

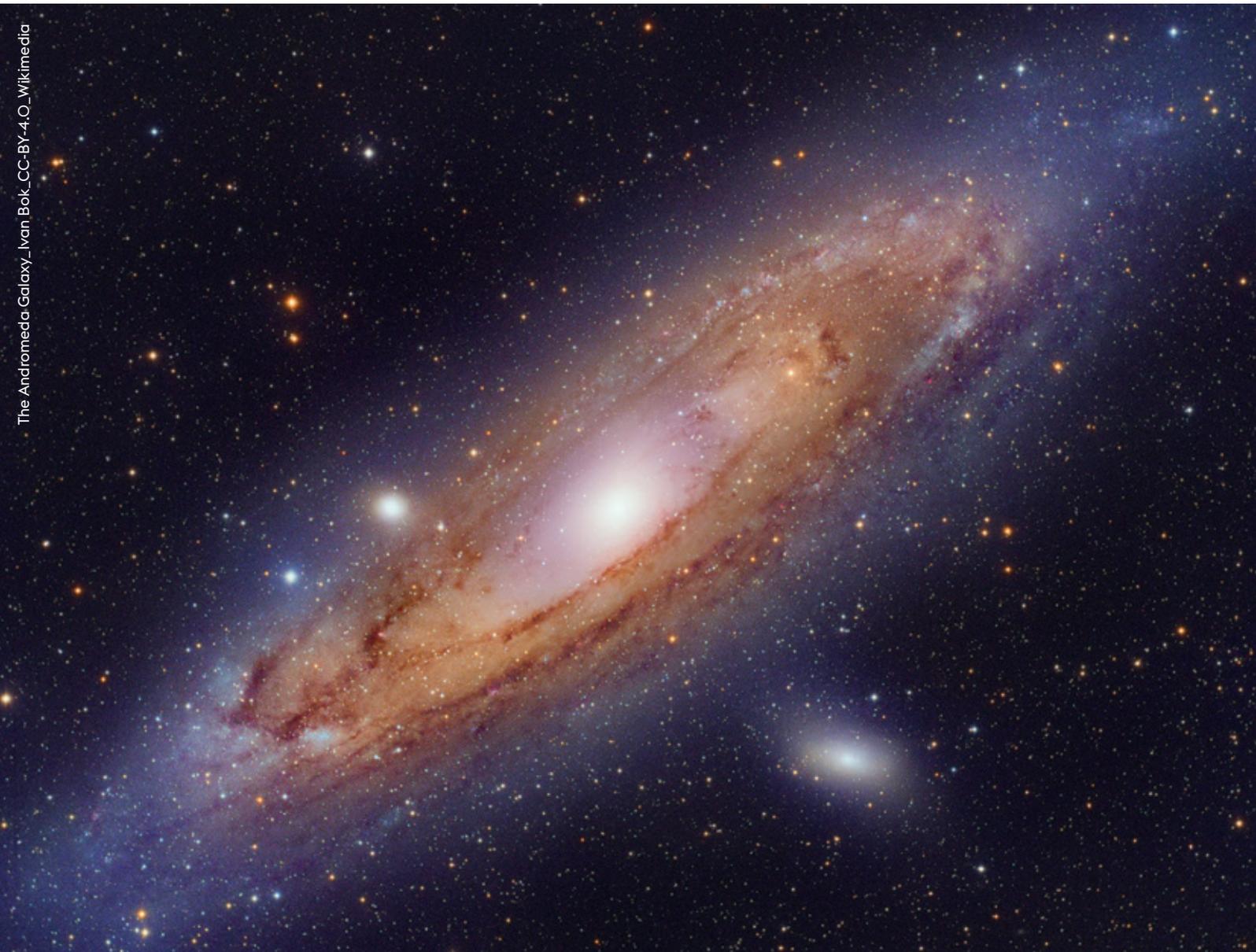
GESUNDHEIT braucht POLITIK

verein
demokratischer
ärzt*innen



Zeitschrift für eine soziale Medizin

Nr. 2/2023



The Andromeda Galaxy_Ivan Bok_CC-BY-4.0_Wikimedia

Globale Gesundheit – Gesundheit Global

INHALT

5

Nicht aufgeben, die Gesellschaft zu verändern. Zur gegenseitigen Abhängigkeit zwischen gerechten Gesundheitssystemen, umfassender medizinischer Grundversorgung und einer neuen internationalen Wirtschaftsordnung

Roman Vega Romero

11

WHO under construction. Nicht nur das Gebäude der WHO in Genf braucht eine Sanierung

Andreas Wulf

15

Die Not der Kredite. IWF-Kredite beeinträchtigen weiterhin die Gesundheit in Afrika

Dian Maria Blandina

18

Das Beispiel Griechenland. Europäische Erfahrungen mit IWF-Krediten

Nadja Rakowitz

20

Global Health Nonsense

Felix Stein, Katerini Tagmatarchi Storeng, Antoine de Bengy Puyvallée

24

Der bittere Nachgeschmack von Auslandspraktika. »White savior complex«, Voluntourismus und Neokolonialismus im Medizinstudium

Karen Spannenkrebs

26

Deutsche Plattform für Globale Gesundheit: Strukturelle Lösungen nötig. Positionspapier zur internationalen Abwerbung von Gesundheitsfachkräften

32

Revolution – Reform – Etikettenschwindel? Zur Krankenhausreform

Peter Hoffmann

34

Gesundheit für alle! Zur Idee einer Globalen Bürgerversicherung

Thomas Gebauer

37

Glossar – wichtige Begriffe
aus den Artikeln

40

NHS-Beschäftigte lassen
sich nicht abschrecken

People's Health Dispatch

41

Lesen, Hören, Anschauen

Tipps aus der Redaktion

42

Noch mehr Global Health

Der vdää*

ist bundesweit und in Regionalgruppen organisiert; er setzt sich für eine soziale Medizin, für die Demokratisierung der Gesundheitsversorgung und der Strukturen der ärztlichen Standesvertretung ein. Er nimmt Einfluss auf die Gesundheitspolitik und unterstützt den Widerstand gegen die Ökonomisierung der Medizin.

Sollten Sie von uns informiert werden wollen, so setzen Sie sich bitte mit unserer Geschäftsstelle in Verbindung. Gerne können Sie sich auch online über den vdää*-Newsletter auf dem Laufenden halten. Die Zeitschrift »Gesundheit braucht Politik« ist die Vereinszeitung, die viermal jährlich erscheint. Namentlich gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Vereinsmeinung wieder.

Redaktion

Felix Ahls, Elena Beier, Thomas Kunkel, Julius Poppel, Nadja Rakowitz, Karen Spannenkrebs, Rafaela Voss, Bernhard Winter

Impressum

Gesundheit braucht Politik 2/2023
ISSN 2194-0258
Solibeitrag: 5 Euro
Hrsg. vom Verein
demokratischer Ärzt*innen
V.i.S.d.P. Felix Ahls / Thomas Kunkel /
Bernhard Winter

Bildnachweise

Die Bilder dieser Ausgabe haben wir von Wikimedia und von den Homepages des People's Health Dispatch und des People's Health Movement

Geschäftsstelle

Kantstraße 10, 63477 Maintal
Telefon 0 61 81 – 43 23 48
Mobil 01 72 – 1 85 80 23
Email info@vdaeae.de
Internet www.vdaeae.de/
gbp.vdaeae.de/

Bankverbindung: Triodos Bank
IBAN: DE05500310001076050003
BIC: TRODDEF1XXX

Konzept Benedikt
Hörmannsdorfer

Layout/Satz Birgit Letsch
Druck Hoehl-Druck

EDITORIAL

Dieses Jahr feiert die Weltgesundheitsorganisation ihren 75. Geburtstag. Kritik begleitet die WHO schon lange. Doch ihr bei der Gründung 1948 formuliertes Ziel, Gesundheit als »Zustand völligen psychischen, physischen und sozialen Wohlbefindens, nicht nur als Freisein von Krankheit und Gebrechen«, zu ermöglichen, treibt nach wie vor viele Organisationen, Initiativen, Aktivist*innen und Wissenschaftler*innen weltweit an.

Das Thema Globale Gesundheit kann nicht in einem Heft abgehandelt werden. Wir hoffen, einige Schlaglichter auf aktuelle Debatten und Themen zu werfen und Denkanstöße zum Weiterlesen zu liefern. Unser letztes Heft zur Globalen Gesundheit erschien 2017 – viele der Themen sind gleich geblieben: Auch vor sechs Jahren wurde auf die Gefahr einer Vereinnahmung des Global Health Diskurses durch neoliberale Interessen und auf den Einfluss privater Geldgeber hingewiesen.

Dennoch ist die Welt 2023 eine andere. Eine Vielzahl von Krisen belastet Gesellschaften weltweit und die Globale Gesundheit ist unter Bedrängnis vieler alter und neuer Gefahren: Steigende Lebensmittelpreise, Kriege und bewaffnete Konflikte, eine sich zuspitzende Bedrohung durch die Klimakatastrophe und die Nachwirkungen der Covid-19 Pandemie, ein neuer Aufschwung für autoritäre Regime und ein fortgesetzter neoliberaler Umbau, der in vielen Staaten die Sozialsysteme ausgehöhlt hat und eine Hauptursache der weltweiten »Care«-Krise ist, die durch Migration von einem Land ins andere verschoben wird.

Unsere Autor*innen blicken auf den Stand der Globalen Gesundheit vor dem Hintergrund dieser Krisen und kritisieren aktuelle Entwicklungen, die den Diskurs um Globale Gesundheit in eine neoliberale Richtung verschieben, die Privatisierungen Tür und Tor öffnet. Neben diesen problematischen Tendenzen spielt auch Neokolonialismus eine große Rolle.

Ein großes Thema, was wir in dieser Ausgabe aussparen, ist der Stand der reproduktiven Gesundheit: Das Recht auf reproduktive und sexuelle Gesundheit steht aktuell global unter Druck. Konservative und rückwärtsgewandte Initiativen, religiöser Fundamentalismus, antifeministischer und anti-LGBTQ Backlash greifen weltweit das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung an und erschweren den Kampf gegen sexuell übertragbare Krankheiten. Einschränkungen des Rechtes auf sichere Schwangerschaftsabbrüche, LGBTQ-feindliche Gesetzgebung und erodierte Gesundheitssysteme gefährden Menschen. Alarmierende Zeichen, wie die nach wie vor hohe Sterblichkeit wegen illegaler Schwangerschaftsabbrüche, und die seit einigen Jahren wieder ansteigende Müttersterblichkeit zeigen ganz klar, wie wichtig der Kampf für reproduktive Rechte weiterhin ist.

Wir beginnen das Heft mit einem Text von Roman Vega Romero, der klarmacht, warum die Verwirklichung des Rechts von Gesundheit für alle eine Bewegung für eine neue internationale Wirtschaftsordnung braucht und der Entwicklungen des Diskurses um Globale Gesundheit seit Alma-Ata nachzeichnet.

Daran schließt sich direkt ein Artikel von Andreas Wulf an, der anlässlich des Geburtstags der WHO deren dringend reformbedürftigen Schwachstellen aufzählt und zugleich dafür plädiert, dass es sich doch lohnt, als kritische Zivilgesellschaft an einer Umgestaltung mitzuwirken.

Dian Blandina widmet ihren Artikel einer anderen supranationalen Institution: Sie zeichnet nach, wie die Konditionalitäten des Internationalen Währungsfonds (IMF) für eine Kreditvergabe auch während der Covid-19-Pandemie nicht aufgegeben wurden und welche Auswirkungen das auf Gesundheitssysteme in afrikanischen Staaten hat. Nadja Rakowitz erinnert uns im Anschluss daran, wie eine ganz ähnliche Schuldenpolitik vor wenigen Jahren das griechische Gesundheitssystem ausgehöhlt hat und welche Auswirkungen das bis heute hat.

Aus dem Englischen haben wir einen Artikel der Autor*innen Felix Stein, Katerini Tagmatarchi Storeng und Antoine de Bengy Puyvallée über »Global Health Nonsense« übersetzt, in dem sie auf den zunehmenden »Unsinn« im Diskurs um Globale Gesundheit hinweisen, der in der Sprache moderner Managementdiskurse Erfolge suggeriert und reale Probleme verschleiert.

Das nachfolgende Positionspapier der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit, an dem der vdää* mitgearbeitet hat, befasst sich kritisch mit der Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland.

Auch Thomas Gebauer setzt sich mit Fragen globaler Gerechtigkeit auseinander, wenn er die Idee einer globalen Bürger*innenversicherung vorstellt.

Unsere Empfehlungen sind in dieser Ausgabe besonders ausführlich, um Euch die Möglichkeit zu geben, Euch noch tiefer mit Themen der Globalen Gesundheit auseinanderzusetzen.

Das diesjährige Gesundheitspolitische Forum mit anschließender Jahreshauptversammlung wird vom 3. bis 5. November in Marburg stattfinden. Das Programm findet Ihr auf der Rückseite und Anmeldungen sind schon jetzt bei der Geschäftsstelle möglich. Ein* Mail genügt.

Nicht aufgeben, die Gesellschaft zu verändern

Roman Vega Romero zur gegenseitigen Abhängigkeit zwischen gerechten Gesundheitssystemen, umfassender medizinischer Grundversorgung und einer neuen internationalen Wirtschaftsordnung

In der *People's Charter for Health* (2000) stellte das *People's Health Movement* fest, dass sich die Gesundheitskrise der Armen und Ausgegrenzten verschlimmert hat und dass die Ursache dieser Krise in der Vertiefung von »Ungleichheit, Armut, Ausbeutung, Gewalt und Ungerechtigkeit« liege (S. 1). Zweiundzwanzig Jahre später stellt die OECD fest, dass »wir in einer Ära multipler Krisen, Schocks und Ungewissheiten leben«, von denen mindestens 24% der Weltbevölkerung betroffen sein werden, die in 60 fragilen Kontexten wachsender Armut und Ungleichheit leben.

Heute erleben wir jedoch nicht nur die Krise dieser Zusammenhänge, sondern eine allgemeinere Krise, die aus der kombinierten Systemkrise von Kapitalismus, Ökologie und Kriegen resultiert. Diese Krise erklärt die größere Häufigkeit und das Wiederauftreten von Epidemien und Pandemien, Migrationsbewegungen, das Fortbestehen von Chronischen nichtübertragbaren Krankheiten (CNCD = Chronic non communicable diseases), das Wiederauftauchen der Gefahr einer Atombombe und der Auslöschung des Lebens selbst.

Hinter der Verflechtung dieser Krisen steht das neoliberale, kapitalistische und globalisierte Wirtschaftssystem der großen transnationalen Konzerne, das die multilateralen Organisationen und die Staaten gekapert hat, um

die Märkte zu kontrollieren und um zu expandieren, um Profite zu akkumulieren. All dies schränkt aber die Fähigkeit der genannten Institutionen ein, auf die Folgen der Krise zu reagieren und Bedingungen zu schaffen, die das Wohlergehen der Menschen und die Sorge um Gesundheit und Leben gewährleisten.

Diese Zusammenhänge haben dazu geführt, dass fragile Gesundheitssysteme nicht mehr in der Lage sind, auf die Herausforderungen der Gegenwart zu reagieren. Die Fragilität dieser Gesundheitssysteme beruht auf ihrer Unfähigkeit, die Bedarfe der Bevölkerung zu befriedigen und dazu beizutragen, die uns bedrohenden Gesundheitsgefahren abzuwenden. So hat z.B. die Covid-19-Pandemie gezeigt, dass in Lateinamerika und der Karibik 80% der grundlegenden Gesundheitsdienste in Ländern mit niedrigem Einkommen, 35% in Ländern mit mittlerem Einkommen und 24% in Ländern mit hohem Einkommen zusammenbrachen (OECD & The World Bank 2020).

Mit Ausnahme von Kuba und Costa Rica waren die Gesundheitssysteme der Region nicht nur überfordert, die durch die Pandemie verursachten Schäden einzudämmen, sondern auch nicht in der Lage, wirksame Strategien zur Prävention und Bekämpfung der Pandemie umzusetzen. So funktionierte beispielsweise die primäre Gesundheitsversorgung in den meisten lateinamerikanischen Ge-

»Jeder auch nur annähernd echte Versuch einer universellen Gesundheitsversorgung, die sowohl den Zugang zur öffentlichen Grundversorgung als auch zu fortschrittlicheren Behandlungen von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten umfasst, würde viele Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen innerhalb weniger Monate in eine Art gesundheitlichen Bankrott treiben« (Taylor 2022, S. 82).

sundheitssystemen nicht, weil sie unterfinanziert waren, es an Gesundheitspersonal mangelte oder einfach kein umfassendes Primary Health Care-Konzept vorhanden war.

Die Kommerzialisierung und Privatisierung der lateinamerikanischen Gesundheitssysteme hat dazu geführt, dass sie bei der Gesundheitsüberwachung, -prävention und -förderung weniger effektiv sind. Sie sind nicht in der Lage, den ungleichen Zugang zu Gesundheitsdiensten zu bekämpfen und dafür zu sorgen, dass die Ressourcen nach Regionen und sozialen Schichten gerecht verteilt werden. Darüber hinaus werden die Gesundheitssysteme der Region von einem biomedizinischen Ansatz der Gesundheitsversorgung dominiert, der durch jahrzehntelange Kommerzialisierung und Privatisierung verstärkt wurde und das Wissen und die Praktiken der indigenen Gemeinschaften ausschließt und Interkulturalität erschwert.

So gibt es z.B. in den lateinamerikanischen Ländern im Durchschnitt zwei Ärzte pro 1.000 Einwohner, während in Haiti, Guatemala und Honduras im Durchschnitt nur 0,3 Ärzte auf 1.000 Einwohner kommen. Obwohl die Gesundheitsausgaben in den lateinamerikanischen Ländern im Durchschnitt um 3,6% pro Jahr stiegen, während das Bruttoinlandsprodukt um 3% pro Jahr wuchs, betragen die Gesundheitsausgaben im Durchschnitt etwa 1.000 USD pro Person, während sie in den OECD-Ländern viermal so hoch sind (OECD & The World Bank 2020).

Wenn die lateinamerikanischen Länder das Niveau der Gesundheitsausgaben der Industrieländer mit dem aktuellen Modell der biomedizinischen Gesundheitssysteme erreichen wollten, müssten sie ihre Gesundheitsausgaben unerreichbar hoch setzen, um die Bedarfe der Bevölkerung zu befriedigen. Wissenschaftlichen Erkenntnissen zufolge haben sich die »weltweiten Gesundheitsaus-

gaben zwischen den Jahren 2000 und 2013 auf 7,35 Billionen US-Dollar verdoppelt, wobei der größte Teil des Wachstums auf Technologiekosten und steigende Nachfrage zurückzuführen ist. Im Jahr 2021-22 gaben die OECD-Länder im Durchschnitt etwa 9,5% des BIP für die Gesundheitsversorgung aus – die USA sogar 17%. Allein in den Jahren 2020-21 beliefen sich die US-Ausgaben für verschreibungspflichtige Medikamente auf 348 Mrd. US-Dollar – das ist das obere Ende der geschätzten jährlichen Gesamtkosten für eine flächendeckende Gesundheitsversorgung in allen Ländern bis 2030. »Jeder auch nur annähernd echte Versuch einer universellen Gesundheitsversorgung, die sowohl den Zugang zur öffentlichen Grundversorgung als auch zu fortschrittlicheren Behandlungen von chronischen nichtübertragbaren Krankheiten umfasst, würde viele Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen innerhalb weniger Monate in eine Art gesundheitlichen Bankrott treiben« (Taylor 2022, S. 82).

Hinter dieser wachsenden Tendenz bei den Gesundheitsausgaben steht das Streben der Transnationalen Konzerne (TNC = Transnational Corporations) nach Profit, das ohne unbegrenztes Wirtschaftswachstum nicht zu erreichen ist. Dies erklärt gleichzeitig den anhaltenden Trend zur Privatisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens sowohl in Ländern mit hohem als auch mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde die derzeitige Politik der *Universal Health Coverage* als Bestandteil der aktuellen globalisierten neoliberalen Wirtschaftsordnung formuliert.

Healthcare for All (Alma-Ata, 1978) versus Universal Health Coverage (Astana, 2018)

Wir müssen jedoch bedenken, dass die Idee einer *Neuen Weltwirtschaftsordnung* (NIEO = New International Economic Order) derzeit wiederbelebt wird, um dem ungleichen Handel, der Armut, den sozialen Ungleichheiten und der ökologischen Krise entgegenzuwirken, die die wirtschaftliche und soziale Entwicklung der Länder des globalen Südens behindern und die wirtschaftlichen und sozialen Ungleichheiten im globalen Norden vergrößern und das Leben auf der Erde insgesamt bedrohen. Die Gruppe von Ländern, sozialen und politischen Bewegungen, die heute diese Idee propagiert, verkündet auch die Notwendigkeit, eine Bewegung der blockfreien Länder zu gründen, da die etablierten Mächte angesichts ihrer Bestrebungen wieder ein Szenario des Kalten Krieges zu installieren versuchen. Veränderungen, die es den heutigen und zukünftigen Generationen ermöglichen, Gesundheit für alle zu erreichen, werden innerhalb der vorherrschenden neoliberalen in-

Zeitleiste kritische Medizin Teil 1 bis Marburger Kongress 1973 (nur auf Deutschland bezogen)

Wir beginnen in diesem Heft damit, die Geschichte der kritischen Medizin in Deutschland nachzuvollziehen, der wir auch unser diesjähriges Gesundheitspolitisches Forum anlässlich des 50. Jahrestages des Marburger Kongresses widmen.

Die Zeitleiste endet mit diesem Kongress im Jahr 1973 und wird sich im nächsten Heft bis in die Gegenwart fortsetzen.

Sie wurde von Bernhard Winter erstellt.

ternationalen Wirtschaftsordnung nicht möglich sein. Die Architekten von Alma-Ata haben dies 1978 sehr gut verstanden, und wir müssen diesen Geist wieder aufgreifen, um einen grundlegenden, gerechten und nachhaltigen Wandel zu erreichen.

Das von der Weltbank und der Weltgesundheitsorganisation geförderte vorherrschende und sehr teure Modell der *Universal Health Coverage* steht im Widerspruch zu den Erfordernissen einer breiteren sozioökonomischen und ökologischen Transformation, die mit einem gerechten und universellen Gesundheitssystem auf der Grundlage eines umfassenden und interkulturellen Primary Health Care-Ansatzes verbunden ist, da dieses den Schwerpunkt auf die Mobilisierung inländischer Ressourcen und die Finanzierung alleine durch die öffentliche Hand setzt. Das Gesundheitsmodell der Weltbank und der WHO ist ein anthropozentrisches, biomedizinisches und krankheitszentriertes, das der Privatisierung und Kommerzialisierung der Gesundheitssysteme und der neoliberalen Wirtschaftsordnung dient.

