren im Jahr 1990 auf 50,5 Jahre im Jahr 2005, da Länder dieser Region stark von der HIV/Aids-Epidemie betroffen waren. Infolge des Auf- und Ausbaus von antiretroviralen Therapiemöglichkeiten (siehe zum Beispiel Kohler *et al.* 2019) stieg die Lebenserwartung aufgrund der deutlichen Zunahme der Lebenserwartung von

ABBILDUNG 1

Anstieg der (gesunden) Lebenserwartung von 1990 bis 2017 weltweit



Quelle: In Anlehnung an GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators (Ky et al. 2018); Grafik: G+C Wissenschaft 2019

Menschen, die mit HIV leben und Behandlung erhalten, wieder kontinuierlich bis auf 65,0 Jahre im Jahr 2017 an.

In den meisten der 195 Länder und Gebiete, welche die GBD-Studie 2017 untersuchte, war der Anstieg der gesunden Lebenserwartung geringer als der Anstieg der allgemeinen Lebenserwartung. Global betrachtet stieg die gesunde Lebenserwartung zwischen 1990 und 2017 um 6,3 Jahre von 57,0 Jahren auf 63,3 Jahre im Vergleich zu einem Anstieg der Lebenserwartung um 7,4 Jahre im gleichen Zeitraum. Dies deutet darauf hin, dass durch den Zugewinn an Lebenszeit anteilig auch mehr Jahre in schlechtem Gesundheitszustand gelebt wurden. Von den zwischen 1990 und 2017 hinzugewonnenen Lebensjahren wurden in Ländern mit hohem SDI 26,3 Prozent in schlechtem Gesundheitszustand erlebt, verglichen mit 11,7 Prozent in Ländern mit niedrigem mittlerem SDI (Ky et al. 2018).

Die Gesamtzahl der weltweiten Todesfälle im Jahr 2017 wurde auf 55,9 Millionen geschätzt im Vergleich zu 46,5 Millionen im Jahr 1990. Berücksichtigt man den Anstieg der Weltbevölkerung von 5,4 auf 7,6 Milliarden Menschen zwischen 1990 und 2017, so ergibt sich ein Rückgang von 861 auf 732 Todesfälle pro 100.000 Menschen im Vergleich der Jahre 1990 und 2017. Außerdem hat sich die weltweite Sterblichkeit, welche die GBD-Studie 2017 seit 1950 schätzt, im Laufe der Jahre weg von jüngeren hin zu älteren Lebensjahren verschoben. Der Anteil der Todesfälle bei den über 75-Jährigen stieg von zwölf Prozent aller Todesfälle im Jahr 1950 auf 39 Prozent im Jahr 2017 (IHME 2018).

3.2 Globale Trends bei Ursachen von Krankheit und Tod, 1990–2017

Die Ursachen der globalen Krankheitslast haben sich weg von Infektions- hin zu nicht übertragbaren Krankheiten verschoben. Zwischen 1990 und 2017 sanken die Anzahl der DALYs und die altersstandardisierte DALY-Rate (DALYs pro 100.000 Menschen), die für eine gleichbleibende Altersstruktur der Bevölkerung berechnet wird, in der Gruppe der übertragbaren und ernährungsbedingten Erkrankungen sowie der Erkrankungen von Müttern und Neugeborenen um 41,3 beziehungsweise 49,8 Prozent. Bei nicht übertragbaren Krankheiten hingegen stieg die Anzahl der DALYs um 40,1 Prozent, während die altersstandardisierte DALY-Rate im gleichen Zeitraum um 18,1 Prozent fiel. Der letztgenannte Vergleich deutet darauf hin, dass der Anteil der globalen Krankheitslast, der nicht übertragbaren Krankheiten zugeschrieben wird, aufgrund der wachsenden alternden Weltbevölkerung zunimmt und wohl weniger auf die Verbreitung eines westlichen Lebensstils zurückzuführen ist (Murray 2018).

Die fünf Hauptursachen (Level-2-Ursachengruppe der GBD-Studie) der weltweit durch Krankheit oder vorzeitigen Tod verlorenen Lebensjahre (DALYs) waren im Jahr 2017 Herz-Kreis-

ABBILDUNG 2

Die 15 wichtigsten Ursachen der Krankheitslast weltweit in den Jahren 1990, 2007 und 2017 und in Deutschland im Jahr 2017
Global 1990

1	Atemwegsinfektionen und Tuberkulose
2	Erkrankungen von Müttern und Neugeborenen
3	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
4	Darminfektionen
5	Andere Infektionskrankheiten
6	Tumorerkrankungen
7	Andere nicht übertragbare Krankheiten
8	Unbeabsichtigte Verletzungen
9	Chronische Atemwegserkrankungen
10	Vernachlässigte Tropenkrankheiten und Malaria
11	Ernährungsbedingte Mängel
12	Muskel-Skelett-Erkrankungen
13	Psychische Störungen
14	Verletzungen im Straßenverkehr
15	Neurologische Erkrankungen

Global 2007

1	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2	Erkrankungen von Müttern und Neugeborenen
3	Atemwegsinfektionen und Tuberkulose
4	Tumorerkrankungen
5	Darminfektionen
6	Andere nicht übertragbare Krankheiten
7	HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen
8	Muskel-Skelett-Erkrankungen
9	Unbeabsichtigte Verletzungen
10	Psychische Störungen
11	Chronische Atemwegserkrankungen
12	Neurologische Erkrankungen
13	Vernachlässigte Tropenkrankheiten und Malaria
14	Andere Infektionskrankheiten
15	Diabetes und chronische Nierenerkrankungen

Das Ranking der 15 wichtigsten von 22 Level-2-Ursachengruppen der GBD-Studie 2017 nach deren geschätztem Beitrag zur gesamten Krankheitslast zeigt die weltweite Zunahme der Belastung durch nicht übertragbare Krankheiten. In Deutschland belegen diese Krankheiten zwölf der 13 vordersten Plätze.

lauf-Erkrankungen, Tumorerkrankungen, Erkrankungen, die Mütter und Neugeborene betreffen, Atemwegsinfektionen und Tuberkulose sowie Muskel-Skelett-Erkrankungen. Auf den Rängen 6 bis 10 folgen psychische Störungen, andere nicht übertragbare Krankheiten, chronische Atemwegserkrankungen, neurologische Erkrankungen und unbeabsichtigte Verletzungen (Abbildung 2).

Im Ranking der wichtigsten Ursachen der weltweiten Krankheitslast am meisten aufgestiegen sind zwischen 1990 und 2017 Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Störungen, Diabetes und chronische Nierenerkrankungen sowie neurologische Erkrankungen. Die Hauptursachen der weltweiten Krankheitslast unterscheiden sich somit zunehmend weniger von den Hauptursachen der Krankheitslast in Deutschland. HIV/Aids und sexuell übertragbare Infektionen sind nach einem starken Aufstieg in der Rangliste der Ursachen der Krankheitslast nicht länger unter den vorrangigen Ursachen für die globale Belastung durch Krankheit und

vorzeitigen Tod. Selbstverletzung und zwischenmenschliche Gewalt zählen nicht zu den vorrangigen Ursachen der weltweiten Krankheitslast, steigen aber nach einem Rückgang ab Mitte der 90er-Jahre seit 2010 wieder im Ranking auf.

4 Zukünftige Gesundheitsausgaben und Universal Health Coverage

Um eine allgemeine Gesundheitsabsicherung (*Universal Health Coverage, UHC*) zu erreichen, die eine finanzielle Absicherung im Krankheitsfall einschließt, ist es erforderlich, dass grundlegende Gesundheitsleistungen durch Vorauszahlungen bereitgestellt werden, ohne Haushalte übermäßig zu belasten (*Dielemann et al. 2018*). Globale Kenntnisse der gegenwärtigen und zukünftigen Entwicklung der Gesundheitsfinanzierung sind deswegen wichti-

Global 2017

1	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2	Tumorerkrankungen
3	Erkrankungen von Müttern und Neugeborenen
4	Atemwegsinfektionen und Tuberkulose
5	Muskel-Skelett-Erkrankungen
6	Psychische Störungen
7	Andere nicht übertragbare Krankheiten
8	Chronische Atemwegserkrankungen
9	Neurologische Erkrankungen
10	Unbeabsichtigte Verletzungen
11	Diabetes und chronische Nierenerkrankungen
12	Darminfektionen
13	Verdauungskrankheiten
14	Verletzungen im Straßenverkehr
15	Selbstverletzung und zwischenmenschliche Gewalt

Deutschland 2017

1	Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2	Tumorerkrankungen
3	Muskel-Skelett-Erkrankungen
4	Neurologische Erkrankungen
5	Psychische Störungen
6	Chronische Atemwegserkrankungen
7	Unbeabsichtigte Verletzungen
8	Diabetes und chronische Nierenerkrankungen
9	Verdauungskrankheiten
10	Andere nicht übertragbare Krankheiten
11	Erkrankungen an Sinnesorganen
12	Hautkrankheiten
13	Suchterkrankungen
14	Selbstverletzung und zwischenmenschliche Gewalt
15	Atemwegsinfektionen und Tuberkulose

 Übertragbare und ernährungsbedingte Erkrankungen und Erkrankungen von Müttern und Neugeborenen

 Nicht übertragbare Krankheiten

 Verletzungen

ge Informationen für das Erkennen globaler Versorgungslücken und das weltweite Erreichen einer allgemeinen Gesundheitsabsicherung.

Eine GBD-Studie über globale Gesundheitsfinanzierung (Dieleman et al. 2018) ergänzt Untersuchungen zur globalen Krankheitslast, indem Daten zur Gesundheitsfinanzierung für 188 Länder von 1995 bis 2015 ausgewertet und Gesundheitsausgaben bis 2040 vorhergesagt wurden (Tabelle 1). Die weltweit geringsten Gesundheitsausgaben pro Kopf finden sich gegenwärtig und zukünftig in Subsahara-Afrika. Zugleich ist Subsahara-Afrika die am stärksten pro 100.000 Menschen durch Krankheitslast belastete Region der Welt (vorwiegend vorzeitige Todesfälle). Wie bereits heute wird nach der derzeitigen Prognose auch zukünftig der versicherte Teil der Gesundheitsausgaben mit fallendem Wohlstandsniveau sinken. In der GBD-Ländergruppe mit hohem Einkommen werden im Jahr 2040 schätzungsweise 87,1 Prozent durch staatliche oder pri-

vate Ausgaben vorausbezahlt und damit vom Eintreten eines Krankheitsfalls entkoppelt. Im regionalen Vergleich wird der aus nationalen Mitteln vorausbezahlte Anteil der Gesundheitsausgaben in Südasien am geringsten sein (38,8 Prozent), gefolgt von Subsahara-Afrika (45,5 Prozent).

5 Fazit und Ausblick

„Eine fehlende Abschätzung eines Problems wird zu oft als Hinweis auf das Nichtvorhandensein eines Problems gedeutet. Es besteht [deshalb] die Gefahr, dass sich politische Debatten auf gut dokumentierte oder beliebte Gesundheitsfragen konzentrieren könnten unter Ausschluss von schlecht dokumentierten oder nicht beachteten Herausforderungen, die sich als wichtiger für die Verbesserung der Gesundheit einer Bevölkerung erweisen könnten.“
(Murray und Lopez 2017)

TABELLE 1

Gesundheitsausgaben nach Ausgabenträgern, 2015 und voraussichtlich 2040

	Gesundheitsausgaben pro Kopf (in Dollar) ¹		Zusammensetzung der voraussichtlichen Gesundheitsausgaben 2040 (in Prozent)			
	2015	2040	Staatsausgaben ²	Vorausbezahlte private Ausgaben ³	„Out of Pocket“-Ausgaben ⁴	Entwicklungshilfe für Gesundheit ⁵
Global	1.332	2.318	61,3	13,5	24,7	0,5
GBD-Regionen						
Zentraleuropa, Osteuropa und Zentralasien	1.288	2.120	56,3	3,3	39,9	0,5
GBD-Länder mit hohem Einkommen	5.839	9.054	67,5	19,6	12,8	0
Lateinamerika und Karibik	1.065	1.550	51,2	18,6	29,9	0,3
Nordafrika und Naher Osten	888	1.496	56,9	7,8	34,9	0,4
Südasien	210	692	28,9	9,9	60,6	0,6
Südostasien, Ostasien und Ozeanien	672	2.632	63,6	5,3	31,0	0,1
Subsahara-Afrika	202	289	34,5	11,0	39,4	15,1

¹ Gesundheitsausgaben in kaufkraftparitätsbereinigten Dollar.

² Inländisch finanzierte öffentliche Ausgaben für Gesundheit.

³ Privatversicherungen und Gesundheitsausgaben von Nichtregierungsorganisationen.

⁴ Direkte Zahlungen von Einzelpersonen für Gesundheitsleistungen.

⁵ Finanzielle Leistungen und Sachleistungen von Gebern im globalen Gesundheitsbereich, die darauf abzielen, die Gesundheit in Ländern mit niedrigem oder mittlerem Einkommen zu verbessern oder zu erhalten.

Seit 1990 ist die Lebenserwartung der Weltbevölkerung deutlich angestiegen, aber an vielen Orten bedeutet ein Zugewinn an Lebensjahren nicht, diese auch bei guter Gesundheit zu verbringen. Verlässliche Kenntnisse darüber, wie sich Bevölkerungsgesundheit, Gesundheitsversorgung und -finanzierung in den einzelnen Weltregionen unterscheiden und entwickeln, sind notwendig für evidenzinformierte Entscheidungen in der nationalen und internationalen Gesundheitspolitik und werden auch für Deutschlands wachsendes Engagement in der globalen Gesundheit empfohlen (siehe zum Beispiel *Gerhardus et al. 2018*).

Die GBD-Studie zur globalen Krankheitslast und weitere Studien des GBD-Kooperationsnetzwerks berechnen und prognostizieren grundlegende Gesundheitsindikatoren auf globaler, regionaler, nationaler und teilweise lokaler Ebene. Dadurch stellen die GBD-Studien einzigartig umfassende und standardisierte Daten zur Beschreibung der Gesundheit welt-

weit bereit. Andererseits gibt es starke Einschränkungen, denen die in GBD-Studien berechneten Gesundheitsindikatoren unterliegen (*Murray und Lopez, 2017; Murray, 2018*):

- Aus zahlreichen Ländern fehlen verlässliche und repräsentative Daten zu Krankheiten, Verletzungen und Risikofaktoren oder andere Daten.
- Verzerrte, unzureichende oder fehlende Daten werden im Rahmen der GBD-Studie über statistische Modelle, denen in unterschiedlichem Ausmaß subjektive Annahmen zugrunde liegen, korrigiert beziehungsweise geschätzt.
- Komorbiditäten werden in der GBD-Studie bisher nur eingeschränkt berücksichtigt.

Für Deutschland wird aufgrund der Einschränkungen der GBD-Studien zur Krankheitslast im Rahmen des Forschungsprojekts BURDEN 2020 versucht, ein überarbeitetes Konzept zur Berechnung der Krankheitslast in Deutschland und zu seinen Regionen zu entwickeln (*Rommel et al. 2018*), welches eine brei-

tere Datenbasis für Deutschland als die GBD-Studie berücksichtigt. Unabhängig von der Datengrundlage und den eingesetzten statistischen Modellen wird allerdings diskutiert, inwieweit kombinierte Gesundheitsmaße, wie gesunde Lebenserwartung oder beeinträchtigungsbereinigte Lebensjahre, den gemeinsamen Wert von Gesundheit und Lebenszeit ausdrücken können oder eine Aufsummierung der Gesundheit einzelner Menschen ein wünschenswertes Maß für die Bevölkerungsgesundheit ist (siehe zum Beispiel *Chen et al. 2015; Voigt und King, 2017*).

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass verlässliche Daten zu Gesundheit oder Gesundheitsausgaben eine wichtige Ressource für Politik und Entscheidungsträger sind. Die Ergebnisse der GBD-Studien werden für die Planung von nationalen und globalen Gesundheitsmaßnahmen von der Weltgesundheitsorganisation, der Weltbank, von Regierungen und anderen Akteuren genutzt (*Murray und Lopez 2017*). GBD-Studienergebnisse sollten aufgrund der Einschränkungen aber nur eines von mehreren Kriterien sein, auf denen gesundheitliche Entscheidungen und Prioritätensetzung basieren (*Murray et al. 2012*).