Primary Health Care ist eine Strategie, die einer neuen, in eine Neue Weltwirtschaftsordnung eingebetteten Gesundheitssystempolitik einen anderen Inhalt geben könnte. Primary Health Care, wie sie 1978 in Alma-Ata proklamiert wurde (WHO & UNICEF, 1978), wurde jedoch ihres umfassenden und interkulturellen Inhalts beraubt und ist einem neoselektiven Ansatz gewichen, um die Reformen der Universal Health Coverage für private und marktwirtschaftliche Interessen funktional zu machen, wie es in der Erklärung von Astana vierzig Jahre später heißt (WHO & UNICEF, 2018).

In der Erklärung von Alma-Ata (1978) heißt es in Absatz 6: »VI. Primary Health Care ist eine grundlegende Gesundheitsfürsorge auf der Grundlage praktischer, wissenschaftlich fundierter und sozial akzeptabler Methoden und Technologien, die dem Einzelnen und den Familien in der Gemeinschaft unter deren voller Beteiligung allgemein zugänglich gemacht wird, und zwar zu Kosten, die sich die Gemeinschaft und das Land auf jeder Stufe ihrer Entwicklung im Geiste der Eigenverantwortung und Selbstbestimmung leisten können. Sie ist ein integraler Bestandteil sowohl des Gesundheitssystems des Landes, dessen zentrale Funktion und Hauptschwerpunkt sie ist, als auch der gesamten sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung der Gemeinschaft« (WHO & UNICEF 1978, S. 1-2). Vor allem aber heißt es in Absatz 3 der Erklärung von Alma-Ata von 1978 über Primary Health Care: »III. Die wirtschaftliche und soziale Entwicklung auf der Grundlage einer neuen internationalen Wirtschaftsordnung ist von grundlegender Bedeutung für die größtmögliche

Veränderungen, die es den heutigen und zukünftigen Generationen ermöglichen, Gesundheit für alle zu erreichen, werden innerhalb der vorherrschenden neoliberalen internationalen Wirtschaftsordnung nicht möglich sein.

Verwirklichung von Gesundheit für alle und für die Verringerung der Kluft zwischen dem Gesundheitszustand der Entwicklungsländer und dem der entwickelten Länder. Die Förderung und der Schutz der Gesundheit der Menschen ist eine wesentliche Voraussetzung für eine nachhaltige wirtschaftliche und soziale Entwicklung und trägt zu einer besseren Lebensqualität und zum Weltfrieden bei« (WHO & UNICEF 1978, S. 1).

In diesem Sinne ist Gesundheit das Ergebnis eines sozialen und wirtschaftlichen Entscheidungsprozesses und nicht nur das Ergebnis von Gesundheitsdienstleistungen, und PHC wurde als eine Strategie verstanden, die nicht nur zur Verbesserung der durchschnittlichen Gesundheitsergebnisse, sondern auch zur gesundheitlichen Chancengleichheit und einer effizienten Nutzung der Ressourcen der Gesundheitssysteme beiträgt, indem sie sowohl über die Gesundheitssysteme als auch über die sozioökonomische Entwicklung wirkt.

In ihrem kürzlich erschienenen Buch »Walking the Talk: reimagining primary health care after covid-19« hat die Weltbank (2022) die Bedeutung der Alma-Ata-Prinzipien anerkannt, einen auf die Bevölkerung ausgerichteten Gesundheitsversorgungsansatz durch multidisziplinäre Teams zu gewährleisten, der den Erstkontakt, die Integration, die Koordination und die kontinuierliche individuelle Betreuung auf allen Ebenen des Gesundheitssystems sicherstellt. Sie hat auch die Notwendigkeit sektorüber-

1790 Johann Peter Frank (1745-1821): Akademische Rede vom Volkseid als Mutter der Krankheiten. Grundlagentext zur sozialen Dimension von Krankheiten

1847 Salomon Neumann (1819-1908) veröffentlicht »Die öffentliche Gesundheitspflege und das Eigentum«. Kritik der »medizinischpolizeilichen« Maßnahmen des Staates. Forderung einer Gesundheitsfürsorge für Arme »... denn die Medizin ist im innersten Kern und Wesen eine soziale Wissenschaft und solange ihre Bedeutung in der Wirklichkeit nicht vindiziert sein wird, wird man ihr Früchte nicht genießen ...«



greifender Maßnahmen und der Beteiligung der Communities erkannt, um nicht nur auf die Bedarfe der klinischen Versorgung zu decken, sondern auch auf andere soziale Faktoren der Gesundheit zu reagieren. Eines der Probleme des Weltbankkonzepts besteht jedoch darin, dass es die Abhängigkeit zwischen Gesundheitssystemen, Primary Health Care und der internationalen/nationalen sozioökonomischen Ordnung nicht anerkennt. Ein weiteres Problem besteht darin, dass der Weltbankvorschlag zur Primary Health Care wiederum auf den Grundsätzen eines biomedizinischen, kostenwirksamen und kosteneffizienten Modells der Gesundheitsversorgung beruht.

Die Weltbank (2022) und selbst die WHO (2008) sehen keine Notwendigkeit, die vorherrschende neoliberale internationale/nationale sozioökonomische Ordnung zu ändern, die Gesundheitssysteme umzugestalten und zu entkolonialisieren und eine umfassende Gesundheitsversorgung zu stärken, um der Armut und den gesundheitlichen Ungleichheiten, der sozio-ökologischen Krise und der zunehmenden Häufigkeit und Wiederholung von Pandemien und anderen gesundheitlichen Notfällen zu begegnen.

Die Neue Weltwirtschaftsordnung, wie sie von der Sechsten Sondersitzung der Generalversammlung der Vereinten Nationen 1974

verabschiedet wurde, wurde in der Folge ausgehöhlt und durch die Schuldenkrise und die Strukturanpassungspolitik der 80er Jahre, durch die Uruguay-Runde, die 1994 zur Gründung der Welthandelsorganisation führte, und durch den Aufstieg des Neoliberalismus aufgehoben (Legge, 2023). Jetzt wurde sie durch die Ziele für nachhaltige Entwicklung abgelöst und im Gegensatz zur Erklärung von Alma-Ata wurde Primary Health Care von der Art der neoliberalen Gesundheitspolitik innerhalb desselben Kapitalakkumulationsregimes abhängig gemacht. In diesem Sinne wurde Primary Health Care durch einen neoselektiven Ansatz, der sich auf ein biomedizinisches Grundversorgungsmodell konzentriert, für die Privatisierung/Kommodifizierung von Gesundheitssystemen funktionalisiert (People's Health Movement et al, 2022, S. 85).

Wir sind uns bewusst, dass eine Neue Weltwirtschaftsordnung für den Globalen Süden eine unumgängliche Voraussetzung ist, um die Ziele der Verbesserung der Gesundheit, der gesundheitlichen Chancengleichheit und der Erhaltung des Lebens zu erreichen. Die Forderung nach einer erneuerten Vision dieser Weltwirtschaftsordnung, die an das XXI. Jahrhundert angepasst ist, wurde in der Erklärung von Santa Cruz deutlich gemacht: »For a New world Order for Living Well« (Für eine neue Weltordnung

1848 Rudolf Virchow (1821-1902) publiziert »Mittheilungen über die in Oberschlesien herrschende Typhus-Epidemie« und gelangt hier zur Einschätzung »die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die soziale Frage fällt zum größten Teil in ihre Jurisdiktion.« Am 18.03.1848 nimmt Virchow aktiv an den Barrikadenkämpfen in Berlin teil.

1898 Sigmund Freud (1856-1939) publiziert »Die Sexualität und die Ätiologie der Neurosen« und wird zum Begründer der Psychoanalyse

für ein gutes Leben), die von der G77 und China im Juni 2014 anlässlich des 50. Jahrestags der Gründung der G77 angenommen wurde, vom UNCTAD-Bericht 2022 über Handel und Entwicklung und durch die Erklärung zum 50. Jahrestags der Neue Weltwirtschaftsordnung, 1974-2024, Kongress in Havanna, Januar 2023 (siehe Legge, 2023).

Dieser Vorschlag einer Neue Weltwirtschaftsordnung würde Folgendes beinhalten: die gleichberechtigte Souveränität der Staaten und die freie Selbstbestimmung der Völker und Territorien; die Regulierung des globalen Finanzwesens; die Besteuerung der transnationalen Unternehmen und die Förderung nationaler Steuerreformen; die Gesundheitssouveränität und der gleichberechtigte Zugang zu Know-how und Gesundheitstechnologien; die Regulierung und Überwachung der Aktivitäten der transnationalen Unternehmen (durch die Schaffung eines Verhaltenskodex); die Neuverhandlung der Freihandelsabkommen; die Achtung der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte der Menschen auf nationaler und globaler Ebene; die Veränderung der derzeitigen Praxis der Investitionsabkommen und des ungleichen Austauschs zwischen den Nationen; die Förderung der globalen Solidarität und die Entkolonialisierung der Hilfe für Länder und Völker und der Schutz der Umwelt.

Anstatt jedoch eine Neue Weltwirtschaftsordnung und einen umfassenden Primary Health Care-Ansatz zu fördern, haben sich die Weltbank und die WHO am Programm für nachhaltige Entwicklung (SDG = Sustainable Development Goals) und an mehreren neoselektiven Primärversorgungsprogrammen beteiligt, um das derzeitige Kapitalakkumulationsregime beizubehalten und den Umfang der Alma-Ata-Erklärung einzuschränken (WHO & UNICEF, 1978).

Dieser selektive Ansatz für die Gesundheitsfürsorge, der zur Organisation gezielter und kosteneffizienter Pakete einzelner biomedizinischer Interventionen und versicherbarer Leistungspläne beigetragen hat, zielt nun darauf ab, wesentliche Funktionen des öffentlichen Gesundheitswesens und soziale Unterstützungsmaßnahmen zu integrieren, die durch eine Universal Health Coverage-Politik verallgemeinert werden können.

Ein von The Lancet Commissions (2018) veröffentlichter Bericht unterscheidet zwischen sektoralen und sektorübergreifenden Interventionen. Der Bericht wählt 218 sektorale Gesundheitsmaßnahmen aus, die im Rahmen der Universal Health Coverage-Politik durchgeführt werden können: 13 bevölkerungsbasierte Gesundheitsmaßnahmen (wesentliche öffentliche Gesundheitsfunktionen), 59 gemeindebasierte Maßnahmen, 68 Maßnahmen in Gesundheitszentren, 58 Maßnahmen in Krankenhäusern

des Level 1, 20 Referenzmaßnahmen und spezialisierte Krankenhäuser. Davon können die Primary Health Care-Plattformen der Universal Health Coverage 198 Maßnahmenpakete anbieten. Die Lancet-Kommissionen haben außerdem 71 sektorübergreifende öffentliche Maßnahmen auf der Grundlage von Kostenwirksamkeitskriterien vorgeschlagen, die ein Paket von Maßnahmen zur Verringerung oder Beseitigung von verhaltensbedingten und umweltbedingten Risikofaktoren bilden können. Dazu gehören vier Gruppen von sektorübergreifenden Maßnahmen:

1. Finanzielle/steuerliche Maßnahmen (Steuern auf Tabak, Alkohol, Zucker);
2. Ordnungspolitische Maßnahmen (Verschmutzung der Luft und der Innenräume sowie Konsum schädlicher Produkte);
3. Bauliche Maßnahmen (Verkehrsunfälle, Wasserversorgung, Abwasserentsorgung);
4. Informativ Maßnahmen (Verbraucheraufklärung über unzureichenden Verbrauch von Mikronährstoffen, ungeschützten Sex).

Eingeschlossen sind auch Sozialschutzmaßnahmen wie bedingte Geldtransfers für die Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten.

In der weltweiten Erfahrung seit 1979 bis heute werden strategische Primary Health Care-Politikkonzepte, die auf Paketen von Primärversorgungsleistungen beruhen, die nach kosteneffektiven, kosteneffizienten Kriterien ausgewählt werden und auf Zielgruppenorientierung und individuelle Wahlmöglichkeiten ausgerichtet sind, durch das selektive und neoselektive Modell der Primärversorgung unterstützt (Walsh und Warren, 1979; Vega Romero, Hernández Torres, Mosquera Méndez, 2012; Vega Romero y Acosta Ramírez, 2015). Die Finanzierungsregelungen, die auf einem auf diese Weise ausgewählten Paket von Primary Health Care-Leistungen und auf dem strategischen Einkauf von Dienstleistungen aus öffentlichen Mitteln für Netzwerke multidisziplinärer Teams basieren, sind funktional für die Kommerzialisierung und Privatisierung der Primary Health Care.

Das aktuelle Modell (Neo selective Primary Health Care) ermöglicht es öffentlichen/privaten Versicherern und Gesundheitsdienstleistern, Märkte für die Erbringung von Primärversorgungsdiensten direkt oder über private Manager zu schaffen, die Verträge mit Netzen privater/

1912 Alfred Grotjahn (1869-1931) veröffentlicht die Schrift »Soziale Pathologie«. Er ist Gründer der Sozialhygiene und auch ihr erster Lehrstuhlinhaber. Allerdings vertrat Grotjahn auch eugenische und rassenhygienische Positionen.

1913 Max Mosse (1873-1936) und Gustav Tugendreich (1876-1948) publizieren »Krankheit und soziale Lage« und kommen darin zur Schlussfolgerung: »Der Nachweis der engen Beziehungen zwischen Armut und Krankheit bedeutet eine schwere Anklage gegen die Kultur, gegen die Gesellschaft.«

Wir müssen einen planetarischen Block aufbauen, der vom Süden angeführt und durch die Solidarität des Nordens gestärkt wird, um die Neue Weltwirtschaftsordnung und den Frieden zu verwirklichen.

öffentlicher Primärversorgungsdienstleister abschließen, die auf dem Einsatz multidisziplinärer Teams in Gebieten mit zugewiesener Bevölkerung, Gateway-Systemen, Kontinuität und Koordination der Versorgung, Kopfpauschalen, finanziellen Anreizen und freier Wahl des Anbieters durch die Patienten basieren (Weltbank, 2022). Mit diesem Ansatz ist es möglich, integrierte Netzwerke von Versicherern, Managern und Anbietern zu schaffen, aus denen private Primärversorgungsunternehmen hervorgehen können. Bestimmte Finanzierungskonzepte, die mit strategischen Einkaufsvereinbarungen und Zahlungsmodalitäten verbunden sind, können dazu führen, dass die Primary Health Care-Strategie fragmentiert und/oder in ihrem Umfang eingeschränkt wird, wie es derzeit im *Allgemeinen Kolumbianischen Krankenversicherungssystem (Sistema General de Seguridad Social en Salud, SGSSS)* der Fall ist, wenn es keine starke und organisierte staatliche Intervention gibt.

Dieser Ansatz der Weltbank hält eine unnötige Trennung zwischen klinischen Maßnahmen und öffentlicher Gesundheit aufrecht. Er verhindert, dass Primary Health Care mit dem guten Leben von Gemeinschaften und Regionen verknüpft wird, indem er sektorale Gesundheitsmaßnahmen (primäre klinische und öffentliche Gesundheitsversorgung durch multidisziplinäre Teams) drastisch von sektorübergreifenden Maßnahmen und der Einbeziehung von Gemeinschaften trennt.

Die Kollegen vom People's Health Movement sagen dazu:

1) »Das in der Erklärung von Alma-Ata vorgeschlagene Modell der Primary Health Care legt nahe, dass sich die Fachkräfte und Einrichtungen des Gesundheitswesens nicht nur auf die Primärversorgung konzentrieren, sondern auch Wege finden können, mit ihren Gemeinschaften zusammenzuarbeiten, um strukturelle Hindernisse für eine bessere Gesundheit zu verstehen und zu beseitigen, die von den

lokal spezifischen bis zu den globalen Hindernissen reichen (Sanders 1998; Schaay und Sanders 2008)« (zitiert nach Legge 2023, S. 94).

2) »Der Kampf um eine Neue Weltwirtschaftsordnung wird nicht allein im Gesundheitssektor entschieden werden, aber Gesundheit hat einen universellen Stellenwert und kann vielleicht ein Narrativ des Wandels liefern, das über Grenzen hinweg geteilt werden kann. Die Sprache der sozialen Determinanten (und der sozialen Determinierung) von Gesundheit kann anknüpfen an eine bestehende Erzählung über die Verbindungen zwischen dem Lokalen und dem Globalen, dem Mikro- und dem Makrobereich« (Legge, 2023, S. 94).

Wir dürfen nicht aufgeben, die Gesellschaft zu verändern und die Gesundheitssysteme zu transformieren und dekolonisieren. Es ist an der Zeit, den Kampf für die Gesundheit wieder mit dem Kampf für eine Neue Weltwirtschaftsordnung und dem Kampf für den Frieden der Bewegung der Blockfreien zu verbinden. Wie es in der Erklärung von Havanna heißt: Wir müssen einen planetarischen Block aufbauen, der vom Süden angeführt und durch die Solidarität des Nordens gestärkt wird, um die Neue Weltwirtschaftsordnung und den Frieden zu verwirklichen.

(Der Text wurde übersetzt von Rafaela Voss und Karen Spannengkrebs.)

Dr. med. Roman Vega Romero ist Globaler Koordinator des People's Health Movement.

1913 Gründung des Sozialdemokratischen Ärztevereins auf Betreiben von Karl Kollwitz. Er wird von der SPD-Spitze eher kritisch gesehen, da ein zu starker Einfluss der Akademiker auf die Parteipolitik befürchtet wurde.

1917 Georg Friedrich Nicolai (1874-1964) publiziert in der Schweiz »Die Biologie des Krieges«. Nicolai war einer der ganz wenigen Ärzte in Deutschland, die sich im 1. Weltkrieg gegen den Militärdienst stellten; 1920 wurde seine Rückkehr als Dozent an die Charité von nationalistischen Studenten verhindert. Schließlich musste er nach Südamerika emigrieren.

WHO under construction

Von **Andreas Wulf**

Nicht nur das Gebäude der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Genf braucht eine Sanierung. 75 Jahre nach ihrer Gründung erscheint die WHO an vielen Stellen reformbedürftig. Welche Schritte müssten unternommen werden?

Das ikonische Hauptgebäude der *Weltgesundheitsorganisation (WHO)* oberhalb des Genfer Sees mit Blick auf das Mont Blanc-Massiv ist seit Langem eine Großbaustelle; neue Gebäudeteile werden hier derzeit errichtet. Auch der Saal, in dem normalerweise zweimal im Jahr der Exekutivrat aus 34 rotierenden Mitgliedsstaaten tagt, muss renoviert werden. Dies ist nicht nur mühsam für die Delegierten, sondern schränkt auch die Präsenz von unabhängigen Organisationen, den *Non-State actors in official relations with WHO (NSA)*, ein. Das sind Akteure wie das *People's Health Movement*, *Health Action International* und der *Geneva Global Health Hub*, mit denen *medico international* seit vielen Jahren verbunden ist. Deren Delegationen wurden wegen des Umbaus vom WHO-Sekretariat radikal verkleinert. Auch der direkte Kontakt zu den Delegierten wurde wegen des Umbaus stark eingeschränkt. Immerhin gibt es seit der Covid-19-Pandemie die Plenarsitzungen im Livestream; die wichtigeren Verhandlungen finden natürlich weiterhin hinter verschlossenen Türen statt.

Kooperationen und »Multistakeholderismus«

Die Kooperation zwischen der 75 Jahre alten multilateralen Institution, in der die Mitgliedsstaaten das Sagen haben, und einer Zivilgesellschaft, die es sich zur Aufgabe gemacht hat, die Gesundheitspolitik der Staaten und ihrer Weltbehörde kritisch zu kommentieren und zu

beeinflussen, ist eines der Dauerthemen bei diesen Verhandlungen. Die wenigen mündlichen Interventionen der NSA, die zu den Tagesordnungspunkten möglich waren, waren schon in den vergangenen Sitzungen auf eine Minute verkürzt worden. Der jetzige Vorschlag der WHO, eine Civil Society Commission beim Sekretariat einzurichten, ist nach fünfjährigen Konsultationen immerhin ein weiterer Schritt zu einer Öffnung gegenüber denjenigen, die die WHO nicht nur kritisieren, sondern sie auch gegenüber den Versuchen der Beeinflussung durch kommerzielle und profitorientierte Interessen verteidigen.

Denn so sehr die WHO auch im 75. Jahr ihres Bestehens formal auf ihre 1948 festgeschriebene Rolle als die »führende und dirigierende Kraft« in der globalen Gesundheitspolitik verweist und ihre Autorität aus der Mitgliedschaft nahezu aller Staaten der Welt (194 aktuell) begründet, wird diese Rolle doch seit Langem durch den Prozess des »Multistakeholderismus« gefährdet. So wird heute gerne die moderne Form einer politischen »Governance« genannt, die alle Interessengruppen, also die »Stakeholder«, an den Entscheidungsprozessen beteiligt, zumeist ohne grundlegende Interessenkonflikte einzubeziehen, die etwa zwischen Akteuren, deren (privaten) Interessen reguliert werden müssen, und Akteuren, die solche (öffentlichen) Regeln aufstellen sollen, bestehen.

1919 **Magnus Hirschfeld (1868-1935)** gründet das Institut für Sexualwissenschaft in Berlin. Es war ein wichtiger Ort für die Emanzipation von Menschen mit nicht-binären binären Sexualvorstellungen. »Die Liebe ist so vielfältig wie die Menschen.« Das Institut wird 1933 sofort nach der faschistischen Machtübernahme durch Nationalsozialisten zerstört.

1921 **Gründung des proletarischen Gesundheitsdienstes als politische Alternative zum Arbeitersamariterbund (ASB).** Insbesondere kommunistische Ärzt*innen waren hier organisiert; ähnliche Funktion wie heute die Demosanis.