Literatur

Chen A et al. (2015): The Evolution of the Disability-Adjusted Life Year (DALY). *Socio-Economic Planning Sciences*, Vol. 49, No.1, 10–15

Dieleman JL et al. (2018): Trends in Future Health Financing and Coverage: Future Health Spending and Universal Health Coverage in 188 Countries, 2016–40. *The Lancet*, Vol. 391, No. 10132, 1783–1798

Gerhardus A et al. (2018): Neue Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit: Positionspapier der Wissenschaft. Deutsche Gesellschaft für Public Health

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) (2018): Findings from the Global Burden of Disease Study 2017. Seattle, WA: IHME

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) (2019 a): About GBD; healthdata.org/gbd/about

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) (2019 b): GBD 2017 Resources; healthdata.org/gbd/gbd-2017-resources

IHME (Institute for Health Metrics and Evaluation) (2019 c): GBD Compare Data Visualization; vizhub.healthdata.org/gbd-compare

James SL et al. (2018): Global, Regional, and National Incidence, Prevalence, and Years Lived with Disability for 354 Diseases and Injuries for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, Vol. 392, No. 10159, 1789–1858

Kohler S et al. (2019): Ökonomie und Globale Gesundheit [Economics and Global Health]. In: Bonk M, Ulrichs T (Hrsg.): *Global Health: Eine Einführung in die Globale Gesundheit* (im Erscheinen). Berlin: De Gruyter

Kyu HH et al. (2018): Global, Regional, and National Disability-Adjusted Life-Years (DALYs) for 359 Diseases and Injuries and Healthy Life Expectancy (HALE) for 195 Countries and Territories, 1990–2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*, Vol. 392, No. 10159, 1859–1922

Murray CJL (2018): Measuring the Global and Local Burden of Disease; [youtube.com/watch?v=WkqgtwFoC9w](https://www.youtube.com/watch?v=WkqgtwFoC9w)

Murray CJL, Lopez AD (2017): Measuring Global Health: Motivation and Evolution of the Global Burden of Disease Study. *The Lancet*, Vol. 390, No. 10100, 1460–1464

Murray CJL et al. (2012): Disability-Adjusted Life Years (DALYs) for 291 Diseases and Injuries in 21 Regions, 1990–2010: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, Vol. 380, No. 9859, 2197–2223

Redford S, Alexander L (2018): What Data Sources Go into the GBD?; healthdata.org/acting-data/what-data-sources-go-gbd

Rommel A et al. (2018): BURDEN 2020 — Burden of Disease in Germany at the National and Regional Level. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, Hg. 61, Heft 6, 1–8

Voigt K, King NB (2017): Out of Alignment? Limitations of the Global Burden of Disease in Assessing the Allocation of Global Health Aid. *Public Health Ethics*, Vol. 10, No. 3, 244–256

Weltbank (1993): Weltentwicklungsbericht 1993: Investitionen in die Gesundheit – Kennzahlen der Weltentwicklung. Washington, DC: Weltbank/Bonn: UNO-Verlag

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

DER AUTOR



Dr. Stefan Kohler,

Volkswirt und Arzt, leitet eine Forschungsgruppe zu globaler Gesundheit und Ökonomie am Heidelberger Institut für Global Health der Universität Heidelberg. Er ist Sprecher des Fachbereichs Global Health der Deutschen Gesellschaft für Public Health und Mitglied der Global Young Academy. Er arbeitet seit 2018 an der Global-Burden-of Disease-Studie mit. Seine Arbeitsschwerpunkte sind Gesundheitssystemforschung und Evaluation von Gesundheitsprogrammen im Hinblick auf gesundheitliche, soziale und wirtschaftliche Auswirkungen.

Fit for Purpose? Die WHO auf der Suche nach einer neuen Rolle in der globalen Gesundheit

von Cornelia Ulbert¹

ABSTRACT

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist die internationale Organisation mit dem Mandat, die internationale Gesundheitszusammenarbeit zu koordinieren und zu führen. Diese Rolle konnte sie aber im System globaler Gesundheit bislang nicht angemessen ausüben. Verantwortlich dafür ist unter anderem eine lang andauernde Finanzierungs Krise, die Ausdruck des mangelnden Vertrauens der Mitgliedsstaaten in die Leistungsfähigkeit der Organisation ist. Mit dem laufenden Arbeitsprogramm unter dem neuen Generaldirektor Tedros Adhanom Ghebreyesus strebt die WHO an, diesen Führungsanspruch umzusetzen und ihre Wirksamkeit zu steigern. Dazu sind weitreichende Änderungen geplant. Die Transformation der WHO kann jedoch nur gelingen, wenn die Mitgliedsstaaten den Anteil der frei verwendbaren Mittel im Budget erhöhen, um der WHO den notwendigen Gestaltungsspielraum für die Reformen zu verschaffen.

Schlüsselwörter: Weltgesundheitsorganisation, Reform, globale Gesundheit

***The World Health Organization (WHO)** is the international organization with the mandate to coordinate and lead international collaboration in health matters. In the global health system of today, however, WHO has not been able to fulfill this role adequately yet. This is partly due to a long lasting financing crisis, which reflects the member states' lack of confidence in the efficiency and capacities of the organization. With its current General Program of Work the WHO under Director-General Tedros Adhanom Ghebreyesus seeks to realize its claim to leadership and to increase its effectiveness. For this, various changes are currently under way. However, the transformation can only be successful, if member states increase the percentage of unearmarked funds to provide WHO with the necessary leeway to carry out the projected reforms.*

Keywords: World Health Organization, reform, global health

1 Einleitung

Die Architektur, innerhalb derer Gesundheitsfragen behandelt werden, hat sich vor allem in den vergangenen 20 Jahren von einem eher zwischenstaatlich geprägten in ein globales System gewandelt. Dadurch wurde die Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization, WHO) zu einem von vielen – teilweise konkurrierenden – Akteuren. Obwohl mit der Zunahme an Akteuren auch die finanziellen Mittel für die Gesundheitszusammenarbeit stiegen, befindet sich die WHO seit Jahren in einer Finanzierungs Krise, die auch Ausdruck des mangelnden Vertrauens der Mitgliedsstaaten in die Leis-

tungsfähigkeit der Organisation ist. Daran konnten auch wiederholte Reforminitiativen nichts ändern. Mit dem Amtsantritt des gegenwärtigen WHO-Generaldirektors Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus im Jahr 2017 setzte ein neuer Reformprozess ein, durch den die WHO wieder eine stärkere Führungsrolle übernehmen will. Gleichzeitig soll sie in die Lage versetzt werden, besser mit anderen Akteuren der globalen Gesundheitspolitik zu kooperieren. Der vorliegende Beitrag erläutert den Kontext des aktuellen Reformprozesses, skizziert zentrale Reformaspekte und diskutiert die Erfolgsaussichten, die Rolle der WHO als führende Gesundheitsorganisation zu stärken.

¹ Dr. rer. pol. Cornelia Ulbert, Institut für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen · 47048 Duisburg · Telefon 0203-3794422
E-Mail: cornelia.ulbert@inef.uni-due.de

2 Die WHO im System globaler Gesundheit

Die WHO nahm 1948 ihre Arbeit mit dem Ziel auf, dass alle Völker ein „Höchstmaß an Gesundheit“ („highest possible level of health“) erreichen sollten (*WHO 2006, Article 1*), wobei Gesundheit definiert wurde als der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens („state of complete physical, mental and social well-being“), also mehr umfasste als die Abwesenheit von Krankheit (*WHO 2006, 1*). Mit diesem Mandat war eine lange Liste von Aufgaben verbunden, allen voran, als führende und koordinierende Instanz in der internationalen Gesundheitsarbeit zu wirken (*WHO 2006, Article 2 (a)*).

Bis in die 1990er-Jahre hinein war die WHO auch unhinterfragt die führende Organisation im Bereich der internationalen Gesundheitspolitik. Doch in den vergangenen Jahrzehnten haben sich die Bedingungen, unter denen Gesundheitsprobleme global bearbeitet werden, grundlegend verändert. Jahrzehntlang war internationale Gesundheitspolitik durch staatliche und zwischenstaatliche Akteure wie die WHO oder das Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen (United Nations Children's Fund – UNICEF) geprägt. Doch mittlerweile werden Gesundheitsprobleme in einem System globaler Gesundheitspolitik bearbeitet. Deutlichstes Kennzeichen hierfür ist die Zunahme der Akteure, Finanzierungsmechanismen und Programme, wodurch die WHO zu einem unter vielen Spielern wurde. Der Wandel zu globaler Gesundheitspolitik steht in engem Zusammenhang mit größeren politischen, ökonomischen und sozialen Abhängigkeiten, die Folge von Globalisierungsprozessen mit einem steigenden grenzüberschreitenden Austausch von Gütern, Personen, aber auch Ideen und Werten sind. Augenfällig wird dies an der weiträumigen Verbreitung von Infektionserkrankungen wie HIV/Aids, verschiedenen Formen der Influenza oder in jüngerer Zeit des Zika-Virus. Im Endeffekt verlieren staatliche Grenzen dadurch an Bedeutung.