Herausforderungen in der Pandemie

Das jüngste und sicher drastischste Beispiel eines solchen Konfliktes war das Unvermögen der Staaten bei der *Welthandelsorganisation (WTO)*, sich auf die zeitweise Aussetzung von geistigen Eigentumsrechten für Gesundheitsprodukte zu einigen, die für die Bekämpfung von Covid-19 gebraucht wurden (Impfstoffe, Medikamente, Diagnostika, Schutzausrüstung, Medizintechnik). Dazu trug wesentlich der massive Druck der Industrie bei, die die Abhängigkeit der Welt von ihren Produkten ausspielte. Die neuesten Enthüllungen über die Preissteigerungen für mRNA-Impfstoffe für die Europäische Union im Laufe des Jahres 2021 durch *Moderna* und *Pfizer/Biontech* sowie die Ankündigungen aus den USA, nach einem »offiziellen« Ende der Pandemie die Preise noch mal um den Faktor 4 bis 5 zu erhöhen, machen diese Machtverhältnisse nur allzu deutlich. Sie sicherten den beteiligten Firmen Gewinnmargen, die sonst vermutlich nur von staatlich finanzierter Waffenproduktion und illegalem Drogenhandel erreicht werden.

So ist es kein Zufall, dass im ersten Textentwurf für einen neuen »Pandemie-Vertrag«, der aktuell unter dem Dach der WHO ausgehandelt wird und zu dem zahlreiche zivilgesellschaftliche Akteure ihre Beiträge lieferten, der Zugang zu Gesundheitsprodukten und Regulationen geistiger Eigentumsrechte im Pandemiefall eine wichtige Rolle spielen. Wie viel davon im Laufe der Verhandlungen von den Regierungen, die fest an der Seite »ihrer« Pharma- und Medizintechnik-Unternehmen stehen (und unter denen sich die deutsche Bundesregierung besonders hervorgetan hat), wieder einkassiert wird, wird sich in den kommenden Monaten zeigen. Wichtig wird eine kritische Öffentlichkeit bleiben, die während der Pandemie zwar global mobilisiert wurde, die aber letztlich keinen entscheidenden Einfluss auf die Patent-Entscheidungen bei der WTO nehmen konnte.

Die Position und der Einfluss des WHO-Sekretariats und des aktuellen Generaldirektors (DG), Dr. Tedros als direkt gewählter Chef der Behörde ist dabei ebenso ambivalent, wie es bei anderen kontroversen Themen der globalen Gesundheit ist. Als ehemaliger Vorsitzender einer Reihe prominenter Public Private Partnerships (PPP) der globalen Gesundheit, dem *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria*, der *Roll Back Malaria Partnership* und der *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health*, steht Tedros fest auf der Seite dieses Partnerschaft-Konzepts des Multistakeholderismus. Und er muss sich als oberster Fundraiser seiner Organisation mit den großen Geldgebern gutstellen: nicht nur mit den reichen Mitgliedssta-

ten, die einen großen Teil des WHO-Budgets tragen, sondern auch mit den philanthropischen Stiftungen (Gates, Buffett, Rotary International), die wesentliche Teile der WHO-Arbeit durch ihre zusätzlichen Finanzierungen erst ermöglichen, dabei aber auch die eigenen Schwerpunkte fest im Blick haben und (wie die Gates-Stiftung) auch aktiv an der Steuerung der großen PPP beteiligt sind.

Zugleich ist Tedros aber auch denjenigen Regierungen des globalen Südens besonders verpflichtet, die ihn 2017 in einer erstmaligen »Kampfabstimmung« bei der Weltgesundheitsversammlung mit hoher Symbolkraft zum ersten afrikanischen Generaldirektor gewählt hatten. Zuvor waren solche Entscheidungen im kleineren Kreis des Exekutivrates im Vorhinein abgestimmt und von der Vollversammlung nur noch faktisch bestätigt worden.

Und so wurde er während der Pandemie auch nicht müde, den faktischen Alleingang der reichen Länder bei der Beschaffung und Versorgung erst mit Masken und Tests und dann mit Impfstoffen zu kritisieren und gar von »Impfstoff-Apartheid« zu sprechen. Hier wurde aber auch sichtbar, wie schwach die scheinbar »führende« WHO in Wirklichkeit ist. Ihre Initiative zur Überwindung dieses ungleichen Zugangs mit einem Covid-19 Technology Access Pool gleich zu Beginn der Pandemie wurde sträflich vernachlässigt, nur von wenigen kleinen Staaten unterstützt und von den Pharmafirmen offen boykottiert. Und gegen den mRNA Vaccine Technology Transfer Hub, den die WHO mit lokalen Institutionen seit 2021 in Südafrika aufgebaut hat und mit dem über ein Netz von kollaborierenden Unternehmen Wissen und Technologie verbreitet werden soll, gibt es ebenso deutliche Widerstände.

Eine Nebenrolle spielte die WHO auch bei der Einrichtung des *Access to Covid-19 Tools Accelerator (ACT-A)* im Frühjahr 2020, der vor allem durch seine Impfstoffbeschaffungs-Säule COVAX medial bekannt wurde. Große PPP wie unter anderem der *Global Fund*, *Gavi* (Impfstoffe) oder der *Wellcome Trust* (Therapeutika) waren für die Beschaffung und Verteilung von Produkten an die Länder zuständig. Besonders COVAX jonglierte bald mit Milliarden US-Dollar. Die WHO musste die undankbare Aufgabe der »Gesundheitssystemstärkung« übernehmen, für die kaum Mittel bereitgestellt wurden, die aber in vielen Ländern entscheidend für die Geschwindigkeit der Impfprogramme war. Eine wichtige Rolle hatte sie bei der Prüfung der Wirksamkeit und Sicherheit derjenigen Impfstoffe, Medikamente und Diagnostika, die vom ACT-A gekauft und verteilt wurden. Ihre Empfehlungen zur global gerechten Verteilung der zunächst knappen Impfstoffe dagegen wurden geflissentlich ignoriert, während die rei-

1922 Gesundheitsprogramm der SPD (formuliert von A. Grotjahn). Darin wird u.a. gefordert: »Übernahme des gesamten Heil- und Gesundheitswesens in den Gemeinbetrieb. Vereinheitlichung des sozialen Versicherungswesens und dessen Ausdehnung auf alle Volksangehörige.«

1923/1924 Ärztestreik des Hartmannbundes. Der Hartmannbund rief seine Mitglieder dazu auf, alle Versicherer wie Selbstzahler*innen zu behandeln. Krankenkassen eröffneten darauf insbesondere in Berlin Ambulatorien und Polikliniken. Sie wurden dabei von linken Ärzt*innen unterstützt.



Headquarter der WHO in Genf

chen Länder Impfstoff horteten und erst ab der zweiten Jahreshälfte 2021 ihre überschüssigen Dosen als medial wirksame karitative Geste großzügig über COVAX verteilen ließen.

Konflikte zwischen Mitgliedsstaaten

Die vermeintlich starke Weltbehörde sitzt auch in anderen Fragen unmittelbar zwischen allen Stühlen: etwa wenn ihre Mitglieder die Konflikte untereinander auf der WHO-Bühne austragen. Auch dafür war die Covid-19-Pandemie nur der sichtbarste Punkt: Der offen ausgetragene Konflikt zwischen der US-amerikanischen Trump-Regierung und der Volksrepublik China um die Fragen der rechtzeitigen Information und Herkunft des Virus (Wildtiere oder Forschungslabor) – im Kern ein bilateraler Konflikt um ökonomische Stärke und regionalen/globalen Einfluss – wurde von China mit einem hartnäckigen Beharren auf staatlicher Souveränität beantwortet. Die WHO versuchte dem mit traditionellen diplomatischen Charmeoffensiven beizukommen, verstärkte damit aber den Zorn Trumps, der mit einem Austritt und der Streichung der Finanzmittel

der USA drohte, was glücklicherweise durch seine Abwahl Ende 2021 verhindert wurde.

Ein weiteres Beispiel für Konflikte zwischen einzelnen Mitgliedsstaaten ist der Umgang mit dem Thema sexuelle und reproduktive Gesundheit/Rechte. Hier unterscheiden sich die Haltungen besonders drastisch und kommen im Kampf um den Einschluss von Konzepten wie »Sexualaufklärung« und der Erwähnung »sexueller Minderheiten« als Zielgruppen von Präventionsmaßnahmen zum Ausdruck. Die russische Delegation etwa beklagt hier »Provokationen« in offiziellen Texten und versucht damit Allianzen zu schmieden, die ihr auch bei der Abwehr der Kritik an der Kriegsführung in der Ukraine behilflich sind, wenn etwa die »westliche Allianz« die Angriffe ziviler und gesundheitlicher Infrastruktur in den Plenarbeiträgen und Resolutionen verurteilt.

Große Abhängigkeiten

In all diesen Dilemmata bleibt die WHO auch weiterhin diplomatisch gefangen. Sie ist de facto eine »Dienerin« ihrer Mitgliedsstaaten, die das Arbeitsprogramm und die

1924 Gründung des Vereins Sozialistischer Ärzte (VSÄ) als Abspaltung des Sozialdemokratischen Ärztevereins Der VSÄ vereinte linkssozialdemokratische, sozialistische und kommunistische Ärzt*innen. Der überparteiliche Bündnischarakter wurde von den Parteispitzen der SPD und KPD kritisiert.

1925 (Publikation o. Jahresangabe) Georg Benjamin (1895-1942, KZ Mauthausen) veröffentlicht: »Tod den Schwachen? Neue Tendenzen der Klassenmedizin«. Er kritisiert darin die zunehmende Bedeutung von Eugenik und Rassenhygiene sowie antisemitischen Tendenzen in der Medizin.

Finanzierung der WHO bestimmen. Zumal verfügt die WHO über keinerlei Möglichkeiten, ihre Mitglieder zur Umsetzung der von ihnen selbst unterschriebenen Regeln anzuhalten. Das wurde in der Pandemie dramatisch und beispielhaft an den *International Health Regulations* deutlich, als Empfehlungen der WHO zur Vorbereitung auf bzw. Bekämpfung der Pandemie und gegen Grenzsicherungen offen von vielen ignoriert wurden.

Also umwirbt die WHO wichtige Staaten auf andere Weise, etwa in neuen »Signature-Projekten«. Der 2021 eingerichtete *Pandemic and Epidemic Intelligence Hub* zur besseren Vernetzung von Datensammlungen zur Pandemieüberwachung wird wesentlich von Deutschland finanziert und sitzt deshalb in Berlin. Die neue WHO Academy, ein »state of the art lifelong learning center« für Gesundheitsprofessionelle, ist ohne den Beitrag der französischen Regierung nicht denkbar und deshalb in Lyon angesiedelt. Aus ihrem regulären Budget könnte die WHO solche Initiativen nicht betreiben.

Unsichere Finanzierung

Die zentrale Frage »Wer bezahlt?« treibt die WHO ebenso wie ihre Unterstützer*innen und Kritiker*innen um. Feierte sich der Exekutivrat im Januar 2022 noch für die schrittweise Erhöhung der Pflichtmitgliedsbeiträge, um künftig 50% des Gesamtbudgets über die Mitgliedsstaaten zu finanzieren (aktuell sind es nicht einmal 20%), so ist ein Jahr später angesichts von Rezession, der globalen wirtschaftlichen Folgen des russischen Kriegs gegen die Ukraine und der steigenden Inflation unklar, ob dies tatsächlich zügig umgesetzt werden kann. Und zugleich sind wie üblich wesentliche Teile des Budgetplans ungedeckt. Der Vorschlag der WHO, ein regelmäßiges Spendensammel-Event (Replenishment) zu veranstalten, anstatt für jedes Einzelprogramm neue Geldgeber zu suchen, bringt sie in direkte Konkurrenz mit den PPP, die diese Art von »Leistungsshow« über die vergangenen 20 Jahre professionalisiert haben. Ob sich die WHO hier als Nachzügler behaupten kann, bleibt abzuwarten.

Auch die neue »WHO-Stiftung«, die vor zwei Jahren ins Leben gerufen wurde, bleibt von berechtigter Kritik nicht verschont. Wer von reichen Privatleuten und Unternehmen Geld einsammeln will, kommt schnell in schlechte Gesellschaft. Waffen- und Tabakindustrie sind laut Statut der Stiftung ausgeschlossen, aber schon die problematischen Nahrungsmittelkonzerne wie Unilever, Nestlé und Coca-Cola, deren Fastfood und Zuckergetränke als Mitverursacher wichtiger chronischer Krankheiten in der Kritik stehen, sind nicht kategorisch ausgeschlossen.

Die WHO kennt aus ihrer Geschichte viele solche Dilemmata und Abhängigkeiten. Auch die legendäre »Konferenz von Alma-Ata« 1978, bei der das *Primary Health Care-Konzept (PHC)* verabschiedet wurde, fand nur dort statt, weil die UdSSR im Kampf um die Deutungshoheit in der sozialistischen Welt China zusetzen wollte und deshalb die Finanzierung für die Konferenz bereitstellte. Immerhin konnte die WHO damals durchsetzen, dass die Konferenz nicht in Moskau, sondern in der regionalen Hauptstadt des armen Kasachstan stattfand, in der gute Erfahrungen mit PHC-Programmen gemacht worden waren.

Die Mühe kann sich lohnen

Bleibt also überhaupt etwas zu feiern zum 75. Jahrestag dieser Weltgesundheitsbehörde? Die WHO bleibt so gut und schlecht wie die Welt, in der sie besteht. Das wäre die einfache Antwort. Entscheidend wird sein, was man daraus macht, wäre die komplizierte Antwort. Ohne die WHO wären die pragmatischen Macher*innen der PPP ohne ein Korrektiv, in dem weiterhin über Gesundheitssystemstärkung, gerechte Ressourcenverteilung zwischen den Ländern und die notwendige Unterstützung der von den globalen Ausbeutungsrealitäten besonders betroffenen Länder gestritten und debattiert wird. Rechte von Minderheiten und diskriminierten Gruppen sind nicht immer mehrheitsfähig in den Resolutionen der WHO, aber die Bühne, die die Mitgliedsstaaten für ihre geopolitischen Gefechte nutzen, sind auch für diejenigen nutzbar zu machen, die sonst in ihren eigenen Ländern noch weniger Gehör finden.

Dazu gilt es auf der Ebene der WHO, Allianzen einer kritischen Zivilgesellschaft und gleichgesinnter Regierungen zu entwickeln. Die neue brasilianische Regierung stellte schon eine Initiative für eine Resolution zur Gesundheit indigener Gruppen und Völker vor. Der Kampf um die Räume, in denen globale Politik gemacht wird, lohnt sich – trotz der Mühen und dicken Bretter, die dort zu bohren sind.

(Quelle: Veröffentlicht auf der Homepage von *medico international*: <https://www.medico.de/blog/who-under-construction-19032>; zuerst erschienen in *Dr. med. Mabuse* Nr. 260/2. Quartal 2023)

Andreas Wulf ist Arzt und seit 1998 bei medico international. Er ist Berlin-Repräsentant und arbeitet zu Themen globaler Gesundheit. Er ist Mitglied im erweiterten Vorstand des vdä.*

1927 VSÄ erringt bei den Kammerwahlen 4 Sitze in der Berliner Ärztekammer

1928 der VSÄ veröffentlicht sein Programm und fordert u.a. »2. Förderung und Weiterführung aller Tendenzen, die auf Verwanderung des ärztlichen Zwergbetriebes in eine kollektive Tätigkeit im Rahmen der Kommune und Sozialversicherung gerichtet sind ... 3. Planmäßige Verteilung der Ärzte auf die Bevölkerung unter besonderer Berücksichtigung ihrer Anstellung in städtischen und ländlichen Bezirken mit vorwiegend proletarischer Bevölkerung ...«

Die Not der Kredite

IWF-Kredite beeinträchtigen weiterhin die Gesundheit in Afrika

von Dian Maria Blandina

Der Internationale Währungsfonds besteht bei der Vergabe von Krediten schon seit langem auf Konditionen, die schädlich für öffentliche Dienste sind. Daran hat sich auch während der Pandemie nichts geändert. Afrikanische Länder gehören zu den am stärksten betroffenen.

Die jahrzehntelangen strengen Strukturanpassungsprogramme des *Internationalen Währungsfonds (IWF)* stehen schon seit langem als eine der Hauptursachen für die schwachen Gesundheitssysteme in Afrika in der Kritik. Viele sehen in den Programmen eine grundlegende Ursache für das Versagen bei der Krankheitsüberwachung und -prävention, das zum Ebola-Ausbruch in Westafrika 2014-16 geführt hat. Noch schlimmer ist aber, dass auch die Covid-19-Pandemie nicht zu einer Veränderung der Politik in dieser Institution geführt hat.

Als 2020 die Covid-19 Pandemie begann, mussten die meisten afrikanischen Länder IWF-Kredite zurückzahlen. 26 der 54 afrikanischen Länder befanden sich im Januar 2020 in IWF-Kreditprogrammen, die Austeritätspolitik zur Bedingung hatten, so dass den Ländern keine freien Mittel für die Vorbereitung auf den Ernstfall zur Verfügung standen – was eine der wichtigsten Voraussetzungen für eine robuste Reaktion auf Covid-19 gewesen wäre.

Bis Oktober 2020 hatte der IWF an 81 Länder Covid-19-Darlehen vergeben, 41 davon in Afrika. Bereits damals wiesen viele kritische Stimmen darauf hin, dass die Kredite nicht ausreichen würden: nicht um die unmittelbaren Kosten für die Bewältigung von Covid-19 auszugleichen, geschweige denn, um die Verluste langfristig zu kompensieren. Die Notkredite brachten wenig bis gar nichts, wenn es darum ging, die Aussetzung von Zahlungen für bestehende Schulden, auch beim IWF, sicherzustellen. Berichte machten darauf aufmerksam, dass ein Teil der Notfinanzierung tatsächlich statt für die Covid-19 Bekämpfung zur Schuldentilgung verwendet wurde.

Der IWF ist zwar nicht der einzige Gläubiger der afrikanischen Länder, steht aber an der Spitze der Pyramide internationaler Finanzinstitutionen. Die Nichteinhaltung des IWF-Rückzahlungsplans zöge weitere direkte und indirekte Auswirkungen bei anderen Gläubigern nach sich. Gleichzeitig sind die IWF-Darlehen so strukturiert, dass sie die Fähigkeit der Regierung, öffentliche Dienstleistungen zu erbringen, beeinträchtigen. Die Bedingungen und der Zeitplan für die Rückzahlung der Schulden sind oft sehr streng. Mittel, die beispielsweise für das Gesundheits- und Bildungswesen benötigt werden, werden

1929 Friedrich Wolf (1888-1953) bringt sein Drama »Zyankali, Paragraph 218« heraus. Es ist ein Agitationsstück des Arztes und Schriftstellers zur Abschaffung des § 218. Zusammen mit der Ärztin Else Kienle 1931 Anklage wegen »gewerbsmäßiger Abtreibung«; der Prozess wird nach einer breiten Verteidigungskampagne nicht eröffnet.

1930 Erklärung von 356 Berliner Ärztinnen zur Reform des § 218, die dem Strafrechtsausschuss des Reichstages übergeben wurde. Die Ärztinnen fordern Strafbarkeit einer Abtreibung ausschließlich für den Fall, dass sie von Nicht-Ärzt*innen oder gegen den Willen einer Frau erfolgt.

stark gekürzt und große Teile der eingenommenen Steuern werden für die Schuldentilgung zweckgebunden.

Nach Angaben des IWF befinden sich von den 41 afrikanischen Ländern, die Covid-19-Darlehen beantragt haben, 17 entweder bereits in einer Schuldenkrise oder es besteht ein hohes Risiko dafür. Andere Länder fallen in die Kategorie der »nachhaltigen« Risikobewertung, so dass sie laut IWF kein Problem haben sollten, das Darlehen zurückzuzahlen. Aus den Daten des European Network on Debt and Development (Eurodad) geht jedoch hervor, dass es selbst für diese Länder schwierig wäre, die Darlehensverpflichtungen zu erfüllen, wenn sie nicht erhebliche Änderungen an ihren Konten beim IWF vornehmen würden. Die Nichtnachhaltigkeit wird auch durch die Forderung des IWF nach einer umfassenden Haushaltskonsolidierung zum frühestmöglichen Zeitpunkt unterstrichen. In einem Bericht der Vereinten Nationen aus dem Jahr 2020 heißt es, dass die Entwicklungsländer aller Einkommensklassen bereits vor Covid-19 auf eine Schuldenkrise zusteuerten.

Toxische Konditionalitäten

In der Regel sind IWF-Darlehen an Bedingungen geknüpft, d.h. die Regierungen müssen bestimmte Maßnahmen ergreifen, wenn sie das Geld erhalten wollen. Meistens umfasst das Maßnahmenpaket: 1. Sparmaßnahmen, d.h. eine Mischung aus Kürzungen der staatlichen Haushalte und Subventionen, 2. Privatisierungen, d.h. den Verkauf von Staatsvermögen oder die vollständige oder teilweise Beteiligung des Privatsektors an der Entwicklung von Infrastrukturen, 3. Liberalisierungen, d.h. die Öffnung des Landes für ausländische Investoren im Handels- und Finanzsektor, 4. Deregulierungen, d.h. die Abschaffung oder Einschränkung von Gesetzen zum Schutz von Bürger- und Arbeitnehmerrechten, um für internationale Investoren ein attraktiveres Geschäftsumfeld zu schaffen, und 5. manchmal auch eine Währungsabwertung, d.h. die Senkung des Währungswertes zur Erleichterung von Exporten.

Diese Politik führt in der Praxis zu einer Verringerung des Gesundheitspersonals, zu reduzier-

ten oder eingefrorenen Gehältern für Gesundheitsfachkräfte und zu höheren Gebühren für Gesundheitsdienste. All diese Veränderungen schwächen das Gesundheitssystem, insbesondere in Bereichen, die von den Investoren als nicht lukrativ und verschwenderisch angesehen werden, wie die kommunale Grundversorgung und ländliche Gesundheitsprogramme. Das wirkt sich nachteilig auf den Umgang mit Krankheitsausbrüchen und deren Bekämpfung aus.

Während sich der IWF damit brüstete, dass die meisten seiner Covid-19-Kredite keine Auflagen enthalten, zeigte eine Oxfam-Studie, dass die Mehrheit von ihnen tatsächlich Kürzungen bei den Staatsausgaben und Gehältern vorschlug oder verlangte, um die Schuldentrückzahlung zu unterstützen. Allein in Afrika sollen 19 Länder, darunter die Seychellen, Kap Verde und Südafrika (laut Weltbank die reifen oder besser gestellten Volkswirtschaften Afrikas), mit Sparmaßnahmen beginnen, »sobald die Pandemie abklingt« oder bis 2023. Weitere 14 Länder, darunter Sierra Leone, Südsudan und Guinea-Bissau, sollten bereits 2021 mit Sparmaßnahmen beginnen. Diese 14 Länder gehören zu den Ländern mit den schwächsten öffentlichen Gesundheitssystemen in Afrika, und in einigen herrschen interne Konflikte.