Gleichzeitig nahm auch die Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen deutlich zu, die in den 1980er-Jahren politisch initiiert wurde und über die Strukturanpassungsprogramme von Weltbank und Internationalem Währungsfonds (IWF) vorangetrieben wurde. So übernahm seither auch die im Vergleich zur WHO ungleich finanzkräftigere Weltbank eine starke und in Teilen konkurrierende Rolle im Gesundheitsbereich, wodurch diese vor allem seit den 1990er-Jahren einen dominierenden Einfluss auf internationale Gesundheitspolitik erhalten konnte. Während die Weltbank als finanziell und konzeptionell starker Akteur auftrat, reduzierte sich die Rolle der WHO auf die technische Expertise in Gesundheitsfragen.

Der Bedeutungsverlust der WHO zeigt sich nicht nur an der Ausweitung der Zahl der Akteure, die sich mittlerweile mit Gesundheitsfragen beschäftigen, sondern auch daran, wie sich diese an der Gestaltung globaler Gesundheitspolitik beteiligen. Mittlerweile spielen viele sogenannte private Akteure eine hervorgehobene Rolle – allen voran die finanzstarke Bill-und-Melinda-Gates-Stiftung (Bill & Melinda Gates Foundation, BMGF). Diese haben eine Reihe von Funktionen übernommen, die bislang den staatlichen und zwischenstaatlichen Akteuren vorbehalten waren. Nicht zuletzt die Gründung zahlreicher öffentlich-privater Partnerschaften (*public private partnerships – PPPs*) im Gesundheitsbereich zeigt, dass private und nicht staatliche Akteure Steuerungsdefizite klassischer staatlicher und zwischenstaatlicher Akteure verstärkt durch ihr Engagement ausgleichen. Dies hat vor allem seit Beginn der 2000er-Jahre – angeregt durch die Millennium-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals, MDGs) der Vereinten Nationen (United Nations, UN) – zu einer deutlichen Ausweitung der Mittel geführt, die Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen global für die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen bereitgestellt werden. Nach Berechnungen des Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), das mit Mitteln der BMGF an der University of Washington in Seattle gegründet wurde, stiegen diese als *development health assistance* bezeichneten Mittel von 12 Milliarden US-Dollar im Jahr 2000 auf 37 Milliarden US-Dollar im Jahr 2017 an, mit einem Höhepunkt von etwa 40 Milliarden US-Dollar im Jahr 2013 (*Institute for Health Metrics and Evaluation 2018*).

Die Bereitschaft vieler Staaten, mehr Mittel für die globale Gesundheitszusammenarbeit zur Verfügung zu stellen, schlug sich jedoch nicht im gleichen Maß in einem stärkeren finanziellen Engagement bei der WHO nieder. Diese befindet sich vielmehr seit Jahrzehnten in einer Finanzierungskrise, nachdem trotz gestiegener Anforderungen die Finanzausstattung über Jahre hinweg nahezu konstant blieb und der Anteil der frei verwendbaren Pflichtbeiträge im Vergleich zu zweckgebundenen freiwilligen Zuwendungen stetig sank. Die Zurückhaltung der Mitgliedsstaaten, die Pflichtbeiträge zu erhöhen, ist Ausdruck eines mangelnden Vertrauens in die Leistungsfähigkeit der WHO. Die Grenzen dieser Leistungsfähigkeit wurden im Zuge der Ebola-Epidemie 2014/15 in Westafrika drastisch deutlich.

3 Ebola-Krise 2014/15 offenbart eklatante Schwächen

Die Ebola-Epidemie 2014/15 in den westafrikanischen Staaten Guinea, Liberia und Sierra Leone markiert mit circa 28.600 Krankheits- und rund 11.300 Todesfällen (*WHO 2016b*) eine der schwersten Gesundheitskrisen der jüngeren Zeit. Der

WHO waren zwar bereits im März 2014 erste Infektionsfälle gemeldet worden, einen Gesundheitsnotfall von internationaler Tragweite (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) rief diese jedoch erst im August 2014 aus. Eine konzertierte internationale Hilfsaktion lief allerdings erst an, als sich der Sicherheitsrat der Vereinten Nationen im September desselben Jahres erstmalig in seiner Geschichte mit einem akuten Gesundheitsnotfall beschäftigte und feststellte, dass der Ausbruch von Ebola in Westafrika eine Bedrohung des internationalen Friedens und der Sicherheit darstellte. Der damalige UN-Generalsekretär Ban Ki-moon setzte daraufhin eine Sondermission zur Bekämpfung von Ebola (UN Mission for Ebola Emergency Response, UNMEER) ein und einen Sonderbeauftragten für Ebola, um die internationalen Hilfsmaßnahmen besser zu koordinieren.

Der Ebola-Ausbruch in Westafrika zeigte deutlich, dass die existierenden Strukturen zur Bekämpfung globaler Gesundheitskrisen große Defizite aufwiesen. Eigentlich wäre es Aufgabe der WHO gewesen, im UN-System eine steuernde und koordinierende Funktion zu übernehmen. Dazu dienen auch die internationalen Gesundheitsvorschriften, die 2005 überarbeitet wurden und in denen verbindliche Maßnahmen zur internationalen Bekämpfung von Infektionserkrankungen niedergelegt sind. Die seit Jahren chronische Unterfinanzierung der WHO trug unter anderem dazu bei, dass die Organisation nicht in der Lage war, zügig und angemessen auf die Ebola-Infektionsschwelle zu reagieren. Aufgrund von Sparmaßnahmen wurden ausgerechnet in dem damals laufenden Haushalt die Mittel für die Notfallreaktion beim Ausbruch von Epidemien und Gesundheitskrisen um die Hälfte gekürzt. Daher war die WHO nicht einmal in der Lage, ihren eigenen Notfallplan vom August 2014 zügig umzusetzen, weil sie dazu zunächst Mittel einwerben musste. Hinzu kam die historisch gewachsene, aber schon seit Jahren bemängelte organisatorische Struktur der WHO mit dem Hauptquartier in Genf und sechs weitgehend autonom agierenden Regionalbüros. Etwa 70 Prozent des WHO-Personals arbeitet in den Regional- und Länderbüros (*WHO 2016a*) und ist dem zentralen Zugriff des Genfer Hauptquartiers weitgehend entzogen. Daher war das Hauptquartier in Genf auch nicht in der Lage, das theoretisch vorhandene, aber nicht immer hinreichend qualifizierte Personal schnell in die von Ebola betroffenen Länder abzustellen.

Im Nachgang zur Ebola-Krise attestierten eine Reihe von Experten-Kommissionen und Berichten der WHO einen Mangel an technischen Kapazitäten, gepaart mit einer fehlenden „Notfall-Kultur“, also der Fähigkeit, schnell Entscheidungen zu treffen, mit anderen Organisationen zusammenzuarbeiten und flexibel auf Anforderungen vor Ort zu reagieren. Zudem wurden die unsichere Finanzierung der WHO, der unklare Fokus der Organisation auf mögliche Aufgabengebiete sowie fehlende Transparenz und nicht existierende Rechenschaftspflichtigkeit für Fehlleistungen beklagt (*Moon et al. 2017*). Vor

allem das kollektive Versagen der Weltgemeinschaft in der Ebola-Krise zeigte deutlich, dass der WHO-Reformprozess, der seit 2011 unter der vorherigen Generaldirektorin Margaret Chan angestoßen worden war, nicht ausreichend war, um der WHO zu einer klaren und wirksamen Rolle in der globalen Gesundheitsarchitektur zu verhelfen. Umso entscheidender wird es sein, dass der nun unter dem neuen Generaldirektor Tedros initiierte Reformprozess zu einer Stärkung der WHO führen wird.

4 Ansatzpunkte zur Reform der WHO

Am Beispiel der Ebola-Krise lässt sich der Handlungsbedarf ablesen, an dem die Reform der WHO verstärkt ansetzen muss: Stärkung nationaler Gesundheitssysteme und Zugang zu allgemeiner Gesundheitsversorgung, Aufbau eines effektiven Pandemie-Notfallsystems, Verbesserung der Koordination innerhalb der WHO über die verschiedenen Strukturebenen hinweg und innerhalb des UN-Systems mit klaren Verantwortlichkeiten, Förderung von Kooperationen mit weiteren Akteuren im globalen Gesundheitssystem, Überprüfung der Wirksamkeit der eigenen Arbeit sowie eine ausreichende Finanzierung zentraler Aufgaben und Programme.