Als die Darlehen unterzeichnet wurden, war klar, dass sich diese Länder nicht schnell genug von der Pandemie und der Wirtschaftskrise erholen würden, um die Rückzahlung der Darlehen zu gewährleisten. Es sollte daher nicht überraschen, dass Anfang 2022 13 afrikanische Länder in eine weitere Runde von IWF-Programmen aufgenommen wurden, dieses Mal über die traditionellen Darlehensmechanismen mit strengen Auflagen.

Andere afrikanische Länder haben eine Verlängerung und Aufstockung ihrer IWF-Darlehen aus der Zeit vor Covid-19 beantragt. Andere verhandeln derzeit mit dem IWF über neue Darlehen. Wichtig ist zu erwähnen, dass in den meisten Entwicklungsländern die Unterzeichnung eines Darlehens vom IWF eine Vorbedingung für die Einleitung von Prozessen zur Umstrukturierung der Staatsschulden eines Landes ist. Vereinfacht ausgedrückt: Wenn Länder mit anderen Gläubigern als dem IWF ver-

1931 **Wilhelm Reich (1897-1957)** gründet den »Deutscher Reichsverband für proletarische Sexualpolitik«. Dies stellte den Versuch dar Reichs Theorie des Freudomarxismus in praktische Politik umzusetzen.

1932 **Käte Frankenthal (1898-1976)** Beitrag »Ärztenschaft und Faschismus« erscheint in der Zeitschrift »Der sozialistische Arzt« Zeitschrift des VSÄ. Frankenthal analysiert die sozialpolitische Vorstellung der NSDAP und beschreibt sie als Hauptgegner der Arbeiterbewegung. 1985 erscheint auf Deutsch ihre im New Yorker Exil verfasste Autobiographie: »Jüdin, Intellektuelle, Sozialistin«

Die Menschen können immer noch Druck auf die Regierungen ausüben, untragbare Schulden zu streichen und Investitionen wieder in öffentliche Einrichtungen zu stecken, die den Bürgern gegenüber rechenschaftspflichtig sind. Auf der Liste der möglichen Lösungen steht die Forderung nach einer wirklich progressiven Besteuerung und sozialen Maßnahmen.

handeln wollen, die meist aus Industrieländern stammen, verlangen die Gläubiger, dass die Länder zuerst Kredite beim IWF unterschreiben. Und so setzt sich der Teufelskreis fort. Schulden tilgen, indem man noch mehr Schulden aufnimmt, mit lang anhaltender Sparsamkeit in den kommenden Jahren.

Düstere Zukunft für die Gesundheit?

Viele Länder, vor allem in Afrika, haben aufgrund des ungleichen Zugangs zu Impfstoffen und Arzneimitteln immer noch Schwierigkeiten, die Pandemie und andere wieder auftretende Krankheiten zu bekämpfen. Das Ausmaß der wirtschaftlichen Folgen ist noch schwer abzuschätzen. In Verbindung mit Sparmaßnahmen und Privatisierungen könnte dies in absehbarer Zukunft zu einer weiteren Schwächung der Gesundheitssysteme führen.

IWF-Programme sind dafür bekannt, dass sie Konflikte oder soziale Unruhen auslösen, wenn die Regierungen Kürzungen bei Arbeitsplätzen und grundlegenden Subventionen, meist bei Lebensmitteln und Treibstoff, vornehmen. Das Phänomen ist so bekannt, dass ein eigener Begriff dafür geprägt wurde – »IMF riot«! Nachrichten aus verschiedenen Regionen, darunter Westasien und Lateinamerika, deuten darauf hin, dass die Welt mit einer umfassenden Schuldenkrise konfrontiert ist. Oft kommt es zu Gewalt im Laufe der Proteste und die Behörden gehen hart gegen sie vor, wie bei den aktuellen Protesten im Sudan. Wir erleben bereits eine neue Welle von IWF-Krawallen, so auch in Guinea, wo die Sicherheitskräfte während der Demonstrationen gegen die Kostenexplosion, darunter eine 20%ige Erhöhung des Benzinpreises, einen Demonstranten töteten.

Verisk Maplecroft, ein Beratungsunternehmen für Datenanalyse, berichtete kürzlich über die zehn Länder, in denen ein extremes Risiko für soziale Unruhen besteht. Darunter befinden sich Kenia und Senegal, die bereits in eine weitere Runde von IWF-Programmen aufgenommen wurden, nachdem sie ein Covid-19-Darlehen erhalten hatten. Die Verhandlungen in Tunesien waren durch den Druck des IWF gekennzeichnet, noch vor der Unterzeichnung der Verträge tiefe Einschnitte vorzunehmen. Auch im Falle Ägyptens verlangt der IWF die Anwendung von Sparmaßnahmen, bevor er ein Abkommen genehmigt. Auch wenn die Lage wirklich verzweifelt erscheint, gibt es für die Regierungen immer noch Spielraum, um sowohl auf globaler als auch auf nationaler Ebene korrigierend einzugreifen. Die Menschen können immer noch Druck auf die Regierungen ausüben, untragbare Schulden zu streichen und Investitionen wieder in öffentliche Einrichtungen zu stecken, die den Bürgern gegenüber rechenschaftspflichtig sind. Auf der Liste der möglichen Lösungen steht die Forderung nach einer wirklich progressiven Besteuerung und sozialen Maßnahmen.

(Quelle: Der Text zuerst erschienen in: People's Health Dispatch vom 23. Juni 2022, <https://peoplesdispatch.org/2022/06/23/imf-loans-continue-to-undermine-health-in-africa/> – Übersetzung aus dem Englischen Karen Spannenkrebs)

Dian Maria Blandina ist Ärztin aus Indonesien und promoviert derzeit an der Aristoteles-Universität Thessaloniki über die Zusammenhänge zwischen der Politik des IWF und Gesundheit. Sie ist eine engagierte Aktivistin des PHM und lebt aktuell in Deutschland.

29.07.1932 Antifaschistische Kundgebung des VSÄ mit K. Frankenthal (Sozialistische Arbeiterpartei), Ernst Simmel (1882-1947, SPD) und Fritz Weiß (KPD) als Redner*innen.

1933 Aufruf des VSÄ angesichts der Machtübernahme durch die Nazis: »... Wir sind vom völligen Untergang in Barbarei und Despotismus bedroht. ... Es ist wenig Zeit noch für den uns alle zugrunde richtenden Bruderkampf. Wir appellieren in letzter Stunde an alle Organisationen der deutschen Arbeiterklasse: Schließt Euch zum gemeinsamen Abwehrkampf!«

Das Beispiel Griechenland

Europäische Erfahrungen mit IWF-Krediten

Nadja Rakowitz

Mit der Pleite der Lehmann Bank 2007 und der darauf folgenden Subprime-Krise, die dann schnell in eine »Euro-Krise« und dann in die »Staatsschuldenkrise« umdefiniert wurde, haben wir die größte Weltwirtschaftskrise seit Ende der 1920er Jahre erlebt. In der EU war von dieser Krise Griechenland am schlimmsten betroffen. Die Wirtschaft stürzte – von sowieso niedrigem Niveau – ab, die Arbeitslosigkeit stieg stark an, der Staat konnte keine Kredite mehr auf dem Finanzmarkt bekommen und war auf Finanzhilfen der so genannten Troika aus Europäischer Zentralbank, Europäischer Kommission und Internationalem Währungsfonds angewiesen. In »Memorandums of Understanding« wurden dem griechischen Staat dafür Bedingungen diktiert, die den gleichen Prinzipien folgten wie diejenigen, die Dian Maria Blandina für IWF-Kredite die Länder in Afrika beschreibt. Die von der Regierung verlangte und umge-

setzte drastische Austeritätspolitik führte mindestens seit 2012 dazu, dass Renten und Löhne drastisch gekürzt wurden (heute leben ca. 2,5 Millionen Menschen, also ca. ein Viertel der Bevölkerung unter der Armutsgrenze¹), dass die öffentliche Infrastruktur heruntergefahren oder privatisiert wurde und dass 30% der Bevölkerung – nach einem Jahr Arbeitslosigkeit – jeden Zugang zur Sozialversicherung verloren.

Der vdä* begann damals seine Solidaritätsarbeit mit den Kolleg*innen aus dem griechischen Gesundheitswesen. Als wir 2013 mit einer erste Solidaritäts-Delegation in Athen und Thessaloniki waren, erfuhren wir, dass diese 30% der Bevölkerung keinen Zugang zu medizinischer Versorgung mehr hatten – mindestens 3 Millionen Menschen waren davon betroffen! Die starke linke Bewegung in Griechenland hatte eigene – illegale – Strukturen von solidarischen Praxen aufgebaut, die sich um diese Menschen kümmerte. Die Aktivist*innen aus diesen solidarischen Strukturen waren unsere Ansprechpartner und der vdä* versuchte durch Publikationen und viele Veranstaltungen in ganz Deutschland darüber aufzuklären, was hier mitten in Europa passierte, und zu Widerstand dagegen aufzurufen und zu Solidarität mit den betroffenen Menschen in Griechenland. Im Herbst 2014 veröffentlichte der vdä* eine Sondernummer seiner Zeitschrift, die bis heute lesenswert ist.

Die deutsche Bundesregierung, allen voran Kanzlerin Merkel und Finanzminister Schäuble, waren damals die schärfsten Befürworter der strengen Sparauflagen, die die griechische Bevölkerung in großen Massen in Armut stürzte und drastische Kürzungen im Gesundheitswesen verlangte, die bis heute nachwirken.

Auch wenn es der Regierung von SYRIZA/ANEL zwischen 2015 und 2019 gelang, allen wieder einen Zugang zur Versicherung und Gesundheitsversorgung zu verschaffen, sind die Strukturen des NHS in Griechenland immer noch – und mit 4 Jahren Regierung der neoliberalen Nea Demokratia erst recht – so unterfinanziert und es fehlt so drastisch an Personal und Ressourcen, dass es in den letzten Monaten zu vermeidbaren Todesfällen gekommen ist.

So berichtet die Internetplattform *The Pressproject* am 8. Juni, dass auf Chios, einer der größten Inseln Griechenlands mit mehr als 50.000 Einwohnern, seit Jahren nur ein einziger Krankenwagen zur Verfügung steht, obwohl man mit dem Auto 1,5 Stunden von einem Ende zum anderen braucht. Auch auf den Inseln Kalymnos, Kos, Leros, Mykonos, Naxos, Paros, Samos, Syros, Santorin und Tinos gibt es derzeit nur einen Krankenwagen, der rund um die Uhr im Einsatz ist. Auf Ikaria reicht das Personal nicht in allen Schichten für einen zweiten Krankenwagen aus. Auf Ios, Karpathos und Kythera ist der Rettungsdienst mit 1-2 Rettungs-

27.02.1933 Reichstagsbrand – Letzte Versammlung des VSÄ in Berlin 1933.

1933 Verbot des VSÄ durch das NS-Regime: Alle Mitglieder des VSÄ erhalten Berufsverbot wegen »Betätigung im kommunistischen Sinne«. Solch ein organisationsbezogenes Berufsverbot gab es in der NS-Zeit nur noch für die Mitglieder der Liga für Menschenrechte.



kräften nur etwa 8 Stunden lang im Einsatz.²

Die EFSYN vom 27.05.³ berichtet vom Mangel an Personal vor allem auf den Inseln und dass die Regierung von Mitsotakis dem Abhilfe verschaffen wollte, indem sie Ärzt*innen 1.850 Euro brutto als ausreichende Entlohnung anbot, wenn diese vom Festland auf eine Insel gehen, einer Krankenschwester bieten sie 800 Euro brutto. Davon sollen sie leben und einen zweiten Wohnsitz auf einer Insel finanzieren... Die Konsequenzen sind z.B. auf Rhodos: Die Hälfte der 480 Stellen für das Pflegepersonal sind besetzt. Wegen des Mangels an Krankenschwestern und Anästhesisten (zwei Ärzte) sind nur zwei der sieben Operationssäle in Betrieb! Das Krankenhaus auf Santorin hat keinen Internisten, keinen Lungenarzt,

keinen Anästhesisten und keinen Mikrobiologen, nur einen Allgemeinmediziner und nur einen Kinderarzt. Im zentralen Krankenhaus für die Kykladen auf Syros wurde die Intensivstation geschlossen. Darüber hinaus gibt es keinen Neurologen und keinen Psychiater. Auf Naxos gibt es

keinen Gynäkologen und es werden keine Operationen durchgeführt, da es nur einen Chirurgen und einen Anästhesisten gibt. Der erneute Wahlsieg der ND am 25. Juni lässt für das Gesundheitssystem nichts Gutes hoffen. In Griechenland braucht es keinen IWF mehr, um Austeritätspolitik durchzusetzen.

Hier findet Ihr die Sonderausgabe von GbP von 2014:



Anmerkungen:

- 1 EFSYN vom 23.05.2023, https://www.efsyn.gr/stiles/apopseis/390841_poso-bathia-eheiprohorisei-i-syntiritikopoisi-tis-ellinikis-koinonias
- 2 <https://thepressproject.gr/dimotikos-symvoulos-sti-chiokaterrefse-kata-ti-diarkeia-synedriasis-den-ypircheasthenoforo-na-ton-metaferi/>
- 3 https://www.efsyn.gr/ellada/ygeia/391473_kampanaki-giati-gymnia-ton-ygeionomikon-domon-sta-nisia

1933 **Martha Ruben-Wolf (1887-1939)** prominente Gynäkologin im VSÄ floh mit ihrem Ehemann dem Arzt Lothar Wolf (1882-1938) in die Sowjetunion. Lothar wurde als »Gestapo-Spion« 1938 vom NKWD ermordet. 1956 wurde er rehabilitiert.

1933 Gründung der Zeitschrift **Internationales Ärztliches Bulletin** als Nachfolgeorgan des **Sozialistischen Arztes** durch **Ewald Fabian (1885-1944)** im Prager Exil

Global Health Nonsense

Felix Stein, Katerini Tagmatarchi Storeng,
Antoine de Bengy Puyvallée

Ein globaler Gesundheitsdiskurs, der sein Publikum entweder nicht oder falsch informiert, ist »Global Health Nonsense«. (Unsinn im Globalen Gesundheitswesen). Solcher Unsinn ist weit verbreitet und gefährdet Verbesserungen in der globalen Gesundheitspolitik, so argumentieren Stein, Storeng und de Bengy Puyvallée. Wir haben den Artikel aus dem British Medical Journal aus dem Englischen übersetzt.

Schlüsselbotschaften

Fehlinformation, Übertreibungen, sinnlose Schlagworte und technokratischer Jargon sind im Global Health Diskurs immer häufiger anzutreffen. Sie sind Teil eines umfassenden Phänomens, das als »Unsinn im Globalen Gesundheitswesen« bezeichnet wird.

Die drei Hauptformen des Unsinn im Globalen Gesundheitswesen sind Verschleierung, falsche Darstellung und Auslassung relevanter Informationen.

Unsinn im Globalen Gesundheitswesen muss angeprangert werden, weil er die kollektiven Bemühungen um das Verständnis, die kritische Bewertung und die Verbesserung der globalen Gesundheitspolitik behindert.

Eines der auffälligsten Merkmale des Global Health Diskurses zu Beginn des 21. Jahrhunderts ist, dass er so viel *Unsinn* behauptet. Fehlinformation, Übertreibungen, sinnlose Schlagworte und technokratischer Jargon sind zur üblichen Kost geworden. *Unsinn* ist nicht notwendigerweise durch einen Willen zur Täuschung gekennzeichnet. Vielmehr zeichnet er sich durch einen »fehlenden Bezug zur Wahrheit aus – eine Gleichgültigkeit demgegenüber, wie die Dinge wirklich sind.« (1) Diese Art von Diskurs ist von »unerklärlicher Unklarheit« (2) geprägt und neigt dazu, »sinnlos, unnötig oder schädlich« zu sein. (3) Was auch immer die Absicht hinter dem Unsinn sein mag, er informiert sein Publikum in der Regel unzurei-

chend oder falsch, ohne dabei auf Lügen zu beruhen.

Der Versuch, die globale Gesundheit nach den Zielen, Akteuren, Modalitäten und Konzepten finanziellierter Märkte zu regeln, ist zum Teil für die Verbreitung von Unsinn verantwortlich. (4) Kurzfristige, wettbewerbsorientierte Finanzierungsrunden, die Fetischisierung von Leistungskennzahlen und die Konzentration auf die Kapitalrendite erhöhen den Druck auf einen konstanten Projekterfolg. (5) Infolgedessen beziehen sich die führenden Agenturen im Bereich des globalen Gesundheitswesens routinemäßig auf »Beschleuniger«, »Katalysatoren« und »Investitionsvorhaben« (accelerators, catalysts and investment cases) und ahmen damit das übertriebene Eigenlob des Silicon Valley nach.

1933-1945 Eine bezogen auf die Gesamtheit sehr kleine Anzahl von Ärzt*innen und Medizinstudierenden beteiligten sich aktiv am Widerstand gegen das NS-Regime z.B. in der Roten Kapelle oder der Weißen Rose. Viele der antifaschistischen Ärzt*innen wurden hingerichtet.

1936-1939 Servicio Sanidad Internacional/ Spanien: Mindestens 21 antifaschistische Ärzt*innen aus Deutschland arbeiten während des spanischen Krieges im Gesundheitsdienst der Interbrigaden

Mehrere Beobachter haben diesen Trend erkannt und plädieren für einen sinnvolleren und reflektierteren Sprachgebrauch. Sie erteilen der nichtssagenden Sprache des Global Health Diskurses mitunter humorvolle Absagen (6, 7) und stellen ernsthafte Überlegungen darüber an, wie die Sprache bestehende Machthierarchien rekapituliert und verstärkt. (8) Dennoch scheint sich der Unsinn zu vermehren, vielleicht weil so viele von uns an seiner Produktion beteiligt sind. Am Beispiel globaler Public-Private-Partnerships (Öffentlich-privater Partnerschaften) bei der Bekämpfung der Covid-19-Pandemie lassen sich drei Hauptformen von *Unsinn* im Bereich des globalen Gesundheitswesens aufzeigen: *Verschleierung*, *falsche Darstellung* und das *Weglassen relevanter Informationen*. Wir müssen solchen Unsinn anprangern, weil er die Bemühungen um ein Verständnis, eine kritische Bewertung und eine Verbesserung der globalen Gesundheitspolitik behindert.

Verschleierung

Unsinn auf dem Gebiet des globalen Gesundheitswesens verschleiert die Realität, oft indem er sich auf einen Fachjargon stützt. Nehmen wir als Beispiel den *Access to Covid-19 Tools Accelerator (ACT-A)*, der führende globale Gesundheitsorganisationen zusammenbringt, um die Entwicklung von und den gerechten Zugang zu Covid-19-Diagnostika, -Therapeutika und -Impfstoffen zu beschleunigen. Jargon verschleiert die Struktur dieses milliardenschweren Gesundheitsunterfangens, indem er ACT-A als »Beschleuniger« (accelerator), »Rahmen« (framework), »Zusammenarbeit« (collaboration), »Partnerschaft« (partnership), »Initiative« (initiative) oder »Plattform« (platform) bezeichnet. Jargon vernebelt auch die Funktionsweise von ACT-A, da es einen »Moderationsrat«, eine »Exekutivzentrale«, »Säulen«, ein »Verbindungsglied für Gesundheitssysteme und Reaktionen«, »Säulenleiter«, »Direktoren«, »Partner«, »Hauptlieferungspartner«, »Mitgesteuerer«, »Miteinberufer«, »Mitvorsitzende«, »Sponsoren« und »Sonderbeauftragte« gibt. (9) Jede »Säule« hat wiederum ihre eigenen »Agenturleiter«, »Direktoren«, »Koordinierungskomitees«, »Workstreams« und »Workstreamleiter«,

sowie gelegentlich einen »Rat der Anteilhaber«, eine »Engagementgruppe«, eine »Investorengruppe« und eine »Konsensgruppe« (9) Viele dieser Begriffe sind »fließende Übergänge«, die mehr verschleiern als erhellen (10) und die unterschiedliche Interessen, Mandate, Legitimitätsgrade und Verantwortungsbereiche der ACT-A-Mitglieder verdecken. (11, 12) Und schließlich verschleiert der Jargon, was aus ACT-A werden wird. Während ACT-A verspricht, Länder weiterhin »beim Übergang zu einer langfristigen Kontrolle von Covid-19 zu unterstützen«, werden die meisten seiner Aktivitäten jetzt »warmgehalten«, »in Bereitschaft gehalten«, »auslaufen lassen« oder an einzelne Agenturen »übertragen«. (13) Es ist unklar, inwieweit dies schlicht Euphemismen für ein Ende von ACT-A sind.

Fehldarstellung

Unsinn im Globalen Gesundheitswesen stellt die Realität auch durch Worte, Diagramme oder Messwerte falsch dar. (14) Ein gutes Beispiel ist die Anzahl der von der ACT-A-«Impfstoffsäule» Covax gelieferten Impfstoffdosen. Covax hatte ursprünglich versprochen, »den Schwächsten [bis Ende 2021] Zugang zu mindestens zwei Milliarden Dosen sicherer und wirksamer Covid-19-Impfstoffe zu verschaffen« (15), lieferte aber am Ende weniger als die Hälfte davon (832,5 Millionen). (16) Während Covax beschuldigt wurde, bei seinem Auftrag zu versagen, feierte es »700 Millionen gelieferte Dosen« und »eine Milliarde gelieferte Dosen« Anfang 2022 als »historische« Erfolge, komplettiert von Videos mit Menschen, die vor Freude über die Ankunft von Impfstofflieferungen die Fäuste schwingen. Darüber hinaus haben Covax und die Länder, die dem Unternehmen Impfstoffe gespendet haben, sich dafür entschieden, diejenige Kennzahl hervorzuheben, die ihren Einfluss am besten widerspiegelt. Manchmal betonten sie »zugesagte Dosen«, manchmal »gesicherte Dosen«, gelegentlich »bestellte Dosen« und »gelieferte Dosen«, aber viel zu selten »verabreichte Dosen«. Dies veranlasste *Politico* zu der Schlussfolgerung, dass »eine Dosis keine Dosis ist«, wenn es um die Einführung von Impfstoffen durch Covax geht. (17)

1937 Max Hodann (1894-1946) ein in der Weimarer Republik bekannter Sexuaufklärer fordert als Arzt der Interbrigaden im spanischen Krieg, einen anderen Umgang der Volksarmee mit den sexuellen Bedürfnissen der republikanischen Soldaten als das faschistische Gegenüber.

1942 Flugblatt der Antifaschistischen Aktion Deutschlands/Ärztesektion »An die deutsche Ärzteschaft!«. Das Flugblatt kursierte in Berlin und stammt vermutlich aus dem Umfeld der Widerstandsgruppe Baum. Es beschreibt die sich verschlechternde gesundheitliche Lage der Bevölkerung und fordert die Ärzte zum Widerstand auf.



Buzzword-Bingo: Um die Leser*innen zu unterstützen, Unsinn zu erkennen, schlagen wir vor, dass Sie bei ihrer nächsten Sitzung zum Thema Globale Gesundheit Buzzword-Bingo spielen. Machen Sie ein Kreuz auf dem Feld, wenn Sie die fraglichen Begriffe hören. Wer als Erste*r eine horizontale, vertikale oder vollständige diagonale Reihe ausfüllt, gewinnt!

Eine weitere Kennzahl, die die Realität auf subtile Weise zugunsten globaler Public-Private-Partnerships wie *Gavi*, der *Vaccine Alliance* und des *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis, and Malaria* verzerrt, ist die Zahl der »geretteten Leben«. Diese emotional ansprechende Kennzahl ist mit großer Unsicherheit behaftet, neigt zu Überschätzungen und neigt dazu, positive Gesundheitsergebnisse fälschlicherweise einzelnen Programmen zuzuschreiben, anstatt der Vielzahl von Institutionen und Maßnahmen, die an ihrem Zustandekommen beteiligt waren. (18) Sie kann

sogar zu Doppelmeldungen führen, da eine Person, die gleichzeitig mit AIDS und Tuberkulose infiziert ist und gegen beide Krankheiten behandelt wird, so gezählt werden kann, als seien »zwei Leben« gerettet worden. Wie bei den Impfstoffdosen von *Covax* vermischt die Angabe »geretteter Leben« das Marketing mit einer unvoreingenommenen Berichterstattung über globale Gesundheitsergebnisse. (19) Sie beschönigt die Wahrheit, um vertikale Programme zu stärken, und verzerrt dabei nationale Gesundheitsprioritäten und -budgets. (18)

Weglassen relevanter Informationen

Eine letzte Form des Unsinn im Globalen Gesundheitswesen besteht darin, relevante Informationen wegzulassen, wie z. B. offene Diskussionen über politische und wirtschaftliche Entscheidungen, Herausforderungen und Unzulänglichkeiten. Führende Vertreter von einkommensstarken Ländern und von Public-Private-Partnerships betonen wiederholt die Bedeutung des Multilateralismus, die Dringlichkeit globaler Impfstoffgleichheit und die Binsenweisheit,

1947 Gesundheitspolitische Richtlinien der SED:

»Überführung des gesamten Heil- und Gesundheitswesens in Gemeinbetriebe unter Ausschaltung privatwirtschaftlicher Interessen ... Gewährung der Ersten Hilfe und ausreichende medizinische Behandlung für alle Einwohner.«

1947 SBZ/DDR: Befehl der sowjetischen Militäradministration (SMAD) vom 11.12.1947:

Polikliniken werden Grundpfeiler der ambulanten Versorgung, die zusammen mit Betriebs- und Landambulatorien eine einheitliche Versorgung gewährleisten sollen.

dass »niemand sicher ist, solange nicht alle sicher sind«. Sie brachten oft solche allgemeinen Argumente vor, anstatt konkrete Probleme zu erörtern, wie das Horten von Impfstoffen, die steigenden Preise für Covid-19-Diagnostika, Behandlungen und Impfstoffe, die Grenzen des geistigen Eigentums in Zeiten der Pandemie, die Art und Weise, wie öffentlich finanzierte Public-Private-Partnerships ihre Budgets ausgeben, oder was genau die Öffentlichkeit als Gegenleistung für die Subventionierung der Pharmaindustrie in Krisenzeiten erwarten sollte. (11)

In ähnlicher Weise argumentierte der Chef der Weltbank im Herbst 2022, dass sein neuer *Finanzvermittlungsfonds für Pandemieprävention, -vorsorge und -reaktion (FIF)* bestehende globale Gesundheitsinstitutionen »ergänzen«, »Investitionen katalysieren« und »als Integrator« und nicht als neues Silo dienen würde. (20) Er ging jedoch nicht auf konkrete Bedenken ein, dass der FIF mit bestehenden globalen Gesundheitsfonds und -institutionen konkurriert, dass er die Basis der teilnehmenden Länder verbreitern sollte (21) oder dass seine Behauptung, eine »katalytische« Finanzierung zu bieten, noch zu belegen ist.

Schlussfolgerung

Die Beispiele für *Unsinn*, die wir identifiziert haben, werden vielen in der Global Health Szene bekannt vorkommen. Ein gewisses Maß an *Veranschleierung*, *Falschdarstellung* und *Auslassung* mag unvermeidlich sein, aber es ist nicht harmlos. Durch die Förderung von »strategischer Ignoranz« (22) behindert dieser *Unsinn* die kollektiven Bemühungen um Verständnis, Bewertung, Diskussion und Verbesserung der Steuerung des globalen Gesundheitswesens. Unsere Akzeptanz des *Unsinns* hat es den Verantwortlichen im globalen Gesundheitswesen ermöglicht, gleichzeitig zu behaupten, dass wir die »Impfstoffgerechtigkeit beschleunigt« und dabei die »Impfstoff-Apartheid« aufrechterhalten haben. Entscheidend ist, dass *Unsinn* zu der Ungerechtigkeit beiträgt, die in der globalen Reaktion auf die Covid-19-Pandemie zutage trat.

In dem Maße, in dem Forschung, Veröffentlichung und Politik im Bereich des globalen Gesundheitswesens von einer kleineren Zahl

von Geldgebern abhängig werden, wird es immer schwieriger, unabhängige Analysen politischer Initiativen zu erstellen und zu veröffentlichen (23) Den Status quo in Frage zu stellen, kann bedeuten, lächerlich gemacht, zensiert oder aus den Zentren der wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Macht ausgeschlossen zu werden. In einem Interview aus dem Jahr 2021 reagierte Bill Gates, dessen Stiftung alle großen ACT-A-Agenturen finanziert, auf den Vorschlag eines vorübergehenden Verzichts auf geistige Eigentumsrechte, um den Zugang zu Covid-19-Impfstoffen zu erleichtern, indem er ihn als »das Dummste, was er je gehört hat« bezeichnete (24).

Wir alle sind in den *Unsinn* verwickelt, der die globale Gesundheit durchdringt: Politiker*innen, Denkfabriken, Berater*innen, Nichtregierungsorganisationen und Universitäten sind zunehmend gezwungen, Erfolge zu produzieren, um Finanzmittel zu erhalten und Einfluss zu gewinnen. Wenn wir in einem »Erfolgskartell« (19) feststecken, laufen wir Gefahr, Machtasymmetrien zu verstärken, die die gesundheitliche Chancengleichheit untergraben. (23, 25) Wir alle müssen daher den Mut aufbringen, *Unsinn* zu vermeiden, zu erkennen und zu benennen, wenn wir ihn hören. Es ist an der Zeit, mit dem *Unsinn* im Global Health Diskurs Schluss zu machen.

Danksagung: Wir möchten uns bei der Forschungsgruppe Globale Gesundheitspolitik am Centre for Development and the Environment der Universität Oslo für die sorgfältigen Kommentare zu den ersten Entwürfen dieses Artikels bedanken, insbesondere bei Desmond McNeill.

(Quelle: Der Text ist zuerst erschienen im BMJ am 19. Februar 2022; dort finden sich auch die Literaturverweise: <https://www.bmj.com/content/379/bmj.o2932>. Er wurde übersetzt aus dem Englischen von Karen Spannenkrebs)

1949 ff. DDR: Errichtung eines Gesundheitssystems

von staatlichen Charakter d.h. – Einrichtungen zur gesundheitlichen Betreuung sind gesellschaftliches Eigentum – alle Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind als Angestellte tätig (Ausnahmen Niedergelassene und in konfessionellen Einrichtungen Tätige). Die Entwicklung der medizinischen und sozialen Betreuung wird nach einem einheitlichen Plan vorgenommen.

1960 Alexander Mitscherlich (1908-1982) und Fred Mielke

(1922-1959) geben »Medizin ohne Menschlichkeit – Dokumente des Nürnberger Ärzteprozesses« heraus. Es wird ein Grundlagenwerk zu den Menschenversuchen in der NS-Zeit, das damals eine heftige sehr kontroverse Diskussion auslöste.

Der bittere Nachgeschmack von Auslandspraktika

»White savior complex«, Voluntourismus und Neokolonialismus im Medizinstudium

von Karen Spannenkreb

Vor über zehn Jahren prägte der nigerianisch-amerikanische Autor Teju Cole auf Twitter und kurz darauf in einem Artikel im Magazin »The Atlantic« von 2012¹ den Begriff des »White Savior Complex«, der das Phänomen beschreibt, dass privilegierte weiße Menschen aus Ländern des globalen Nordens sich dazu berufen fühlen, im Globalen Süden zu »helfen«. Oft fußt dieses Bedürfnis weniger auf tatsächlichen Qualifikationen als auf einer anmaßenden Selbstüberschätzung, basierend auf – letztlich – kolonialen Vorstellungen von verschiedenen Entwicklungsstufen unterschiedlicher Gesellschaften.

So genannter »Voluntourismus«² in Form von Kurzaufenthalten in Ländern des globalen Südens inklusive Mithilfe in irgendwelchen Projekten ist zu einem gewinnträchtigen Geschäftsmodell geworden, für das entsprechende Firmen tausende Euro von den altruistischen Tourist*innen verlangen. Auf Social Media kursieren viele Bilder, auf denen sich europäische und amerikanische Freiwillige an vermeintlich »exotischen« Orten und mit armen, nicht-weißen Kindern inszenieren. Unzählige Beiträge strotzen nur so vor Selbstüberschätzung, problematischen imperialen Sichtweisen und schlichtweg Rassismus, und sie verletzen zudem Persönlichkeitsrechte³.

In diesen ethischen Konfliktfeldern bewegen sich auch Medizinstudierende, die sich für in-

ternationale Praktika in Low-Income-Countries im Globalen Süden entscheiden. Zugleich kommen für sie aber noch andere Aspekte dazu: Für viele geht es nicht in erster Linie darum zu helfen, sondern internationale Praktika stellen vor allem eine gute Erweiterung ihrer Ausbildung dar.⁴ Dies birgt verschiedene ethische Dilemmata: Zwar sind die Auseinandersetzung und praktische Erfahrungen in einem anderen Gesundheitssystem sicher sinnvolle Ergänzungen im Medizinstudium, doch geht es Medizinstudierenden oftmals um ganz spezifische Erfahrungen in armen Ländern des globalen Südens. Sie erwarten, dass sie in ihren Praktika Prozeduren und Krankheitsbilder kennen lernen, die in Deutschland selten oder nicht mehr vorhanden sind, und freuen sich häufig auf praktische Erfahrungen, die sie zu diesem Zeitpunkt ihrer Ausbildung in Deutschland noch nicht machen können/dürfen, weil ihnen die Qualifikation dazu fehlt.

Im 3. Semester bereits eigenständig Geburten betreuen oder bei Operationen assistieren? Zweifel daran, ob das den Patient*innen gegenüber wirklich verantwortlich ist, werden schnell mit der Vorstellung beiseite gewischt, dass die Messlatte medizinischer Qualitätsstandards im Austauschland einfach niedriger hänge.

Wenn eine Gesundheitseinrichtung ein gutes Geschäft mit kurzfristigen Auslandspraktika macht, besteht die Gefahr, dass sie ihre Ressourcen auf die Betreuung der Kund*innen – europäische Medizinstudierende – verwendet,

1967 Margarete Mitscherlich-Nielsen (1917-2012) und Alexander Mitscherlich publizieren »Die Unfähigkeit zu Trauern«. Unter Nutzung von psychoanalytischen Kriterien wie der Verdrängung und Verleugnung wird die Unfähigkeit der Aufarbeitung der Nazi-Verbrechen dargestellt.

1968 Gründung der action medico während des Biafrakrieges. Sie war die Vorläuferorganisation von medico international.



Collage vom People's Health Dispatch

anstatt zum Beispiel Studierende fürs eigene Gesundheitssystem auszubilden oder Patient*innen gut zu versorgen.

Die deutsche Organisation Brückenwind ist eine Informations- und Austauschplattform für deutsche (ehemalige) Freiwillige, die zu einer kritischen Auseinandersetzung mit dem Konzept und der Realität von internationalen Freiwilligendiensten beitragen will. Es geht ihnen um eine kritisch-konstruktive Begleitung deutscher Freiwilliger.⁵ Um wirklich über den eigenen Tellerrand hinaus zu blicken, sind eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle, Kenntnis der Sozialgeschichte und Offenheit für andere Erfahrungen viel wichtiger als teure Auslandsprogramme.

Wenn Euch ein Thema im Zusammenhang mit Ausbildung und Studium auf den Nägeln brennt, wendet Euch gerne an die Redaktion. Wir freuen uns über Eure Textbeiträge!

Anmerkungen:

- 1 <https://www.theatlantic.com/international/archive/2012/03/the-white-savior-industrial-complex/254843/>
- 2 Das Wort »Voluntourismus« setzt sich aus den Begriffen Volunteering (Freiwilligenarbeit) und Tourismus zusammen. Vgl. auch: <https://cafebabel.com/de/article/voluntourism-entwicklungshilfe-oder-abenteuerurlaub-5ae-00aabf723b35a145e69c6/>
- 3 <https://www.thisisjanewayne.com/news/2019/11/21/reichweite-fuer-voluntourismus-instagram-der-white-savior-komplex/>
- 4 <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-022-00707-2>.
- 5 <https://brueckenwind.org/about/>

1969 Gründung des Bundes gewerkschaftlicher Ärzte in der ÖTV

1969 1. Sondernummer der Zeitschrift Argument zur Kritik der bürgerlichen Medizin

Strukturelle Lösungen nötig

Deutsche Plattform für Globale Gesundheit

Die dpgg ist Netzwerk von entwicklungs- und gesundheitspolitischen Organisationen, gewerkschaftlichen Akteur*innen und Wissenschaftler*innen; der vdä* ist auch Mitglied. Pünktlich zur parlamentarischen Debatte um das neue Fachkräfteeinwanderungsgesetz hat sich die dpgg zur Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem globalen Süden positioniert. Sie fordert ein grundlegendes Umdenken zu Behebung des Fachkräftemangels im Gesundheitswesen.

Einleitung

Seit dem letzten Positionspapier der dpgg zur Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Jahr 2016 hat sich die Personalkrise im deutschen Gesundheitssystem enorm zuspitzt. Branchenübergreifend wird aktuell die Einwanderung von Fachkräften als Lösung für Fachkräftengpässe in Deutschland präsentiert. Der Gesetzesentwurf der Bundesregierung zur Erleichterung der Einwanderung qualifizierter Migrant*innen befindet sich derzeit im parlamentarischen Verfahren.

Der weltweite Mangel an Gesundheitsfachkräften hat seit 2016 zwar abgenommen, dennoch fehlten 2022 nach Daten der WHO noch 15 Millionen Fachkräfte zur gesundheitlichen Versorgung der Weltbevölkerung. Nach wie vor ist deren Verteilung extrem ungleich; besonders auf dem afrikanischen Kontinent und im mittleren Osten nimmt der Mangel zu.

Unter den gegenwärtigen Bedingungen in der globalen Ökonomie und des transnationalen Arbeitsmarktes kann die Abwerbung von Gesundheitsfachkräften vom einen Land in ein anderes Probleme in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung nur verschieben,

statt lösen. Diese Verschiebung läuft anhand politischer und ökonomischer Machtgefälle zwischen den einzelnen Ländern: Aus dem globalen Süden in den globalen Norden und aus den ärmeren süd- und osteuropäischen Staaten in die reicheren zentral- und nordeuropäischen Länder.

Mit der aktiven Abwerbung von Gesundheitsfachkräften sparen sich Länder des globalen Nordens die hohen Ausbildungskosten für Ärzt*innen und Pflegekräfte, die zum Großteil in die Herkunftsländer verlagert werden. Daran ändern auch Rücküberweisungen in die Herkunftsländer wenig; von diesen profitieren insbesondere privatwirtschaftliche Akteure.

Es braucht tragfähige strukturelle Lösungen für die Krise des Gesundheitssystems in Deutschland. Stattdessen wird aktuell auf private und staatliche Abwerbung von Gesundheitsfachkräften aus ärmeren Ländern gesetzt und damit die weltweit ungleiche Verteilung von Gesundheitsfachkräften weiter forciert.

Mit der Abwerbung von Gesundheitspersonal profitiert Deutschland von schlechten Arbeitsbedingungen und der Unterfinanzierung der Gesundheitssysteme in anderen Ländern und weicht der Verantwortung aus, die Arbeits-



1970 Gründung des sozialistischen Patientenkollektivs (SPK) in Heidelberg, Es verstand Kranke als potentiell Revolutionäre, die die krankmachenden Verhältnisse umstürzen können.

20.09.1970 Fernsehfilm »Halbgott in Weiß« wird in der ARD ausgestrahlt. Hans Mausbach (1936-2022) schildert darin die Ökonomie der Krankenhausbehandlung und die Willkür der Chefarzte. Es folgten Arbeitsplatzverlust, Prozesse und der Rauswurf aus der chirurgischen Fachgesellschaft.

bedingungen im eigenen Land wirkungsvoll zu verbessern.

Forderungen

1. Statt bestehende Strukturen durch Abwerbung zu stützen braucht es strukturelle Lösungen für die Krise des deutschen Gesundheitssystems.

- Der ökonomisierte Wettbewerb zwischen Krankenhäusern muss überwunden werden. Es braucht eine gemeinwohlorientierte, bedarfsgerechte Krankenhausfinanzierung ohne Profitmöglichkeiten.
- Das Pflegebudget muss konsequent weiterentwickelt werden: Es braucht eine selbstkostendeckende Finanzierung aller Personalkosten im Krankenhaus.

2. Als wesentliches Element des WHO Kodex muss eine nachhaltige Gesundheitspersonalpolitik aufgebaut werden.

- Die Attraktivität der Gesundheitsberufe muss gesteigert werden, um Berufsaussteiger*innen zurück zu holen, Menschen zur Ausbildung zu bewegen und Gesundheitsfachkräfte im Job zu halten.
- Die Arbeitsbedingungen müssen verbessert werden: Tarifbindung, höhere Löhne vor allem für nicht-ärztliches Personal, geringere Arbeitsdichte, höhere Verlässlichkeit in der Dienstplanung, Teilzeitarbeitszeitmodelle, die private Care-Arbeit in der Familie ermöglichen.
- Verbindliche und bedarfsgerechte Personalschlüssel für alle Bereiche sind zu erarbeiten und einzuhalten.
- Der Spurwechsel zwischen humanitären Aufenthaltstitel und Titel zur Erwerbsmigration muss vereinfacht werden, um Chancen für bereits in Deutschland lebende Menschen zu schaffen.

3. Abwerbung muss in gute Arbeitsbedingungen führen

- Die Arbeitgeber müssen verbindliche und für alle Beteiligten transparente Einarbeitungskonzepte implementieren, die nicht nur die angeworbenen, sondern auch die in Deutschland ausgebildeten Kolleg*innen in den Blick nehmen. Die betrieblichen Interessensvertretungen sind im Rahmen der betrieblichen Mitbestimmung zu beteiligen.
- Dazu gehört obligat die Teilnahme an kostenlosen berufsbegleitenden Fachsprachkursen,

über das zur Anerkennung benötigte Niveau hinaus. Die Beschäftigten sind dafür unter vollen Bezügen von ihrer Arbeit freizustellen.

- Arbeitgeber tragen die Verantwortung dafür, dass die Anerkennung der vollständigen Fachlichkeit schnellst- und bestmöglich erfolgt. Die Zeit bis zur Anerkennung der Qualifikation muss der Einarbeitung und Vorbereitung dienen. Die im Ausland ausgebildeten Fachkräfte dürfen in dieser Zeit nicht wie voll qualifizierte Fachkräfte eingesetzt, aber schlechter bezahlt werden.
- Der gewerkschaftliche Grundsatz gleiche Bezahlung für gleiche Arbeit am gleichen Ort ist anzuwenden. Dabei muss auch Arbeitserfahrung im Herkunftsland zur tariflichen Einstufung herangezogen werden.
- Die Bindung des Aufenthaltstitels an die Beschäftigung bei nur einem Arbeitgeber muss abgeschafft werden, weil sich daraus Abhängigkeitsverhältnisse zum Nachteil der Arbeitnehmer*innen ergeben.

4. Abwerbung muss fair für die Gesundheitsfachkräfte sein

- Die Bundesregierung muss die Konvention 181 der ILO zu privater Arbeitsvermittlung unterzeichnen.
- Es braucht verbindliche rechtliche Standards für Abwerbung, deren Einhaltung öffentlich durchgesetzt und überprüft wird.
- Abwerbende Unternehmen müssen die Wege transparent offenlegen, auf denen sie Fachkräfte anwerben lassen; bei Regelverletzungen sind sie zur Verantwortung zu ziehen.
- Eine Aufklärung der migrierenden Fachkräfte über ihre Rechte und Beratungsmöglichkeiten muss bereits in der Vorbereitung auf die Tätigkeit in Deutschland stattfinden.
- Es braucht eine klare Rechtsprechung, die Bindungsklauseln in den Verträgen und versteckte Kosten für die abgeworbenen Fachkräfte verhindert.

5. Abwerbung muss fair für die Herkunftsländer sein

- Abwerbung darf nur im Rahmen staatlicher bilateraler Abkommen unter maßgeblicher Beteiligung des Gesundheitsministeriums des Herkunftslandes und der dortigen zuständigen Gewerkschaften erfolgen.
- Dabei darf keine Abwerbung aus Ländern aus der regelmäßig aktualisierten WHO Health Workforce Support and Safeguard Liste erfolgen.

1971 **Erich Wulff (1926-2010)** schreibt für einen Argument-Sonderband den Beitrag »Der Arzt und das Geld«. Er wurde ein grundlegender Text zur Kritik der Ökonomie im ambulanten Gesundheitssektor.