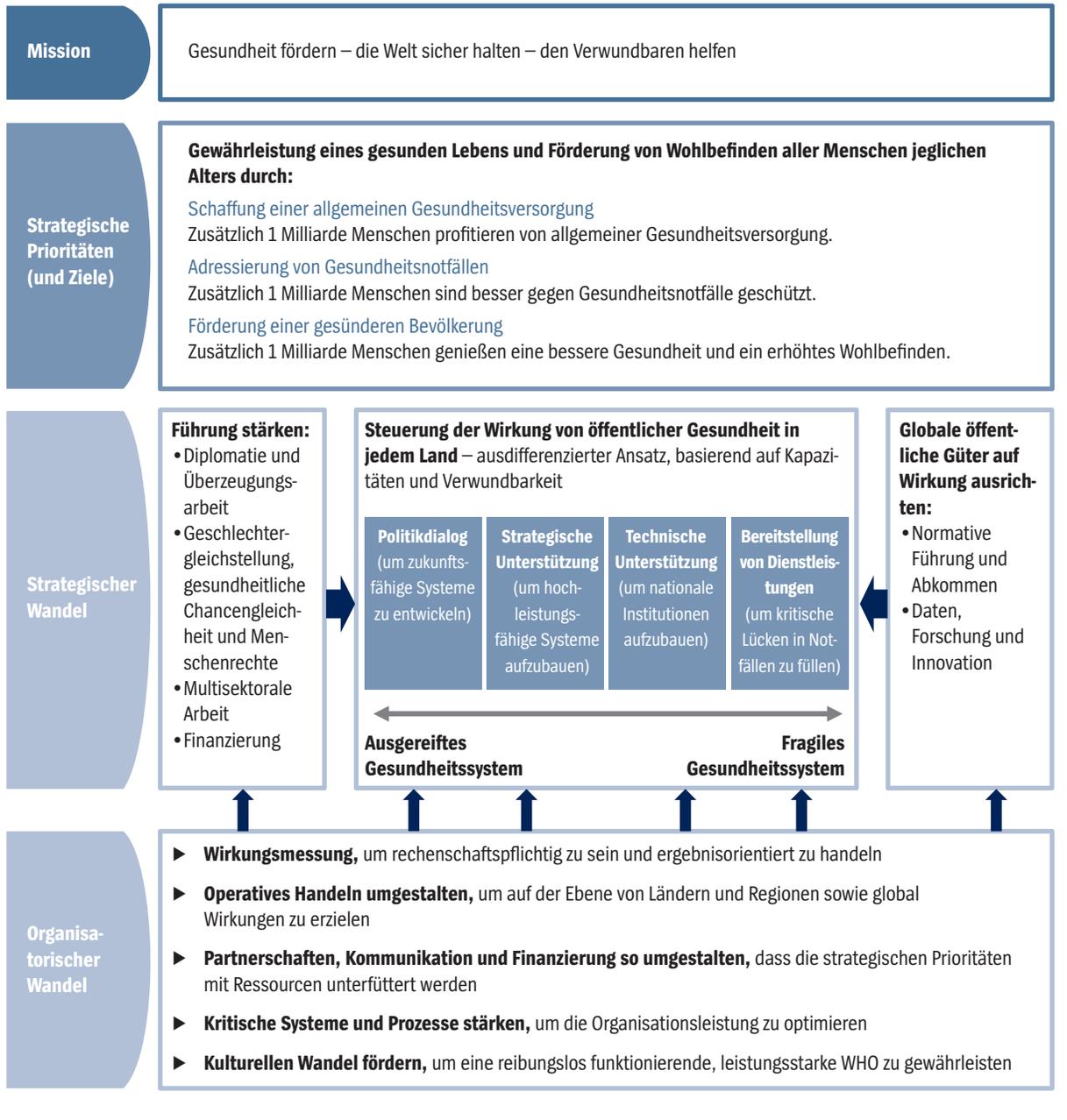
In dem nun bis 2023 laufenden Arbeitsprogramm (*WHO 2018a*) will die WHO ihre Vision einer Welt, in der alle Menschen ein Höchstmaß an Gesundheit und Wohlbefinden erlangen, über drei zentrale Grundsätze realisieren: Gesundheit fördern – die Welt sicher halten – den Verwundbaren helfen (siehe Abbildung 1). Die entscheidende Neuerung besteht darin, dass die mit dieser Mission verbundenen strategischen Prioritäten und Ziele eng mit der Umsetzung der Nachhaltigen Entwicklungsziele der Vereinten Nationen (Sustainable Development Goals, SDGs) verbunden sind, allen voran SDG 3 zu Gesundheit („Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern“) sowie weiteren gesundheitsrelevanten Zielen. Da sich die SDGs, anders als die Millennium-Entwicklungsziele (MDGs), nicht nur auf Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen beziehen, sondern auch auf die entwickelten Länder, betont die WHO damit ihren Anspruch, normativ und operativ in alle Mitgliedsstaaten hineinzuwirken. Die Wirkungsorientierung, die sich mit dem neuen Arbeitsprogramm verbindet, ist daher eng mit den Diskussionen im UN-System zur Umsetzung und Überprüfung der SDGs verbunden.

4.1 Die „Triple Billion“-Ziele

Das Reformprogramm konzentriert sich auf drei ehrgeizige Ziele: Jeweils eine Milliarde Menschen mehr soll bis zum Jahr 2023: 1) in den Genuss einer allgemeinen Gesundheitsversorgung kommen, 2) vor Gesundheitsnotfällen geschützt

ABBILDUNG 1

Strategische Prioritäten und neue Schwerpunktsetzungen im WHO-Arbeitsprogramm 2019–2023



Quelle: WHO (2018 a) 7 (eigene Übersetzung). Grafik: G+G Wissenschaft 2019

werden und 3) einen verbesserten Gesundheitsstatus erreichen. Diese drei Ziele beziehen sich auf Unterziele von SDG 3, so etwa SDG 3.8, nach dem eine allgemeine Gesundheitsversorgung (Universal Health Coverage, UHC) angestrebt wird.

Der Zugang zu UHC, welche vor allem eine primäre Grundversorgung einschließt, zielt auf den Abbau von Zugangsbarrieren („leave no one behind“) und die Vermeidung finanzieller Härten. Um dies zu erreichen, will die WHO den

Mitgliedsstaaten technische Hilfe zur Verfügung stellen und mit Partnern zusammenarbeiten, um für jedes Land ein entsprechendes UHC-Angebot zu gestalten. Die Ausgestaltung von nationalen Gesundheitssystemen umfasst darüber hinaus Fragen von Gesundheitspersonal, vom Zugang zu Medikamenten, Impfstoffen und Medizinprodukten sowie der Finanzierung und Regierungsführung (Governance) in den jeweiligen Ländern.

Beim Umgang mit Gesundheitsnotfällen kann die WHO auf den Reformen aufbauen, die noch unter der Vorgänger-Generaldirektorin Margaret Chan umgesetzt wurden. So ermöglicht beispielsweise ein Notfallfonds (Contingency Fund for Emergencies, CFE) der WHO mittlerweile, umgehend auf Gesundheitsnotfälle zu reagieren. Weitere finanzielle Unterstützung erhält die WHO bei humanitären Gesundheitskrisen zudem durch Finanzierungsinstrumente der UN und der Weltbank, die nach der Ebola-Epidemie 2014/15 geschaffen wurden (WHO 2017). Mit Blick auf Gesundheitsnotfälle sollen nun aber auch die Gesundheitssysteme vor allem in fragilen Staaten und in Konfliktländern gestärkt werden.

Das dritte Ziel, den Gesundheitsstatus von Bevölkerungen zu verbessern, ist ein relativ umfassendes. Im Verlauf des Reformprozesses ist hier eine weitere Fokussierung angestrebt. Zunächst geht die WHO in diesem Bereich noch von fünf Bereichen aus, die dabei in den Blick genommen werden müssen. Dies sind die Verbesserung von Humanressourcen über den Lebensverlauf hinweg, die verstärkte Befassung mit nicht übertragbaren Erkrankungen und geistiger Gesundheit, die Ausrottung hochinfektiöser Erkrankungen, der Kampf gegen Antibiotikaresistenzen und die Bekämpfung der negativen gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels in kleinen Inselstaaten und weiteren verwundbaren Staaten.