1971 **Neubau des Klinikums Neustadt am Rübenberge als klassenloses Krankenhaus.** Bereits 1970 hatte der Landrat des Landkreises Hanau Martin Woythal (1928-2012) mit den Planungen für ein klassenloses Großklinikum in Hanaudeutschland weit Aufsehen erregt und sich damit zumindest in Hessen zum meistgehassten Landrat des Bürgertums gemacht. Das Projekt wurde allerdings nie verwirklicht.

Ziel muss es sein, die Arbeit in Gesundheitsberufen in Deutschland so zu gestalten, dass kein Bedarf an grenzüberschreitender Anwerbung von Gesundheitsfachkräften besteht.

- Orientierend am WHO Kodex muss in bilateralen Abkommen der konkrete Mehrwert für das Herkunftsland dargestellt werden. Angemessene Kompensationsleistungen müssen Teil der Abkommen werden.

Hintergrund: Weltweiter Mangel und Abwerbung von Gesundheitsfachkräften

Der Fachkräftemangel im Gesundheitswesen ist ein globales Phänomen mit spezifischen nationalen und regionalen Besonderheiten. An- und Abwerbung von Gesundheitsfachkräften, ob staatlich reguliert, als Wanderungsbewegung oder Flucht, ist lange bekannt. Die Gesundheitssysteme der USA, Englands und Australiens sind schon seit den 1970er Jahren auf zuwandernde Ärzt*innen und Pfleger*innen angewiesen. Auch in Westdeutschland gab es in den 50er und 60er Jahren bereits große Anwerbeabkommen für südkoreanische Krankenpfleger*innen.

Inzwischen bilden nahezu alle westlichen Industrienationen weniger Gesundheitsfachkräfte aus als sie tatsächlich brauchen und sind gleichzeitig nicht in der Lage, die Fachkräfte in ihrem erlernten Beruf zu halten. Stattdessen wird vermehrt auf den Zuzug qualifizierter Kräfte aus dem (meist ärmeren) Ausland gesetzt. Der damit einhergehende globale Brain-Drain von Gesundheitsfachkräften ist zu einem systemischen Problem geworden, das zur Ausbildung komplexer globaler Care-Chains führt.

Einige Staaten haben sich aktiv auf diese Herausforderung eingestellt. So bilden beispielsweise Indonesien und die Philippinen weit mehr Fachkräfte aus als sie selbst benötigen, um die Nachfrage auf dem globalen Arbeitsmarkt bedienen zu können. Wesentliches Motiv sind die Rücküberweisungen der Arbeitsmigrant*innen an ihre Familien in der Heimat. In den Philippinen machten Rücküberweisungen 2021 laut Weltbank 9,3% des Bruttoinlandsprodukts aus. Jedoch kommt dieses Geld nicht im Gesundheitssystem an. 2005 wurden 3,2% des Bruttoinlandsprodukts für Gesundheit ausgegeben, womit das Land auf Platz 178 von 194 WHO Ländern lag.

Den finanziellen Anreizen stehen die Verluste von gut ausgebildetem Gesundheitspersonal gegenüber, das zur Versorgung der Bevölkerung dringend gebraucht wird.

Aus der Perspektive der Gesundheitsfachkräfte ist grenzüberschreitende Migration meist eine Reaktion auf unzureichende Arbeitsmöglichkeiten und schlechte Arbeitsbedingungen in ihren Herkunftsländern, die eng mit der Finanzierung der Gesundheitssysteme verbunden sind. Dabei steht Unterfinanzierung nicht selten im Zusammenhang mit internationaler Schuldenpolitik, etwa im Rahmen von IWF-Programmen oder den sogenannten Hilfspaketen im Verlauf der Eurokrise, die an Auflagen wie Austeritätsmaßnahmen im Gesundheitssystem geknüpft sind. So stieg die Anzahl an migrationswilligen Gesundheitsfachkräften aus Spanien und Griechenland stark an, nachdem es im Zuge der Eurokrise und der darauffolgenden Austeritätsmaßnahmen zu Personalkürzungen in den staatlichen Gesundheitssystemen gekommen war.

In diesem Sinne sind arbeitslose Gesundheitsfachkräfte kein Zeichen einer »Überproduktion«, weil ihre Anzahl zunächst nichts über die Bedarfe der Bevölkerung aussagt.

Mit der Abwerbung von Gesundheitspersonal profitiert Deutschland von schlechten Arbeitsbedingungen und der Unterfinanzierung der Gesundheitssysteme in anderen Ländern. Es gilt stattdessen, sich weltweit für eine Stärkung der Gesundheitssysteme einzusetzen und dafür, dass Gesundheitsfachkräfte in ihren Herkunftsländern zu guten Arbeitsbedingungen beschäftigt werden können. Dafür ist es essentiell, dass internationale Schuldenpolitik nicht zu Lasten der Gesundheits- und Sozialsysteme geht.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) widmete ihren Jahresbericht 2006 Gesundheitsfachkräften und deren Migration und löste damit eine intensive internationale Debatte aus. In diesem Zusammenhang wurde ein freiwilliger Verhaltenskodex zur internationalen Abwerbung von Gesundheitspersonal verhandelt und 2010 von der WHO Generalversammlung verabschiedet.

Der Kodex fordert die Staaten primär zu einer nachhaltigen nationalen Gesundheitspersonalpolitik auf mit dem Ziel, die Abhängigkeit von im Ausland ausgebildeten Fachkräften stark zu vermindern.

1972 Berufung von Hans-Ulrich Deppe auf die Professur für Medizinische Soziologie der Goethe-Universität Frankfurt. Später Ernennung zum Direktor des gleichnamigen Instituts.

1972 Gesundheitspolitisches Programm des DGB: Versuch das bestehende Gesundheitswesen der BRD im Interesse der abhängig Beschäftigten weiterzuentwickeln

Hierfür müssen die Arbeitsbedingungen im deutschen Gesundheitssystem nachhaltig verbessert werden, was eine konsequente Umgestaltung der Strukturen erfordert.

Erst sekundär fordert er Standards zur kontrollierten grenzüberschreitenden Abwerbung von Fachkräften und rät von der Abwerbung aus Ländern mit großem Mangel an Gesundheitsfachkräften ab. Diese Länder werden in einer regelmäßig aktualisierten »Health Workforce Support and Safeguard List« bestimmt, aktuell sind es 55.

Die Bundesregierung hat als einzigen Aspekt des Kodex die Negativliste in deutsches Recht aufgenommen (§ 38 BeschV) und untersagt die private Abwerbung aus diesen Ländern. Gleichzeitig hält sie sich nicht an ihre eigenen Maßstäbe, wenn sie aktiv für die Anwerbung von Pflegekräften aus Ghana wirbt, wo laut WHO einen kritischen Mangel an Gesundheitsfachkräften herrscht.

Gesundheitsfachkräfte in Deutschland

Deutschland hat ein massives und wachsendes Personalproblem im Gesundheitssystem. Es fehlen insbesondere Pflegekräfte und die Engpässe werden sich allen Prognosen nach weiter verstärken. Selbst konservativen Schätzungen zufolge werden 2040 zwischen 140.900 und 229.100 Pflegekräfte fehlen.

Gängige Begründung für die Fachkräfteengpässe im Gesundheitssystem ist der demografische Wandel. Bei genauerer Betrachtung erklärt dieser jedoch nur einen Teil des Phänomens. Stattdessen gilt es, die Arbeitsbedingungen und das ihnen zugrundeliegende System in den Blick zu nehmen: Die Finanzierung der Krankenhäuser durch ein Fallpauschalensystem (Diagnosis Related Groups – DRG) und der marktvermittelte Wettbewerb zwischen den Kliniken haben zu Arbeitsbedingungen geführt, die insbesondere Pflegekräfte zum massenhaften Ausstieg aus dem Job treiben. Bis zur Einführung der Pflegebudgets 2020 stellten gerade die Personalkosten in der Pflege für die Krankenhauskonzerne einen Kostenfaktor dar, den es mit Einsparungen zu drücken galt. Die Streichung von Pflegestellen zur Kostenreduktion bei gleichzeitiger Steigerung der Fallzahlen war der Beginn einer Abwärtsspirale von Arbeitsverdichtung und Jobausstiegen.

Auch die Ausbildungszahlen sind angesichts der schlechten Arbeitsbedingungen gesunken und ein rele-

vanter Teil der ausgebildeten Fachkräfte quittieren schon innerhalb der Ausbildungszeit oder kurz danach den Job.

Für Ärzt*innen sieht die Situation zwar besser aus, doch auch in dieser Berufsgruppe führen die Arbeitsverdichtung und die schlechten Ausbildungsbedingungen dazu, dass Kliniken ihre offenen Stellen nicht besetzen können und sich vermehrt im Ausland umschauchen.

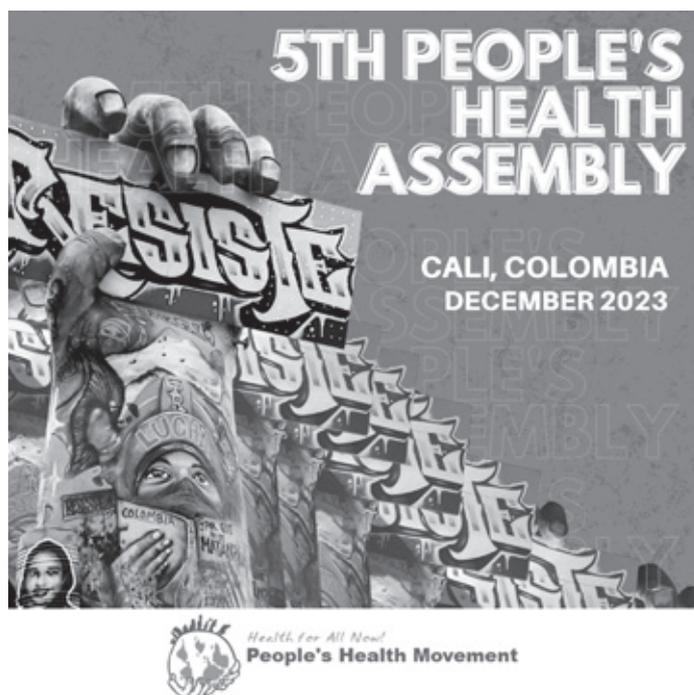
Seit einigen Jahren werben zudem Leiharbeitsfirmen vermehrt Pflegekräfte und auch Ärzt*innen aus festen Anstellungsverhältnissen ab. Von 2014 bis 2021 hat sich die Zahl der Krankenpflegekräfte in der Leiharbeit von 12.000 auf 25.000 mehr als verdoppelt. Leiharbeitsfirmen bieten höheren Lohn und höhere Flexibilität mit Wunschurlaubstagen und Wunschdienstplänen. Die Entscheidung der Fachkräfte für akzeptable Arbeitsbedingungen ist nachvollziehbar. Dafür werden die Fachkräfte dann klinik-, stadt- oder gar bundesweit flexibel eingesetzt, um Lücken im Stammpersonal auszugleichen. Damit verdient noch ein Akteur – die Leiharbeitsfirmen – am deutschen Gesundheitssystem mit. Das Zerfallen der Stammteams erschwert gewerkschaftliche Organisation und eingespielte Teamarbeit und hat negative Auswirkungen auf die Patient*innenversorgung.

Laut einer aktuellen von der Hans Böckler Stiftung geförderten Potentialanalyse mit dem Titel »Ich pflege wieder, wenn...« wären sehr viele ausgebildete Pfleger*innen durchaus bereit, wieder in ihrem Beruf zu arbeiten – wenn sich grundsätzlich an den Bedingungen etwas ändert. Dabei ging es den Befragten um eine angemessene Entlohnung, aber auch um mehr Zeit für gute Pflege durch mehr Personal und Verlässlichkeit bezüglich der Dienstplanung. Die Studie errechnet ein ungenutztes Potential von 302.000 bis 661.000 Pflegekräften in der Langzeit- und Altenpflege.

Für eine feste Personalbemessung und bessere Arbeitsbedingungen erstritten Gesundheitsfachkräfte in Berlin, NRW und zuletzt im bundesweit einzigen privaten Uniklinikum Gießen-Marburg bereits im Arbeitskampf Entlastungstarifverträge. Sie sind Teil einer globalen Protest- und Streikwelle im Gesundheitswesen von Arbeitnehmer*innen und Patient*innen, die die Auswüchse eines profitorien-

1972-76 Radikalenerlass mit Regelanfrage beim **Verfassungsschutz** neben vielen anderen Personen sind auch kritische Ärzt*innen von der Repression betroffen.

20./21.01.1973 Kongress Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt in Marburg



tierten Gesundheitswesens nicht länger hinnehmen wollen.

Durch den Druck der Beschäftigten und nicht zuletzt auch unter dem Eindruck der Covid-19-Pandemie und der öffentlichen Aufmerksamkeit für die Personalkrise der Kliniken hat auch die deutsche Politik Handlungsbedarf erkannt.

Bereits 2019 sollte mit der Konzierten Aktion Pflege die Pflegepersonalkrise angegangen werden. Es wurden verschiedenen Maßnahmen angestoßen, die aber an der grundsätzlichen Problemlage nichts änderten. Auch die seit 2021 rechtlich bindenden Personaluntergrenzen sind leider weit davon entfernt, gute Qualität in der Pflege sicherzustellen. Sie gelten nicht in allen Bereichen und orientieren sich statt am tatsächlichen Bedarf schlicht am Niveau der 25% am schlechtesten besetzten Kliniken.

Ein richtiger Schritt war die Schaffung des Pflegebudgets. Seit dem Jahr 2020 werden die Personalkosten für Pflegefachkräfte nicht mehr über die DRGs finanziert, sondern separat zwischen Kliniken und Krankenkassen ausgehandelt. So lange die anderen Personalkosten allerdings nicht ausgegliedert sind, wird nun an denen gespart: An OP- und Anästhesiepflege, Reinigungspersonal und Transportdiensten. Nicht selten müssen in der Folge Pflegekräfte, die für die Versorgung der Patient*innen dringend gebraucht werden, nun vermehrt Betten schieben und Essen austeilen. Der Druck auf ärztliches Personal ist ebenfalls gestiegen.

Auch die Empfehlungen der von Lauterbach eingesetzten Expert*innenkommission zur Reform der Krankenhausvergütung versprechen zwar grundlegende Verbesserungen, doch muss angezweifelt werden, ob sie dieses Versprechen einhalten können.

Ziel muss es sein, die Arbeit in Gesundheitsberufen in

Deutschland so zu gestalten, dass kein Bedarf an grenzüberschreitender Anwerbung von Gesundheitsfachkräften besteht. Hierfür müssen die Arbeitsbedingungen im deutschen Gesundheitssystem nachhaltig verbessert werden, was eine konsequente Umgestaltung der Strukturen erfordert. Stattdessen werden sie aktuell durch die Abwerbung von ausländischen Fachkräften stabilisiert.

Abwerbung von Gesundheitsfachkräften nach Deutschland

In Deutschland ist seit 2012, also zwei Jahre nach Verabschiedung des WHO Verhaltenskodex, eine offensive und staatlich unterstützte Abwerbung von Pflegepersonal aus dem Ausland zu beobachten.

Nach wie vor werden Gesundheitsfachkräfte vor allem aus osteuropäischen Ländern nach Deutschland abgeworben. Die Bundesregierung bemüht sich aber vermehrt auch um Abwerbungen aus dem globalen Süden. Bundesarbeitsminister Hubertus Heil sieht Deutschland im internationalen »Wettbewerb um Talente und helfende Hände«.

Laut der Antwort der Bundesregierung auf eine kleine Anfrage der Partei Die LINKE waren 2022 zehn bilaterale Vermittlungsabsprachen der Bundesagentur für Arbeit in Kraft: Vietnam (2012), Tunesien (2013), Philippinen (2013), Bosnien-Herzegowina (2014), Mexiko (2019), Indien (2021), Indonesien (2021), Jordanien (2022). Zudem wurde über das Programm »Faire Anwerbung Pflege Deutschland« die Abwerbung aus Kolumbien und Brasilien gefördert.

Parallel zu den oben genannten staatlichen Programmen gibt es einen wachsenden Markt an profitorientierten Agenturen, die ungefähr 75% der Abwerbungen

abwickeln, und die durch zwischenstaatliche (bilaterale) Absprachen und Unterstützung etwa der Botschaften neue Märkte erschließen.

Viele Fachkräfte kommen aus osteuropäischen EU Ländern wie Rumänien oder über die Westbalkanregelung, die seit 2016 in Kraft ist und parallel zum neuen Fachkräfteeinwanderungsgesetz sowohl räumlich als auch zeitlich ausgeweitet werden soll. Die Anzahl der Pflegekräfte, die aus den sechs Ländern des Westbalkans zwischen 2016 und 2020 zum Arbeiten nach Deutschland kamen, hat sich verdreifacht. Insgesamt arbeiteten im Jahr 2022 40.695 Pflegekräfte aus dem Westbalkan in Deutschland. Ein Vergleich mit der absoluten Anzahl von Pflegekräften in diesen Ländern von 108.018 gibt einen Eindruck von dem Verlust für die Gesundheitssysteme der Westbalkanländer durch deutsche Abwerbpraktiken. Am extremsten erscheint die Situation in Bosnien-Herzegowina: 17.041 bosnische Pflegekräfte arbeiten in Deutschland; Beinahe ebenso viele wie in Bosnien-Herzegowina selbst (19.057).

Zugleich stützt sich ein Großteil der ambulanten Altenpflege in Deutschland bereits seit Jahren auf einem wachsenden, irregulären Markt von schlecht bezahlten ausländischen Pflegekräften, die als sogenannte Live-In-Pfleger*innen unter denkbar schlechten Arbeitsbedingungen betreuen und pflegen.

4. Erfahrungen im Ausland ausgebildeter Fachkräfte in Deutschland

Pflegekräfte und Ärzt*innen aus dem inner- und außereuropäischen Ausland kommen mit großen Erwartungen auf den deutschen Arbeitsmarkt. Die Menschen landen dabei in Tätigkeitsbereichen, den viele in Deutschland ausgebildete Kolleg*innen schon frustriert verlassen haben und in denen es an Personal fehlt.

In der Vergangenheit hat sich gezeigt, wie dubiose private Vermittlungsagenturen Gesundheitsfachkräfte die Kosten für Vermittlungsgebühren und Sprachkurse auf die migrierenden Fachkräfte abzuwälzen versuchten. Besonders umstritten sind Bindungsklauseln in den Arbeitsverträgen, die die angeworbenen Fachkräfte verpflichten, hohe Gebühren zu zahlen, wenn sie vor Ablauf einer Mindestarbeitszeit ihre Anstellung kündigen. Dies soll sichern, dass dem Arbeitgeber kein Risiko entsteht, auf seinen »Investitionskosten« sitzen zu bleiben, wenn sich die Fachkraft – etwa aufgrund schlechter Arbeitsbedingungen – entschließt, die Stelle zu wechseln. Diese Praxis wurde von Jurist*innen bereits als »moderne Schuldknechtschaft« kritisiert, da die geforderten Geldsummen von den Betroffenen schlicht nicht aufgebracht werden können.

Staatliche Siegel (Faire Anwerbung Deutschland), die vermeintlich faire Bedingungen für die Abwerbung definieren, sind für die Vermittlungsagenturen freiwillig und werden nur von einem Bruchteil der Vermittlungsagenturen wahrgenommen.

In der Praxis ergeben sich für die angeworbenen Fachkräfte viele Probleme im Arbeitsalltag: Pflegefachkräfte werden bis zur Anerkennung ihrer Ausbildung in Deutsch-

land nur als Pflegehilfskräfte entlohnt, müssen aber oft die gleiche Arbeit wie ihre examinierten Kolleg*innen leisten und erfahren wenig Anleitung. Für die Arbeitgeber sind sie damit für den Zeitraum bis zur Anerkennung (was viele Monate dauern kann) günstige Arbeitskräfte. Das mindert den Anreiz einer aktiven Unterstützung beim Anerkennungsprozess. Gleichmaßen werden Ärzt*innen aus Nicht-EU-Ländern, deren Weg zur Approbation oft langwierig ist, unabhängig von ihrer Qualifikation mit einer vorübergehenden Berufserlaubnis beschäftigt und als Anfängerinnen bezahlt. Teilweise wird ihnen eine tarifliche Bezahlung ganz verweigert.

Das größte Problem für die ausländischen Kolleg*innen ist aber das gleiche, was auch die in Deutschland ausgebildeten Gesundheitsfachkräfte frustriert: Der Personalmangel und die Arbeitsdichte im deutschen Gesundheitssystem.

Dass ausgerechnet dort, wo das Personal sehr knapp ist, ausländischen Kolleg*innen mit teilweise unzureichenden Sprachkenntnissen und anfänglichen Unsicherheiten über Arbeitsabläufe und Verantwortlichkeiten die Lücken füllen sollen, verursacht erhebliche Schwierigkeiten. Viele migrantische Fachkräfte leiden darunter, dass sie unter diesen Umständen ihr Wissen nicht einsetzen und keinen guten Job machen können. Dazu kommt Rassismus vonseiten der Kolleg*innen und Patient*innen.

Fazit

Wir fordern die Bundesregierung auf, den Maßgaben des WHO Kodex zu folgen und eine nachhaltige nationale Gesundheitspersonalpolitik einzuschlagen. Dabei sind Maßnahmen zu ergreifen, die die Attraktivität der Ausbildung und der Arbeitsplätze in den Gesundheitsberufen steigern und dazu beitragen, dass gut ausgebildete Fachpflegekräfte aus dem In- und Ausland hier eine Zukunftsperspektive finden.

Wir fordern die Bundesregierung auf, sich für ausreichend finanzierte, gemeinwohlorientierte und bedarfsgerechte Gesundheitssysteme in Deutschland und weltweit einzusetzen.

(Quellen und Verweise findens sich auf der Homepage der Deutschen Plattform für Globale Gesundheit <https://www.plattformglobalesgesundheit.de/author/dpgg/>)

Kontakt: Karen Spannenkrebs, Projektleiterin »Pillars of Health«, Verein demokratischer Ärzt*innen, karen.spannenkrebs@vdaeae.de

Revolution – Reform – Etikettenschwandel?

Peter Hoffmann zur Krankenhausreform

Das Gezerre um die Krankenhausreform ist leider alles andere als übersichtlich, selbst für Interessierte. Welche Entwicklungen zeichnen sich derzeit ab? Unsere Hoffnungen auf die von Minister Lauterbach versprochene »dramatische Entökonomisierung« in den Krankenhäusern können wir offensichtlich begraben.