4.2 Fokus auf Wirkung in den Ländern

Im Unterschied zum vorangegangenen (zwölften) Arbeitsprogramm stehen nun nicht mehr Themenbereiche und Programme im Vordergrund. Vielmehr richtet sich der Blick im neuen Arbeitsprogramm zentral auf die Wirkungen, die die WHO insbesondere in den Mitgliedsstaaten erzielen will. Dadurch soll es leichter möglich werden, auf Länderebene Prioritäten zu setzen und die entsprechenden Programme zu entwickeln (WHO 2018a, 45). Die Wirkungsorientierung bedingt jedoch auch, dass die möglichen Ziele, die erreicht werden, operationalisiert und messbar gemacht werden (können). Dies macht ein aufwendiges Berichtssystem und umfangreiche Datenerhebungen notwendig. Transparenz herzustellen und Rechenschaft darüber abzulegen, wofür Mittel verausgabt wurden und was mit diesen erreicht wurde, vor allem auf Länderebene, ist eine entscheidende Voraussetzung dafür, das verloren gegangene Vertrauen der Mitgliedsstaaten wiederzugewinnen.

4.3 Kultureller und organisatorischer Wandel

Auch wenn im Laufe der Jahre unzählige Expertenkommissionen die Arbeit der WHO in unterschiedlichen Bereichen immer wieder überprüften und kritisch begleiteten, bedingt die neue Wirkungsorientierung jedoch einen kulturellen Wandel in der WHO. Mit der neuen Logik des Arbeitsprogramms soll das bisher praktizierte Silo-Denken in isolierten Themenbereichen aufgebrochen werden. Aber auch die vertikale Fragmentierung der WHO in Hauptquartier, eigenständige Regionalbüros und Länderbüros soll einer zielorientierten Zusammenarbeit der verschiedenen Ebenen weichen. Geplant ist vor allem eine Stärkung der Länderbüros – eine Maßnahme, die an Reformprozesse im gesamten UN-Entwicklungssystem anknüpft. Zudem kündigte Generaldirektor Tedros Anfang März 2019 auch größere Veränderungen in der Organisationsstruktur der WHO an, die zu klareren Verantwortlichkeiten entlang der neuen strategischen Ziele und zu direkteren Berichtsstrukturen führen sollen (Lancet Editorial 2019).

4.4 Neue Wege der Ressourcenmobilisierung

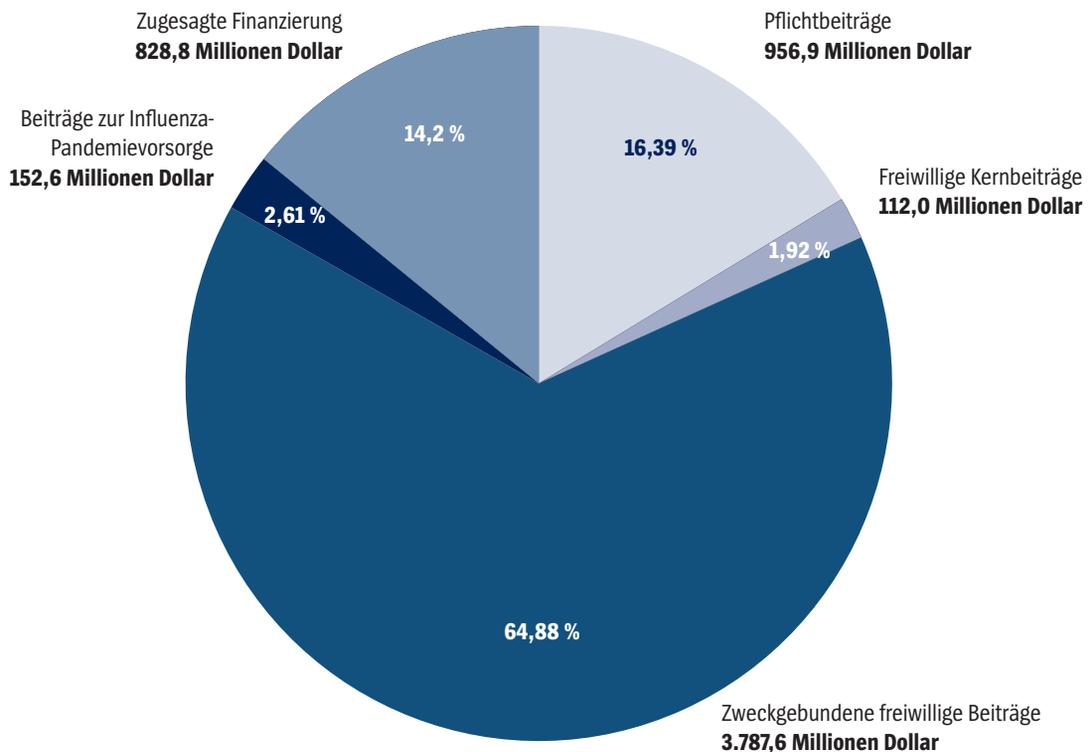
Auch nach Jahren des intensiven Dialogs mit den Mitgliedsstaaten sind diese nicht bereit, die Pflichtbeiträge, die der WHO zur flexiblen Verausgabung zur Verfügung gestellt werden, signifikant zu erhöhen (Reddy et al. 2018). Das bedeutet, dass auch im laufenden Haushalt der Anteil der nicht zweckgebundenen Beiträge (Pflichtbeiträge und freiwillige Kernbeiträge) weiter bei lediglich knapp 20 Prozent liegen wird (siehe Abbildung 2). Das ambitionierte Reformprogramm wird jedoch nicht ohne zusätzliche Ressourcen umzusetzen sein. Daher verknüpft die WHO das neue Arbeitsprogramm mit einem Plädoyer für den „Investment Case“, um von staatlichen und nicht staatlichen Geldgebern vor allem weitere nicht zweckgebundene Mittel einzuwerben (WHO 2018b). Um die immer wieder geforderte Transparenz bei der Mittelverausgabung herzustellen, hat die WHO inzwischen ein Internetportal eingerichtet, in dem Details zur Zusammensetzung und Verausgabung des aktuellen Zweijahres-Budgets abgerufen werden können (open.who.int/2018-19/budget-and-financing/gpw-overview).

5 Erfolgsaussichten der aktuellen Reform

Die Arbeit strategisch an der Erreichung der SDGs auszurichten, bietet der WHO grundsätzlich einen breiteren Spielraum, als dies unter dem globalen Vorgänger-Zielekatalog, den MDGs, der Fall war. Insbesondere die Fokussierung der MDGs auf einzelne Erkrankungen (HIV/Aids, Tuberkulose, Malaria) und Bevölkerungsgruppen (Kinder, Mütter) hatte über Jahre hinweg dazu beigetragen, dass die Förderung von Gesundheitssystemen vernachlässigt wurde und die sozialen Determinanten von Gesundheit aus dem Blick gerieten. Der SDG-Katalog er-

ABBILDUNG 2

Das WHO-Budget 2018–19 nach Finanzierungsart



Der überwiegende Teil des WHO-Budgets stammt aus zweckgebundenen freiwilligen Beiträgen. Davon kommen 590 Millionen Dollar aus den USA, 488 Millionen Dollar von der Bill & Melinda Gates Foundation und 327 Millionen Dollar aus dem Vereinigten Königreich. Deutschland (Rang 5) zahlt 186 Millionen Dollar.

Quelle: open.who.int/2018-19/contributors/contributor, Grafik: G+G Wissenschaft 2019

präsentiert stärker das Verständnis von Gesundheit, das in der WHO-Verfassung niedergelegt ist. Die Umsetzung der SDG-Agenda wird jedoch nur gelingen, wenn alle beteiligten Akteure, also relevante Organisationen innerhalb und außerhalb des UN-Systems, stärker miteinander kooperieren. Insofern ist es zu begrüßen, dass elf Gesundheits- und Entwicklungsorganisationen im Oktober 2018 einen globalen Aktionsplan für gesundes Leben und Wohlbefinden für alle (Global Action Plan for Healthy Lives and Well-being for All) veröffentlicht haben, um in einer ersten Phase einen konzertierten Umsetzungsplan zur schnelleren Erreichung der gesundheitsbezogenen SDGs zu erarbeiten (WHO 2018c). Die WHO hat hierbei die Koordinierungsrolle übernommen und reklamiert damit den Führungsanspruch für sich.

Eine wirkliche Führungsrolle setzt allerdings voraus, dass die WHO die von ihr formulierten strategischen Ziele mit der

vollen Unterstützung der Mitgliedsstaaten umsetzen kann. Das laufende Budget, in dem einflussreiche Mitgliedsstaaten und große nicht staatliche Geber wie die BMGF durch zweckgebundene freiwillige Beiträge der WHO vorschreiben, wofür diese Mittel auszugeben hat, zeigt, wie weit die WHO noch davon entfernt ist, die Akzente setzen zu können, die der neue Generaldirektor im Sinn hat. Auch wenn das Arbeitsprogramm von der Weltgesundheitsversammlung, dem Organ, in dem alle Mitgliedsstaaten Entscheidungen treffen, einstimmig angenommen wurde, klafft zwischen dieser Zustimmung und dem finanziellen Bewegungsspielraum, den die Auftraggeber gewähren, eine deutliche Lücke.