Aktuell ringen immer mehr Kliniken mit geradezu explodierenden Defiziten. Die wichtigsten Ursachen dafür sind: Erstens das endgültige Auslaufen der Coronahilfen des Bundes im vergangenen Jahr. Zweitens der anhaltende Rückgang der stationären Behandlungen und der Einnahmen aus Fallpauschalen um rund 20% gegenüber Vor-Corona-Zeiten. Die Gesundheitsökonominnen in der Regierungskommission behaupten, diese Entwicklung sei ein Beweis für hohe Überkapazitäten der Krankenhäuser. Wir in den Krankenhäusern erleben jedoch den Mangel an Fachkräften der Pflege und anderer Berufsgruppen als Hauptursache. Betten und Behandlungskapazitäten müssen in hoher Zahl gesperrt werden. Die Auslastung der personell tatsächlich belegbaren Betten ist deswegen häufig sehr hoch (die von der Regierungskommission behauptete »niedrige Bettenauslastung« kommt nur dadurch zustande, dass diese nach der Mitternachtsstatistik und nach aufgestellten Betten rechnet). Beispiel städtische München Klinik: Wenn wir das benötigte Personal zur Verfügung hätten, könnten wir sofort mehrere hundert Menschen mehr aufnehmen und behandeln, der Bedarf wäre vorhanden. So aber sieht der kommunale Großversorger, wie viele andere Kliniken auch, für 2023 ein Defizit von 80 Millionen Euro oder mehr entgegen.

In Phase 1 der Krankenhausreform wird sich der »kalte Strukturwandel« dramatisch beschleunigen und viele Kliniken, die keine finanzstarken und politisch willigen Träger wie die Stadt München im Rücken haben, werden Insolvenz anmelden müssen. Die Verantwortlichen

im Bund lassen es bislang untätig weiterlaufen. In den ersten vier Jahren der Reform ist netto keine Verbesserung der Einnahmen der Krankenhäuser geplant.

Strukturell sollen in den nächsten Jahren medizinisch zusammenhängende Leistungsgruppen festgelegt werden, für die jeweils apparative und personelle Strukturvorgaben bundeseinheitlich definiert werden. Die Bundesländer vergeben jeweils den Auftrag zur Versorgung dieser Leistungsgruppen an die einzelnen Krankenhäuser. Für die Patient*innen kann diese Verfahrensweise eine deutlich verbesserte Qualität bewirken, wenn die konkreten Vorgaben tatsächlich auf Behandlungsqualität zielen und ihre Umsetzung flächendeckend wirksam kontrolliert wird. Damit ließe sich künftig verhindern, dass Krankenhäuser oft Behandlungen vornehmen, für die sie nicht qualifiziert sind. Diese wichtige Qualitätsverbesserung ist realisierbar, auch wenn die ursprünglich vorgeschlagene strenge Einteilung der Krankenhäuser in drei Level aus verschiedenen Gründen wieder einkassiert worden ist.

Jenseits dieser hoffentlich sinnvollen Strukturreform sind die Vorschläge zur künftigen Krankenhausfinanzierung verheerend. So soll das Fallpauschalensystem gegen Vernunft und Humanität fortgeführt werden – trotz seiner katastrophalen betriebswirtschaftlichen Fehlanreize. Diese sind die Hauptursache für vielfältige Unter-, Über- und Fehlversorgung von Patient*innen. Die Versprechung, diese unerwünschten Wirkungen abzuschwächen durch einerseits Verminderung der Erlöse aus den Fallpauschalen und andererseits über eine zusätzliche, neue Finanzierung von Vorhalte-

kosten einen bedarfsgerechteren Ausgleich zu schaffen, ist eine Idee von gesundheitsökonomischen Theoretikern, die nicht für die Praxis taugen kann – zumindest mit dem derzeit diskutierten Konzept.

Warum kritisieren wir als Bündnis Krankenhaus statt Fabrik das Ganze radikal?

Erstens ist das Vorhaltekosten-Budget nicht zweckgebunden. Statt für die Vorhaltung von Behandlungskapazitäten zur Daseinsvorsorge kann es auch zum Ausgleich von Defiziten benutzt oder bei den Privaten als Dividende an Aktionäre ausgeschüttet werden. Die geplante sogenannte Vorhaltekostenfinanzierung ist in Wahrheit ein Etikettenschwindel.

Zweitens ist allen längst klar, dass der Versuch der Kalkulation dieser »Vorhaltekosten« extrem schwierig und willkürlich wird, so dass auf jeden Fall ein (weiteres ...) bürokratisches Monster droht, das Man- und Womanpower verschlingt, die dann an anderer Stelle im Krankenhaus fehlt.

Drittens ist es eine Illusion, womöglich sogar eine bewusste Falschinformation, die geplante Absenkung der Fallpauschalen zugunsten der Vorhaltefinanzierung werde die durch die DRG befeuerte Ökonomisierung abschwächen. Aktuell beobachten wir einen weiteren Kommerzialisierungsschub im DRG-System, ausgelöst durch die akut prekäre finanzielle Lage zahlloser Kliniken und die Engpässe bei den Behandlungskapazitäten. Klinikleitungen allerorten konzentrieren sich darauf, unerwünschte (also:

unlukrative) Patient*innen von ihren Kliniken fernzuhalten, gewinnbringende Fachgebiete und Behandlungen auszubauen und Personal und Ressourcen aus ökonomisch unattraktiven Abteilungen in diese Bereiche zu verschieben, abgekoppelt vom medizinischen und pflegerischen Versorgungsbedarf der Menschen in den Betten. Was sollen die Betriebswirt*innen in den Klinikleitungen auch anderes machen im ökonomischen Zwangskorsett der DRGs? Wir **wissen**, dass daran auch eine graduelle künftige Absenkung der Fallpauschalen **nichts** ändern wird, die Systemlogik bleibt schließlich die gleiche.

Nun kommt es darauf an, sich in der Kakophonie der politischen Debatte um die Reform nicht vom Wesentlichen ablenken zu lassen: Diese Reform bringt uns Alle einer bedarfsgerechten gesundheitlichen Daseinsvorsorge nicht wirklich näher. Denn die Verantwortlichen verschließen vor den Verheerungen von Ökonomisierung, Kommerzialisierung und Privatisierung die Augen.

Mehr Informationen und ausführliche Kommentierungen zu den Kommissionsvorschlägen und zu den Eckpunktepapieren finden sich auf der Homepage von Krankenhaus statt Fabrik: <https://www.krankenhaus-statt-fabrik.de/>. Hier finden sich auch die Videos von der Veranstaltungsreihe im Juni zu den Reformvorschlägen.

Peter Hoffmann ist Anästhesist in einem Münchner Krankenhaus, Mitglied im erweiterten Vorstand des vdää und aktiv im Bündnis Krankenhaus statt Fabrik.*



Winfried Beck zum 80. Geburtstag

Lieber Winfried,

wir wünschen Dir alles Gute zum 80. Geburtstag und hoffen, dass Du uns noch lang im Vorstand mit Deinem kritischem Blick und Deiner Erfahrung unterstützt. Bleib weiter so, wie wir Dich kennen und schätzen.

Durch Deine Tätigkeit als langjähriger Vorsitzender des vdää* und Listenführer der LDÄÄ-Hessen hast Du viele Impulse für die kritische Medizin gesetzt. Dies wird auch noch einmal auf unserer diesjährigen JHV, die sich mit der Geschichte der kritischen Medizin befasst, deutlich werden.

Lass die linke Faust oben!

Gesundheit für alle!

Zur Idee einer Globalen Bürgerversicherung

Thomas Gebauer

Weltweit haben mehr als zwei Milliarden Menschen keinen Zugang zu Medikamenten, jährlich sterben 25 Millionen an Krankheiten, die leicht zu behandeln wären. Eine globale Bürgerversicherung wäre dringend notwendig. Thomas Gebauer führt aus, dass diese Idee weniger utopisch ist, als man auf den ersten Blick glaubt, und zeigt Wege dorthin auf.

Im Zuge der Globalisierung ist die Welt näher zusammengedrückt, aber zu einem »globalen Dorf«, wie es manchmal hieß, wurde sie nicht. Zwar konnten vereinzelt Erfolge in der Bekämpfung der extremen Armut erzielt werden, doch hat sich die alte Kluft zwischen Arm und Reich eher noch verfestigt. Noch immer macht es einen Unterschied, ob wir in einer der reichen und mächtigen Regionen des »globalen Nordens« zur Welt kommen oder im »globalen Süden«, den Zonen der Perspektivlosigkeit und des Elends, die sich längst auch am Rande europäischer und nordamerikanischer Großstädte ausgebreitet haben.

Mehr als 820 Millionen Menschen hungern in diesen Tagen, obwohl die in der Welt bestehenden landwirtschaftlichen Kapazitäten ausreichen würden, um nahezu das Doppelte der Weltbevölkerung satt zu machen. Vier Milliarden Menschen fehlen ausreichende sanitäre Einrichtungen. Zwei Milliarden haben keinen Zugang zu essenziellen Medikamenten, und während hierzulande an kostspieligen individualisierten Therapieverfahren geforscht wird, sterben alljährlich noch immer 25 Millionen Menschen an Krankheiten, die eigentlich gut behandelbar wären. Soziale Ungleichheit, so resümierte es die Weltgesundheitsorganisation (WHO), tötet im großen Maßstab.

Die Ungleichheit spiegelt sich auch im Zugang zur Versorgung im Krankheitsfall. Von einem geregelten Beistand, wie er hierzulande noch immer existiert, können große Teile der Weltbevölkerung nur träumen. Die massiven Sparprogramme, die vielen Ländern bei ihrer Integration in den Weltmarkt aufgezwungen wurden, haben nicht zuletzt die dortigen Sozi-

alsysteme in Mitleidenschaft gezogen. Als 2014 in Westafrika die Ebola-Epidemie ausbrach, erwiesen sich die wenigen noch verbliebenen staatlichen Gesundheitsstationen eher als Orte der Ansteckung als der Hilfe. Sie entbehrten selbst der einfachsten Ausstattung und waren meist hoffnungslos personell unterbesetzt.

Wo es keine oder nur schwach ausgebildete öffentliche Gesundheitsdienste gibt, sind die Leute auf private medizinische Dienstleistungen angewiesen. Nicht selten müssen sie ihr letztes Hab und Gut verkaufen, um aus eigener Tasche für Arztkosten aufkommen zu können. Solche »out of pocket«-Zahlungen, wie es bei der WHO heißt, schließen ausgerechnet diejenigen von einer angemessenen Versorgung aus, die sie aufgrund ihrer Lage am meisten bräuchten: die Armen und Mittellosen.

Die Verhältnisse seien alternativlos, behaupteten Politikerinnen und Politiker mitunter, um die in der Welt herrschende Ungleichheit zu rechtfertigen. Einschnitte in die öffentliche Daseinsvorsorge seien nötig, um die Wirtschaft im Schwung zu halten. Und letztlich sei doch jeder für sich selbst verantwortlich. Für Wohlhabende mag solche Eigenverantwortung kein Problem sein, für Arme führt sie immer wieder in die Katastrophe. Nach Schätzungen der WHO werden alljährlich 100 Millionen Familien durch privat zu erbringende »katastrophale Gesundheitsausgaben« in die Armut getrieben.

Ausbruch aus dem Teufelskreis

Armut macht krank und Krankheit arm, heißt es im Volksmund. Ein Ausbruch aus diesem Teufelskreis aber ist möglich, wenn wenigstens

zwei Voraussetzungen gegeben sind. Einerseits muss der Zugang zu Versorgungsleistungen von der individuellen Kaufkraft entkoppelt und durch solidarisch finanzierte gesellschaftliche Institutionen sichergestellt werden. Andererseits gilt es Gesundheit als Gemeingut zu begreifen, das nur außerhalb der Sphäre kapitalistischen Wirtschaftens verwirklicht werden kann.

Die Sorge um Lebensmittelsicherheit, die Erforschung essenzieller Arzneimittel, die Sicherstellung nachhaltiger Müllbeseitigung oder eine flächendeckende Gesundheitsversorgung: All das sind öffentliche Aufgaben, die sich nur bedingt mit profitorientierten und auf Wachstum ausgerichteten Geschäftsinteressen vertragen. Gemeingut-Ökonomien funktionieren nur dann, wenn die vorhandenen Mittel weder unter- noch übergenutzt werden. Was das bedeutet, ist in demokratischen Prozessen gesellschaftlich zu entscheiden und kann nicht den Opportunitätsüberlegungen privater Kapitalanleger überlassen bleiben.

Die gegenwärtige Auslieferung des Gemeingutes Gesundheit an den Markt mag neue renditeträchtige Geschäftsmodelle eröffnen, führt aber aus gesundheitspolitischer Sicht in die Irre. Nicht mehr Markt ist nötig, um das Gesundheitswesen zu verbessern, sondern die Wiedergewinnung von Formen institutionalisierter Solidarität.

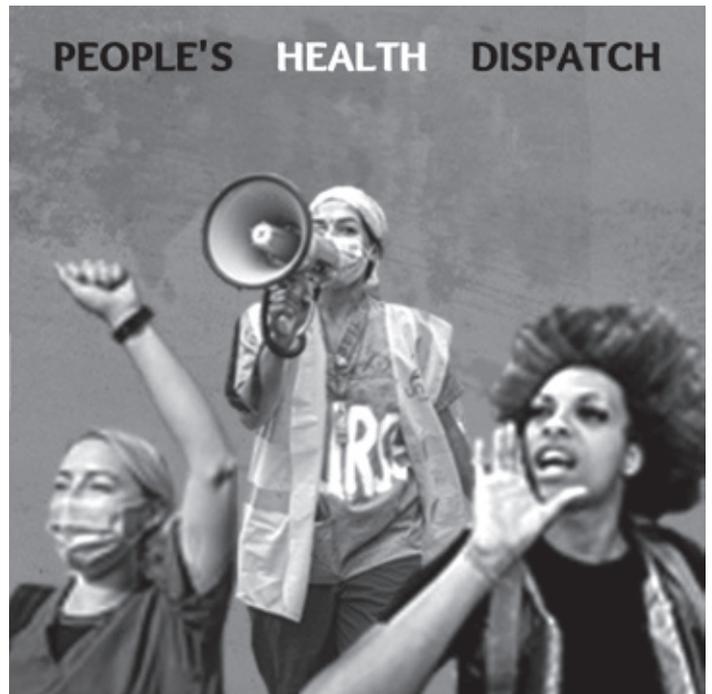
Soziales Eigentum

Gesundheit für alle ist möglich, wenn diejenigen, die besser gestellt sind, auch für die Gesundheitsbedürfnisse der Ärmere eintreten. Solange es innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen ein Armutsgefälle gibt, ist solidarisches Umverteilen unumgänglich.

Umverteilung ist kein Schreckgespenst. Die Idee eines solidarischen Ausgleichs prägt seit alters her die Kulturen indigener Gesellschaften, gehört zum Kern der katholischen Soziallehre und ist Grundlage auch des modernen Gesellschaftsvertrags, der mit der europäischen Aufklärung aufgekommen ist. In der Praxis kommt Umverteilen in genossenschaftlich betriebenen Dorfapotheken ebenso zum Ausdruck wie in steuerfinanzierten kommunalen Wasserwerken, gesetzlich geregelten Krankenversicherungen und vielen anderen gesellschaftlichen Institutionen. Zusammen bilden solche Institutionen jene soziale Infrastruktur, ohne die menschliches Zusammenleben auf Dauer nicht möglich ist.

Es verwundert deshalb nicht, dass Umverteilen nach wie vor auf breite Zustimmung trifft. Drei Viertel der deutschen Bevölkerung sind der Auffassung, dass Personen mit hohem Einkommen und viel Vermögen mehr Steuern zahlen sollten, damit mehr Geld für öffentliche Aufgaben zur Verfügung stehe. Unter denen, die eine stärkere Besteuerung befürworten, würden 77 Prozent die Vermögensteuer und 67 Prozent die Einkommensteuer erhöhen, so eine 2017 durchgeführte Umfrage des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes. Die Aufkündigung solidarisch verfasster Gesellschaftlichkeit, die neoliberale Politiker zum Programm erhoben haben, ist nicht die Sache der Leute.

Funktionierende Daseinsvorsorge gründet sich auf ihre



solidarische Finanzierung. Dabei ist es nicht eigentlich von Bedeutung, ob die Mittel über Steuern oder über Pflichtbeiträge zu gesetzlich geregelten Sozialversicherungen zustande kommen. Entscheidend ist, dass alle, gestaffelt nach dem individuellen Vermögen, zur Finanzierung beitragen und selbst jene, die zu arm sind, um auch nur einen Cent beizusteuern, dennoch die gleichen Versorgungsleistungen bekommen wie alle anderen. Der Kern von Umverteilung ist die Umwandlung von privatem Eigentum in ein »soziales Eigentum«, auf das im Bedarfsfall auch diejenigen zurückgreifen können, die über kein privates Vermögen verfügen.

Solidarität meint folglich nicht allein eine emotionale Verbundenheit, sondern die verpflichtende Sorge um das Wohl aller. Um die sicherzustellen, bedarf es entsprechender gesellschaftlicher Institutionen, deren Ziel nicht die Verstaatlichung der Gesellschaft ist, wie es mitunter behauptet wird, sondern die Re-Sozialisierung von öffentlicher Verwaltung und Wirtschaft.

Kosmopolitische Solidarität

Mit Blick auf den erreichten Globalisierungsgrad ist Gesundheit heute nicht mehr nur im nationalen Rahmen zu verwirklichen. Der Klimawandel, die globalisierten Produktionsverhältnisse, der globale Handel und die weltweite Mobilität von Menschen haben erhebliche Konsequenzen auch für die Gesundheit. Der ökonomische Wettbewerb, der zwischen den Ländern und Regionen herrscht, hat nicht nur zur Aushöhlung von Sozialpolitik geführt, sondern die soziale Verunsicherung von Menschen mit all ihren psychischen Folgeproblemen dramatisch anwachsen lassen. Ohne eine Re-Regulierung der globalen Ökonomie und ohne die Internationalisierung sozialer Sicherung im Rahmen länderübergreifender Umverteilung

lungsmechanismen wird Daseinsvorsorge auch im nationalen Rahmen immer weniger zu verteidigen beziehungsweise weiterzuentwickeln sein. Die Hoffnung, inmitten einer von Krisen geschüttelten Welt eine sozialpolitische Idylle aufbauen zu können, ist durch nichts gedeckt.

Deshalb ist es höchste Zeit, für eine Ausweitung des Solidarprinzips ins Globale zu sorgen. Ideen, wie das gelingen kann, gibt es durchaus. Denkbar ist zum Beispiel ein universelles Grundeinkommen, aber auch die Einrichtung eines »Internationalen Fonds für Gesundheit«, der reichere Länder vertraglich dazu verpflichtet, auch zu den Sozialbudgets der ärmeren Länder beizutragen.

Eine solche »globale Bürgerversicherung« könnte auf internationaler Ebene das befördern, was der deutsche Länderfinanzausgleich auf nationaler Ebene beabsichtigt: eine Balancierung der fiskalischen Möglichkeiten der Länder. Und ein solcher internationaler Finanzausgleich ist bitter nötig. 40 Länder, so schätzt die WHO, könnten heute selbst dann nicht den Gesundheitsbedürfnissen ihrer Bevölkerungen entsprechen, wenn sie alle zur Verfügung stehenden Ressourcen aktivierten. Um ihren Verpflichtungen nachzukommen, haben in der Vergangenheit Länder wie Brasilien oder Südafrika immer wieder auf einen verstärkten Raubbau an der Natur gesetzt. Und so ist es auch der Kampf gegen die ökologische Verwüstung der Welt, der nach solchen länderübergreifenden sozialen Transferleistungen verlangt.

Eine »globale Bürgerversicherung« bräuchte übrigens keine aufgeblähte Verwaltungsstruktur. Sie könnte sich auf das Bündeln und den Transfer von Mitteln beschränken, so wie es der Europäische Sozialfonds schon seit Jahren tut. Von dessen Bemühen, zwischen den Regionen

Europas für einen Ausgleich im Bereich der Bildung, der Unterstützung von Arbeitslosen und bei anderen sozialen Diensten zu sorgen, profitierten in den zurückliegenden Jahren weit über 100 Millionen Menschen – ohne dass davon immer die Rede war.

Warum sollte das, was auf nationaler und regionaler Ebene bereits gelingt, nicht auch international verwirklicht werden können? Eine globale Bürgerversicherung jedenfalls scheitert weder an fehlenden organisatorischen Voraussetzungen noch am Mangel an Geld. Schon mit den heute weltweit für Gesundheit aufgewendeten Mitteln ließe sich für alle Menschen eine angemessene Gesundheitsversorgung verwirklichen.

Es ist gut, dass die Idee globaler Ausgleichsfinanzierungen inzwischen auch in den Vereinten Nationen angekommen ist. Eine ganze Reihe von Fragen gilt es zu klären, gewichtige sogar. Die Frage etwa, wie der längst auch im Gesundheitswesen herrschenden Korruption begegnet und eine sachgerechte Nutzung von Ressourcen sichergestellt werden kann. Oder Fragen der demokratischen Kontrolle, um Entscheidungen etwa über gesundheitliche Prioritäten tatsächlich an den Bedürfnissen und Rechtsansprüchen der Menschen ausrichten zu können.

Alle diese Fragen werden sich lösen lassen, sofern es gelingt, ein kosmopolitisches Verständnis von Solidarität zu entfalten, eines, das in den globalisierten Verhältnissen auch die Chance für ein Weltweit-Werden der Welt sieht. Für weltgesellschaftliche Verhältnisse, in denen, so Immanuel Kant vor über 200 Jahren, »die Rechtsverletzung an einem Platz der Erde an allen gefühlt wird«.

(Quelle: Der Text ist zuerst erschienen auf der Homepage von medico international: <https://www.medico.de/blog/gesundheits-fuer-alle-17602/> Wir danken für die Nachdruckgenehmigung.)

Thomas Gebauer war 1996 bis 2018 Geschäftsführer von medico international. Als Zivildienstleistender ist er Ende der 1970er Jahre zu medico gekommen. Zu seinen Arbeitsschwerpunkten zählen Fragen der internationalen Friedens- und Sicherheitspolitik und die sozialen Bedingungen globaler Gesundheit. Der Psychologe erhielt 2014 die Goethe-Plakette, mit der die Stadt Frankfurt Persönlichkeiten des kulturellen Lebens würdigt.