Bedenklich stimmt zudem, dass das Werben um weitere Mittel in eine ökonomische Sprache verpackt wird, in der der Mehrwert von Investitionen in Gesundheit ausgedrückt wird als „30 Millionen Leben gerettet“, „zusätzlich 100 Millionen

Jahre gesunden Lebens“ und „zusätzlich 2–4 Prozent Wirtschaftswachstum in Ländern niedrigen und mittleren Einkommens“ (*WHO 2018b, 5*). Dies steht im Gegensatz dazu, dass die WHO immer betont, Gesundheit sei ein Menschenrecht.

Zivilgesellschaftliche Akteure kritisieren daher zu Recht, dass die WHO mit dieser ökonomischen Rhetorik vor allem private Geldgeber ansprechen möchte und Gefahr läuft, sich immer stärker von diesen abhängig zu machen. Die bisherigen Überlegungen zur besseren Einbindung der Zivilgesellschaft stießen bei dieser bislang nicht auf uneingeschränkte Zustimmung. Vielmehr wurde der Vorschlag, den Generaldirektor Tedros zur 144. Sitzung des Verwaltungsrats Ende 2018 vorlegte, „die“ Zivilgesellschaft zu ermutigen, als eine Gruppe in den WHO-Gremien zu sprechen (*WHO 2018d, 12*), als weitere Einengung des Spielraums zivilgesellschaftlicher Akteure verstanden, die in der Regel ein sehr breites Meinungsspektrum abdecken (*Schwarz 2019*). Die kontroverse Debatte um die Einbindung der nicht staatlichen Akteure in die Arbeit der WHO wird damit weiterhin einen vertrauensvollen Umgang behindern. Auch wenn die Zivilgesellschaft nicht der finanzkräftigste Akteur ist, wird es notwendig sein, diese in die Arbeit der WHO einzubeziehen – vor allem, wenn Wirkungen auf Länderebene erzielt werden sollen.

Das ehrgeizige Arbeitsprogramm der WHO betont den Transformationscharakter, der mit diesem Wandel einhergeht. Damit verbunden sind jedoch auch geteilte Verantwortlichkeiten zwischen der Organisation und ihren Mitgliedsstaaten. Der neue Generalsekretär Tedros hat deutlich gemacht, dass er bereit ist, seinen Teil der Verantwortung für die Organisation anzunehmen. Ein ebenso deutliches Zeichen der Mitgliedsstaaten steht demgegenüber noch aus.

Literatur

Institute for Health Metrics and Evaluation (2018): Financing Global Health 2017. Funding Universal Health Coverage and the Unfinished HIV/AIDS Agenda, healthdata.org → Results → Policy Reports → April 17, 2018

Lancet Editorial (2019): WHO Reform Continues to Confuse. *The Lancet*, Vol. 393, No. 10176; thelancet.com → *The Lancet* → View archive

Moon S et al. (2017): Post-Ebola Reforms: Ample Analysis, Inadequate Action. *BMJ*, Vol. 356, No. 8090, 280

Reddy SK, Mazhar S, Lencucha R (2018): The Financial Sustainability of the World Health Organization and the Political Economy of Global Health Governance: A Review of Funding Proposals. *Globalization and Health*, Vol. 14; globalizationandhealth.biomedcentral.com → Articles → Search

Schwarz T (2019): Civil Society Engagement with the World Health Organization: Towards a new Era of Partnership or Defending a Shrinking Space; g2h2.org/posts/shrinking-space

WHO (World Health Organization) (2006): Constitution of the World Health Organization. Basic Documents, Forty-fifth Edition, Supplement, 1–18

WHO (World Health Organization) (2016 a): Human Resources: Update. Workforce Data, as at 31 December 2015; who.int/about/finances-accountability/budget/ → Previous bienniums

WHO (World Health Organization) (2016 b): Situation Report. Ebola Virus Disease, 10 June 2016; who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/archive/en

WHO (World Health Organization) (2017): Contingency Fund for Emergencies. Report of the WHO Health Emergencies Programme; who.int → Emergencies → Funding → Contingency Fund for Emergencies

WHO (World Health Organization) (2018 a): Draft Thirteenth General Programme of Work, 2019–2023. Report by the Director General (A71/4); who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA71/A71_4-en.pdf?ua=1

WHO (World Health Organization) (2018 b): A Healthier Humanity. The WHO Investment Case for 2019–2023; who.int/iris/bitstream/handle/10665/274710/WHO-DGO-CRM-18.2-eng.pdf

WHO (World Health Organization) (2018 c): Towards a Global Action Plan for Healthy Lives and Well-Being for All. Uniting to Accelerate Progress towards the Health-Related SDGs; who.int/docs/default-source/global-action-plan/global-action-plan-phase-1-final.pdf

WHO (World Health Organization) (2018 d): WHO Reform Processes, Including the Transformation Agenda, and Implementation of United Nations Development System Reform. Report of the Executive Board Chairperson on the Outcome of the Informal Consultation on Governance Reform (EB 144/34); who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB144/B144_34-en.pdf

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

DIE AUTORIN



Dr. rer. pol. Cornelia Ulbert,

Jahrgang 1965, ist Politikwissenschaftlerin und seit 2006 wissenschaftliche Geschäftsführerin des Instituts für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen. Sie studierte Politikwissenschaft, Germanistik und Philosophie an den Universitäten Tübingen, Heidelberg und der London School of Economics und promovierte an der Universität Mannheim. Im Anschluss daran war sie als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Konstanz, dem Europäischen Hochschulinstitut Florenz sowie der Freien Universität Berlin tätig.

Profitieren Menschen mit Herzinsuffizienz von einer telemedizinischen Unterstützung?

von Anja Debrodt*

Nach Angaben des Kompetenznetzwerks Herzinsuffizienz sind in Deutschland zwei bis drei Millionen Menschen von einer Herzschwäche betroffen. Der Deutschen Herzstiftung zufolge ist eine Herzschwäche der häufigste Grund für eine stationäre Aufnahme und laut Statistischem Bundesamt die dritthäufigste Todesursache.

1 Was ist das Problem?

Von einer dekompensierten Herzinsuffizienz spricht man, wenn Symptome wie eine eingeschränkte Leistungsfähigkeit oder Atemnot bereits im Ruhezustand auftreten. Sie ist der häufigste Grund für eine Krankenhauseinweisung. Nach einem solchen Klinikaufenthalt ist das Risiko für Patienten, binnen zwölf Monaten zu versterben, um mehr als das Doppelte erhöht. Eine drohende Dekompensation früh zu erkennen und durch eine gezielte Behandlung zu vermeiden, ist daher oberstes Gebot. Die Fontane-Studie (TIM-HF2) untersuchte in Deutschland, wie effektiv eine telemedizinische Mitbetreuung diesbezüglich ist.

2 Wie wurde untersucht?

Die prospektive, randomisierte, kontrollierte, multizentrische Studie schloss Patienten mit einer zweit- bis drittgradigen Herzinsuffizienz ein, die deswegen innerhalb der letzten zwölf Monate in eine Klinik eingewiesen wurden. Die Kontrollgruppe (773 Teilnehmer) erhielt eine leitliniengerechte Behandlung. Die Interventionsgruppe (765) wurde zu Hause technisch so ausgestattet, dass sie täglich Gewicht, Blutdruck, Puls, Herzrhythmus, die kapillare Sauerstoffsättigung und eine Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands übermitteln konnte. Nach einem Training vor Programmstart begleiteten

sie zertifizierte Krankenschwestern durch monatliche Telefoninterviews. Das Arztgeleitete Studienzentrum stand rund um die Uhr zur Unterstützung bereit. Die Studienärzte konnten zeitnah auf Probleme reagieren, etwa die Medikation anzupassen. Alle behandelnden Ärzte hatten Zugriff auf eine eigens eingerichtete Patientenakte. Die Teilnehmer stellten sich zu Studienbeginn, nach drei, sechs, neun und zum Studienende nach zwölf Monaten persönlich bei ihrem Hausarzt oder Kardiologen vor.

3 Was ist rausgekommen?

Die Auswertung der Teilnehmerdaten ergab, dass die Patienten der Interventionsgruppe 17,8, die der Kontrollgruppe 24,2 Tage pro Jahr durch ungeplante Klinikaufenthalte aufgrund von Herzproblemen oder durch Tod verloren. In der Interventionsgruppe starben acht, in der Kontrollgruppe elf von 100 Personen innerhalb eines Jahres. In der Telemedizinerguppe verloren die Teilnehmer 3,8, in der Kontrollgruppe 5,6 Tage pro Jahr durch Klinikaufenthalte wegen der sich verschlechternden Herzschwäche. Keine signifikanten Unterschiede gab es bei Todesfällen aufgrund einer kardiovaskulären Erkrankung und der Bewertung der Lebensqualität.

4 Wie gut ist die Studie?

Das Design entspricht hohen Standards und baut auf einer Vorstudie auf, die einen Nutzen von Telemedizin insbesondere für Hochrisikopatienten nachwies. Für diverse Telemonitoring-Ansätze mittels Herzschrittmacher-Daten ist nach einer Analyse des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) dagegen bislang kein Nutzen belegt. Einige Studien legen aber nahe, dass zeitnahe, strukturierte Interventionsmöglichkeiten (wie in der TIM-HF2-Studie) die Effektivität des Telemonitorings beeinflussen. Seit 2018 hilft auch das DMP Herzinsuffizienz Patienten, drohende Dekompensationen früh zu erkennen und zu vermeiden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) sollte genau prüfen, welche Patientengruppen unter welchen Voraussetzungen von telemedizinischen Interventionen profitieren könnten.

Quelle: Koehler F et al.: Efficacy of Telemedical Interventional Management in Patients with Heart Failure (TIM-HF2): a Randomised, Controlled, parallel-group, unmasked trial. Lancet 2018 Sep 22;392(10152):1047-1057

* Anja Debrodt, Ärztin im Stab Medizin im AOK-Bundesverband, E-Mail: anja.debrodt@bv.aok.de

DER KOMMENTAR

Ein wesentliches Ziel in der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischer Herzinsuffizienz ist die Optimierung der Therapie zur Vermeidung von Dekompensationen und Krankenhauseinweisungen. Die Betroffenen sollten darauf hingewiesen werden, bei einer unüblichen, kurzfristigen Gewichtszunahme umgehend einen Arzt zu konsultieren. Die hier vorgelegte Studie zeigt, wie dies innovativ realisiert werden kann, und ist ein Vorbild dafür, wie eine telemedizinische Intervention in sinnvoller Weise in den Dienst der Patientensicherheit gestellt werden kann. Ein intelligentes Case-Finding zur Identifikation der Patienten, die von einer solchen Intervention profitieren können, ist essenziell.

Prof. Dr. med. Martin Scherer,
Direktor des Instituts und der
Poliklinik für Allgemeinmedizin
am Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



KÖPFE

Prof. Dr. med. Christof von Kalle ist als neues Mitglied in den Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen berufen worden. Der Onkologe kam 2005 an das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg, wo er die Abteilung Translationsale Onkologie leitet. Vorsitzender des Rates wurde erneut der Allgemeinmediziner **Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach**, Universität Frankfurt. Sein Stellvertreter ist der Gesundheitsökonom **Prof. Dr. rer. pol. Wolfgang Greiner**, Universität Bielefeld.

Prof. Dr. med. Björn Falkenburger ist als Professor für Neurologie mit Schwerpunkt Bewegungsstörungen an das Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden gewechselt. Nach Medizinstudium, Promotion und Assistenzarztzeit in Tübingen und Göttingen sowie einem Postdoc-Studium in Seattle/USA absolvierte Falkenburger seine Facharztausbildung an der

RWTH Aachen, wo er 2014 eine Professur für Translationale Hirnforschung antrat.

Prof. Marjan van den Akker, PhD hat im März die neue Stiftungsprofessur für Multimeditation und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt übernommen. Nach einem Masterstudium in Gesundheitswissenschaften an der Universität Maastricht/Niederlande, Tätigkeiten als Wissenschaftliche Mitarbeiterin und der Promotion lehrt van den Akker seit 2011 als Außerordentliche Professorin an ihrer Alma Mater. 2012 war sie schon einmal als Gastprofessorin an der Goethe-Universität Mainz. Seit 2010 ist sie zudem Gastdozentin an der Katholischen Universität Leuven/Belgien.

Prof. Dr. med. Andreas Sönnichsen ist der neue Vorsitzende des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin. Er leitet seit 2018 die

Abteilung für Allgemein- und Familienmedizin am Zentrum für Public Health der Medizinischen Universität Wien. Zuvor lehrte Sönnichsen an der Universität Witten-Herdecke und an der Paracelsus Medizinische Privatuniversität Salzburg. Zu seinen Stellvertreterinnen wählte das Netzwerk die bisherige Vorsitzende, **Dr. med. Dagmar Lühmann**, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, und **PD Dr. med. Nicole Skoetz**, Universitätsklinikum Köln.

Dr. med. Walter Biederbick ist nun Leiter des neuen Zentrums für Internationalen Gesundheitsschutz (ZIG) am Robert Koch-Institut (RKI). Er studierte Medizin in Bonn. Nach Stationen als Sanitätsoffizier bei der Bundeswehr, Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Pharmakologie an der Universität Köln sowie beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe leitete er zuletzt die Stabsstelle Globale Gesundheit und Biosicherheit im RKI.

KONGRESSE

Thema	Inhalt	Datum/Ort	Veranstalter	Anmeldung
2. Internationales Symposium Gesundheitskompetenz: „Forschung – Praxis – Politik“	Bestandsaufnahme der internationalen und nationalen Forschung zur Gesundheitskompetenz	2.–3.5.2019 Bielefeld	Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz/ Geschäftsstelle, Friedrichstraße 180, 10117 Berlin	nap-gesundheitskompetenz.de > Tagung > Anmeldung E-Mail: gesundheitskompetenz@uni-bielefeld.de, Telefon: 0521 106-3896
125. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: „Digitale Medizin – Chancen, Risiken, Perspektiven“	Nicht medikamentöse Therapien; internistische Intensivmedizin; seltene Erkrankungen	4.–7.5.2019 Wiesbaden	Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. Irenenstraße 1 65189 Wiesbaden	dgim2019.de > Registrierung E-Mail: alexander.rossnagel@mcon-mannheim.de Telefon: 0621 4106-343
14. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit (APS): „Sicherheitskultur auf allen Ebenen“	Patientensicherheit in Kliniken und Praxen; Digitalisierung; Arzneimitteltherapiesicherheit	9.–10.5.2019 Berlin	Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. Am Zirkus 2 10117 Berlin	orpha-gmbh.de/registrierung-02.php E-Mail: bettina.mueller@orpha-gmbh.de Telefon: 0176 60403036
Tagung „Digitalisierung der Arbeit im Gesundheits- und Sozialsektor“	Formen, Spannungsfelder und Gestaltungsherausforderungen der Digitalisierung	21.–22.5.2019 Gelsenkirchen	Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung, Kronenstraße 62 40217 Düsseldorf	fgw-nrw.de/naf20190521 > Anmeldung E-Mail: saskia.freye@fgw-nrw.de Telefon: 0211 9945-0082
Zi-Congress Versorgungsforschung 2019: „Wie werden wir besser?“	Globales Lernen und regionales Handeln in der Versorgungsforschung	5.–6.6.2019 Berlin	Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in Deutschland Salzufer 8, 10587 Berlin	zi-congress.de > Anmeldung E-Mail: zi-congress@zi.de Telefon: 030 4005-2478
15. Fachkongress der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management: „Bedarfsermittlung im Case Management“	Bio-psycho-soziale Assessments und die ICF; interdisziplinäre Bedarfsermittlung	21.–22.6.2019 Koblenz	Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management Saarstraße 3 55122 Mainz	dgcc.de/fachkongress-dgcc-2019

Kontakte

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Nachdruck nur mit schriftlicher Genehmigung der Herausgeber. Informationen zum Datenschutz finden Sie unter www.aok-bv.de → Datenschutz

19-1022

G+G Wissenschaft (GGW)

GGW ist eine Verlagsbeilage von *Gesundheit und Gesellschaft*
Herausgeber: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO)

Verantwortliche Redakteure: Ines Körver (KomPart), Prof. Dr. Klaus Jacobs (WIdO), Dr. Miriam Räker (WIdO),
Redaktionsmitglieder: Dr. Silke Heller-Jung (KomPart), Annegret Himrich (KomPart), **Creative Director:** Sybilla Weidinger (KomPart), **Grafik:** Geertje Steglich

Anschrift der Redaktion:

Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin
Telefon: 030 22011-201, Fax: 030 22011-105
E-Mail: ggw-redaktion@komp.art.de