Glossar – wichtige Begriffe aus den Artikeln

<p>UN: United Nations = Vereinte Nationen</p>	<p>Gegründet 1945, Hauptsitz in New York Mitglieder: beinahe alle Staaten der Welt Urheber der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 1948. Organe: UN-Generalversammlung, UN Sekretariat, Internationaler Gerichtshof, Sicherheitsrat, Wirtschafts- und Sozialrat, Treuhandrat Grundprinzip: ein Staat – eine Stimme. Dieses Prinzip gilt jedoch nicht im Sicherheitsrat, in dem die fünf ständigen Mitglieder (China, Frankreich, Großbritannien, Russland und die USA) ein Vetorecht haben und damit Beschlüsse gegen die eigenen Interessen blockieren können.</p>
<p>WHO: World Health Organisation = Weltgesundheitsorganisation</p>	<p>Sonderorganisation der UN (→) Gegründet 1948, Sitz in Genf Mitglieder: beinahe alle Staaten der Welt Entscheidungen werden von der World Health Assembly getroffen. Als »non-State actors in official relations with WHO« (NSA) sind zivilgesellschaftliche Organisationen eingebunden. Finanzierung über verpflichtende Abgaben der Mitgliedsstaaten, hauptsächlich aber über freiwillige Spenden von Staaten und Organisationen, was immer wieder die Frage nach der Unabhängigkeit der Arbeit der WHO aufkommen lässt.</p> <p><i>Kritik an der WHO gab und gibt es viel. Andreas Wulf fasst aktuelle Kritikpunkte angesichts ihres 75. Geburtstags aus Seite 11ff. zusammen.</i></p>
<p>IMF= International Monetary Fund= Internationaler Währungsfond</p>	<p>Sonderorganisation der UN (→) Gegründet 1944, Sitz in Washington, D.C. 190 Mitgliedstaaten, deren Stimmrecht sich an ihrem Kapitalanteil misst. Seine Aufgabe ist die kurzfristige Kreditvergabe an Staaten in Zahlungsbilanzschwierigkeiten. Seit den 50er Jahren ist dies auf Drängen der USA an Konditionalitäten geknüpft, die in der Regel einen neoliberalen Umbau befördern.</p> <p><i>Dian Blandina geht auf Seite 15ff. darauf ein, welche fatale Rolle der IMF auch gerade während der Covid-Pandemie für die Gesundheitssysteme afrikanischer Länder eingenommen hat.</i></p>
<p>World Bank= Weltbank</p>	<p>Multinationale Entwicklungsbank Gegründet 1944, Sitz in Washington, D.C. Weltbankgruppe aus fünf finanzpolitischen Institutionen, deren ursprüngliche Aufgabe die Finanzierung des Wiederaufbaus nach dem 2. Weltkrieg war. Heute ist es, im Unterschied zu ihrer Schwesternorganisation IMF (→) die Finanzierung von langfristigen »Entwicklungsprojekten«. Dass diese Entwicklung hauptsächlich in einer globalen Ausweitung kapitalistischer Handelsbeziehungen besteht, steht immer wieder in der Kritik.</p>
<p>PHC: Primary Health Care</p>	<p>»All people, everywhere, have the right to achieve the highest attainable level of health. This is the fundamental premise of primary health care. Primary health care is a whole-of-society approach to effectively organize and strengthen national health systems to bring services for health and wellbeing closer to communities.« (WHO →) In der Deklaration von Alma-Ata (→) zum Schlüsselkonzept der WHO (→) erklärt. PHC beruht auf einem umfassenden Gesundheitsverständnis und fördert eine enge Zusammenarbeit von Gesundheitsexpert*innen mit Communities, um auf soziale Determinanten von Gesundheit Einfluss zu nehmen. PHC argumentiert für staatliche Gesundheitssysteme und stellt einen viel weitreichenderen Ansatz als UHC (→) dar.</p> <p><i>Roman Vega Romero geht in seinem Artikel auf Seite 5ff. auf die Verschiebung des Diskurses der WHO vom Konzept PHC zur UHC ein.</i></p>

UHC: Universal Health Care	<p>»Citizens can access health services without incurring financial hardship« (WHO →) Teil der Sustainable Development Goals (→)</p> <p>UHC bedeutet Zugang zu der benötigten Gesundheitsversorgung ohne in finanzielle Not zu geraten. UHC fokussiert auf die Gesundheitsversorgung und argumentiert für staatliche oder staatlich organisierte Gesundheitsfinanzierung, schließt aber die Möglichkeit privater Gesundheitsdienstleister mit ein. Kritiker*innen werfen dem UHC Konzept vor, krankheits- und biomedizinisch zentriert zu sein und Kommerzialisierung und Privatisierung zu ermöglichen.</p> <p>Roman Vega Romero geht in seinem Artikel auf die Verschiebung des Diskurses der WHO vom Konzept PHC zur UHC ein. (Seite 5ff.)</p>
HiAP: Health in All Policies	<p>Bedeutung politischer Entscheidungen in verschiedenen Sektoren für die Gesundheit.</p>
NIEO: New International Economic Order = Neue Weltwirtschaftsordnung	<p>1974 von der UN (→) Generalversammlung verabschiedet. Plan zur Reformierung der internationalen Wirtschaftsbeziehungen zugunsten der ehemals kolonisierten Ländern durch stabile und angemessene Rohstoffpreise, Schuldenentlastung, Änderung des Weltwährungssystems, höhere Entwicklungshilfe und neues Seerecht.</p> <p>Roman Vega Romera fordert in seinem Artikel eine neue Bewegung für eine NIEO (Seite 5ff.).</p>
Millenium Entwicklungsziele	<p>2000 von der UN (→) verabschiedet, acht Entwicklungsziele für das Jahr 2015, abgelöst von den Sustainable Development Goals (→)</p>
Sustainable Development Goals	<p>Seit 2016 in Kraft: 17 Nachhaltigkeitsziele in der Agenda 2030 der UN (→):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1: No Poverty 2: Zero Hunger 3: Good Health and Well-being 4: Quality Education 5: Gender Equality 6: Clean Water and Sanitation 7: Affordable and Clean Energy 8: Decent Work and Economic Growth 9: Industry, Innovation and Infrastructure 10: Reduced Inequality 11: Sustainable Cities and Communities 12: Responsible Consumption and Production 13: Climate Action 14: Life Below Water 15: Life on Land 16: Peace and Justice Strong Institutions 17: Partnerships to achieve the Goal
Alma-Ata Deklaration	<p>1978 auf der WHO Konferenz in Alma-Ata (Kasachstan) verabschiedete Deklaration, die weitreichende Forderungen beinhaltet. Das Motto: »Gesundheit für Alle bis zum Jahr 2000«.</p> <p>Leitbild war ein umfassendes Verständnis von Gesundheit und von Gesundheitsfürsorge, das auch soziale und ökonomische Determinanten mit berücksichtigt. Gesundheit wurde noch einmal zu einem grundlegenden Menschenrecht erklärt und das Konzept der Primary Health Care (→) zum Schlüsselkonzept der WHO bestimmt.</p>
Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung	<p>1986 in Ottawa von der WHO verabschiedet, eines der Folgedokumente der Deklaration von Alma-Ata (→). Entwicklung des Konzepts der Health in all Policies (→)</p>
Astana Deklaration	<p>2018 in Astana von der WHO verabschiedet, markiert den Übergang vom Grundprinzip der PHC hin zum Konzept UHC. »From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals«</p>
GAVI: Global Alliance for Vaccination and Immunization = Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung	<p>WHO Projekt, das als Public-Private-Partnership finanziert wird. GAVI war maßgeblich an der Implementierung von Act-A und COVAX beteiligt, deren unkritische Erfolgsmeldungen Felix Stein, Katerini Tagmatarchi Storeng und Antoine de Bengy Puyvallée auf Seite 20ff. hinterfragen.</p>



<p>Peoples Health Movement</p> <p>»Equity, ecologically-sustainable development and peace are at the heart of our vision of a better world – a world in which a healthy life for all is a reality; a world that respects, appreciates and celebrates all life and diversity; a world that enables the flowering of people’s talents and abilities to enrich each other; a world in which people’s voices guide the decisions that shape our lives...«</p>	<p>Globales Netzwerk von Graswurzel-Gesundheitsaktivist*innen aus der ganzen Welt, mit einem Fokus auf Ländern des globalen Südens.</p> <p>Ihre Arbeit beruht auf der People’s Charter for Health, die in der ersten People’s Health Assembly 2000 in Dhaka verabschiedet wurde. Sie beziehen sich auf das bislang gescheiterte Ziel einer »Gesundheit für alle«, das in der Deklaration von Alma-Ata für das Jahr 2000 formuliert, aber nie erreicht wurde.</p> <p>Im November 2023 wird die fünfte People’s Health Assembly in Kolumbien stattfinden. Es gibt auch Ableger als PHM Germany und PHM Europe.</p> <p>Zu den Initiativen des PHM gehören:</p> <p>IPHU: International People’s Health University: Plattform für Aktivist*innen, um Wissen zu teilen.</p> <p>Global Health Watch = jährlicher kritischer Bericht zur Globalen Gesundheit. Der Global Health Watch 6 ist 2023 erschienen.</p> <p>Roman Vega Romero (Seite 5ff.) ist der globale Koordinator des PHM; Dian Blandina (Seite 15ff.) ist Aktivistin beim PHM Germany und Europe.</p>
<p>IAHP: International Association of Health Policy</p>	<p>IAHP ist ein Netzwerk von Wissenschaftler*innen und Gesundheitsaktivist*innen, das seit 1977 eine Plattform für eine kritische internationale Debatte um Public Health- und Gesundheitspolitischen Themen bietet.</p> <p>Die 19. Konferenz von IAHP Europe wird vom 21.-24. September in Thessaloniki stattfinden.</p>
<p>medico international</p>	<p>Hilfs- und Menschenrechtsorganisation mit Sitz in Frankfurt am Main, die statt auf kurzfristige Nothilfe auf die Unterstützung lokaler politischer und humanitärer Initiativen setzt, um langfristig die Ursachen von Not und Armut zu bekämpfen.</p> <p>Andreas Wulf (Seite 11ff.) ist der Berlin Repräsentant von <i>medico international</i>; Thomas Gebauer (Seite 34ff.) war lange Zeit Geschäftsführer von <i>medico international</i>.</p>
<p>dpgg = Deutsche Plattform für globale Gesundheit</p>	<p>Netzwerk von deutschen entwicklungs- und gesundheitspolitischen Organisationen, gewerkschaftlichen Akteur*innen und Wissenschaftler*innen die sich zu Themen der globalen Gesundheit austauschen und Stellung beziehen.</p> <p>Mit dabei sind unter anderen: Ärzte der Welt, attac, Brot für die Welt, BUKO Pharma Kampagne, GandHI, Global Policy Forum, Health workers for all Coalition, IPPNW, medico international, MEZIS, UAEM, ver.di, vdpp und vdää*.</p> <p><i>Das Positionspapier zur internationalen Anwerbung von Gesundheitspersonal auf Seite 26ff. stammt von der dpgg.</i></p>

NHS-Beschäftigte lassen sich nicht abschrecken

Krankenpfleger*innen, Ambulanzpersonal und andere Beschäftigte des Gesundheitswesens in England planen weiterhin eine Eskalation des Arbeitskampfes, während die Regierung nach Möglichkeiten sucht, den Streiks ein Ende zu setzen, ohne die Arbeitsbedingungen zu verbessern.

Die britische Regierung unter Rishi Sunak ist bestrebt, die Streikwelle der Beschäftigten im Gesundheitswesen, die Ende 2022 begann, einzudämmen. Im April lehnte die Mehrheit der Mitglieder des *Royal College of Nursing (RCN)* und der Gewerkschaft *Unite the Union* das Angebot des Gesundheitsministers Steve Barclay über eine Gehaltserhöhung von 5% und eine Einmalzahlung ab und kündigte an, dass sie weiterhin für einen besseren Abschluss streiken würden.

Anstatt die Verhandlungen wieder aufzunehmen, verklagte die Regierung den *RCN* wegen einer, wie die Beschäftigten des Gesundheitswesens es nannten, »technischen Diskrepanz« bezüglich des Streikmandats der Organisation. Der Oberste Gerichtshof entschied zugunsten der Regierung und verkürzte den Streik, der ursprünglich zwischen dem 30. April und dem 2. Mai stattfinden sollte, auf weniger als 24 Stunden. Trotz des Gerichtsurteils füllten sich die Streikpostenkettens der Krankenschwestern am Wochenende in ganz England.

Die Entscheidung des Obersten Gerichtshofs unterstreicht die gewerkschaftsfeindliche Stimmung in den bestehenden Gesetzen, sagt Holly Johnston von *NHS Workers Say No*. »Es wird für die Gewerkschaften immer schwieriger werden, rechtmäßige Streiks durchzuführen«, sagte sie dem *People's Health Dispatch*. Der Kampf der Regierung gegen die Gewerkschaften findet nicht nur auf dem Rechtsweg statt. Das Angebot, das den Gewerkschaften unterbreitet wurde, war so formuliert, dass es für viele Beschäftigte im Gesundheitswesen schwer abzulehnen war. »Wir können verstehen, warum einige Mitglieder das Lohnangebot annehmen. Denn die Leute sind zu arm, um es sich leisten zu können, weiter zu streiken. Sie sind zu arm, um den Pauschalbetrag nicht im Lohnpaket zu haben«, erklärt Johnston.

»Die Regierung hat das mit Absicht gemacht. Es ist ein absichtlich attraktives Angebot für einige Mitarbeiter, weil sie zu arm sind, um es nicht anzunehmen. Langfristig wird es sich nicht auf die Einstellung und Bindung von Mitarbeitern auswirken, aber wir können verstehen, warum vor allem die schlechter bezahlten Mitarbeiter es annehmen«, sagt sie.

Die Taktik hat sich anscheinend teilweise ausgezahlt, denn der NHS-Personalrat stimmte am 2. Mai für das Angebot der Regierung. Der *RCN* und *Unite* spiegelten das

negative Votum ihrer Mitglieder während der Ratssitzung zwar wider, waren aber in der Unterzahl. Das Ergebnis der Personalratsabstimmung wird dazu führen, dass das Angebot der Regierung für alle von den Gewerkschaften vertretenen Beschäftigten des Gesundheitswesens gilt, was aber nicht bedeutet, dass die Aktionen der Beschäftigten des Gesundheitswesens in nächster Zeit aufhören werden.

Der *RCN* führt bereits eine neue Urabstimmung, durch, die am 23. Juni enden soll – eine, die sich auf den gesamten NHS und nicht auf einzelne Arbeitsstätten beziehen würde. Im Falle eines Erfolgs würde die Urabstimmung dem *RCN* das Mandat geben, die Streiks in den folgenden sechs Monaten auszuweiten. »Als *NHS Workers Say No* wünschen wir uns mehr Koordination zwischen den Gewerkschaften, mehr Solidaritätsaktionen. Wir unterstützen die *British Medical Association* bei ihren Aktionen. Und wir glauben, dass eine Intensivierung der Streiks, die Koordinierung der Streiks und Urabstimmungen im gesamten NHS der richtige Weg sind«, sagt Johnston.

Selbst wenn das Angebot der Regierung für alle gilt, werden die Beschäftigten im Gesundheitswesen laut Johnston die Netzwerke, die sie in den letzten Jahren aufgebaut haben, weiter stärken. »Die Gewerkschaften entwickeln sich zu aktiveren Gewerkschaften. Es liegt noch ein langer Weg vor uns, aber wir sehen diese internen Veränderungen, die vielversprechend sind«, erklärt sie.

Darüber hinaus sagt Johnston, dass die Beschäftigten des Gesundheitswesens bei ihren Plänen für weitere Arbeitskampfmaßnahmen weiterhin von der Öffentlichkeit unterstützt werden. »Die Menschen werden immer wütender über die Zustände im NHS, aber die Mehrheit von ihnen sieht ein, dass es nicht die Schuld der einzelnen Mitarbeiter ist. Es ist ein direktes Ergebnis von mehr als einem Jahrzehnt der Kürzungen, der Sparmaßnahmen und der absichtlichen Unterfinanzierung des NHS«, betont sie.

People's Health Dispatch ist ein vierzehntägiges Bulletin, das vom People's Health Movement in Kooperation mit People's Dispatch herausgegeben wird.

(Quelle: Gekürzte und leicht aktualisierte Version eines Artikels des *People's Health Dispatch* vom 3. Mai 2023, aus dem Englischen von Karen Spannenkrebs; <https://peoplesdispatch.org/author/peoples-health-dispatch/>)

Lesen, Hören, Anschauen

Tipps aus der Redaktion

Hören: medico international: Global trouble

Der Podcast beschäftigt sich mit vielfältigen Themen, die mit der Arbeit von medico zusammenhängen: Globale Gerechtigkeit, Determinanten von Gesundheit, Migration, weltweite Krisen und transnationale Solidarität.

<https://www.medico.de/podcast>



Hören: Elisa Hoven und Jurastudierende der Uni Leipzig: Jetzt erst Recht- Der Podcast für Kriminalpolitik und Strafrecht

Dieser Podcast wird produziert von Professorin Elisa Hoven und ihren Studierenden an der juristischen Fakultät der Uni Leipzig. Eine Folge widmen sie dem Abolitionismus, eine weitere der Frage, ob das Strafsystem arme Menschen benachteiligt.

<https://www.podcast.de/podcast/2621955/jetzt-erst-recht-der-podcast-fuer-kriminalpolitik-und-strafrecht>



Lesen: Global Health Watch 6: Under the shadow of the pandemic, Zed Books, 2022, London

Verschiedene Zivilgesellschaftliche Organisationen, unter anderem das People's Health Movement und medico International stellen nun zum sechsten Mal ein Buch mit Beiträgen von Wissenschaftler*innen und Aktivist*innen auf der ganzen Welt zusammen, mit dem Anspruch, die maßgebliche Stimme für einen alternativen Gesundheitsdiskurs zu sein. Dabei liegt der Fokus auf den Ursachen von Gesundheitskrisen und aktuellen Kämpfen für bessere Gesundheitssysteme.

<https://www.medico.de/global-health-watch-18658>

Kann man auch Hören: GHW6 podcast

<https://phmovement.org/ghwodcast-episode-6-trade-and-health/>



Lesen: Rainer Bobsin: Konzerne kaufen Arztpraxen – Ein Arbeits- und Diskussionspapier, Offizin Verlag, 2023, Hannover

Rainer Bobsin, der seit Jahren die Entwicklung rund um Private Equity in der ambulanten Gesundheitsversorgung verfolgt, hat ein neues 88 Seiten langes »Arbeits- und Diskussionspapier zu den gesetzgeberischen Zusammenhängen und den Entwicklungen in den letzten 20 Jahren sowie die aktuelle Debatte um die Zukunft der MVZ veröffentlicht.

<https://www.offizin-verlag.de/Rainer-Bobsin--Konzerne-kaufen-Arztpraxen--Ein-Arbeits--und-Diskussionspapier?source=2&refertype=5&referid=20856>



Lesen: Medwatch

Medizinjournalistisches Rechercheportal, das medizinische und gesundheitliche Heilsversprechen im Internet sucht und nachrecherchiert.

<https://medwatch.de/>



SOLIDARISCHES GESUNDHEITS WESEN



»Armut und Ausgrenzung machen krank«

Das muss und soll nicht so bleiben. Der Verein »Solidarisches Gesundheitswesen e.V.« engagiert sich für ein Gesundheitswesen, das allen Menschen einen sicheren Zugang zu einer guten medizinischen Versorgung sowie Teilhabe an gesundheitlicher Prävention und Gesundheitsförderung ermöglicht. Wir treten für den Abbau gesundheitsgefährdender Verhältnisse in Gesellschaft und Umwelt ein. Und wir wollen uns besonders dafür einsetzen, dass bisher sozial und ökonomisch benachteiligte gesellschaftliche Gruppen (z.B. Arme, Geflüchtete, Migrant*innen) an der medizinischen Versorgung und Gesundheitsförderung teilhaben können. Wir widersetzen uns deshalb allen Tendenzen, soziale Gruppen von der medizinischen Versorgung auszuschließen oder ihre Gesundheitsressourcen zu beschneiden.

Der gemeinnützige Verein steht allen offen, die seine Ziele teilen. Wir engagieren uns in Kooperation und Vernetzung mit bereits bestehenden Organisationen und Initiativen.

Kontakt:

Solidarisches Gesundheitswesen e.V.
Falkstraße 34, 60487 Frankfurt/Main
solid.g-wesen@gmx.de
<http://www.solidarisches-gesundheitswesen.de/>

Spendenkonto:

Bank: Frankfurter Sparkasse 1822
IBAN: DE07 5005 0201 0200 5795 25

chow-Stiftung ins Leben gerufen haben, neben Springer-Erbin Friede Springer auch solche, die einflussreiche Positionen in der privaten Gesundheitsindustrie Deutschlands innehaben. Dazu gehören auch Vertreter*innen der Pharmaindustrie, die mit ihrem rigorosen Beharren auf den Patentschutz die Bekämpfung der Covid19-Pandemie maßgeblich verzögert haben.

Ob der Preis wirklich im Sinne Rudolph Virchows wäre, dessen großartige Errungenschaften für die Sozialmedizin ihm einen Platz in unserer Zeitleiste zur Geschichte der kritischen Medizin in diesem Heft gesichert haben, ist für die Autoren des Artikels sehr fraglich: »Eine konsequente Übersetzung von Virchows Schriften in die heutige Realität würde letztlich darauf hinauslaufen, die Macht der Finanzaristokratie und ihrer philanthropischen Organisationen wie der Bill and Melinda Gates Foundation und des Wellcome Trust zu beschneiden, die heute die globale Gesundheitspolitik und -praxis dominieren, unter anderem durch ihre Finanzierung der WHO.«

Sie plädieren dafür, dass der Virchow-Preis für globale Gesundheit in Zukunft Gruppen, Bewegungen oder Organisationen würdigen sollte, die im Kontext von sozialen Determinanten von Gesundheit arbeiten, um so einen umfassenden, universellen, kontextuell relevanten und gerechten Ansatz von Globaler Gesundheit zu fördern. Zugleich sollte das Preis-Komitee der Virchow Stiftung potenzielle Interessenkonflikte offenlegen.

(«The Virchow Prize: cementing commodification, coloniality and biomedical reductionism in global health?» von Jens Holst, Peter Tinnemann und Remco van de Pas in: BMJ Global Health 2023;8:eO11240. doi:10.1136/bmjgh-2022-O11240)

Die indische Organisation **SATHI** hat mit finanzieller Unterstützung der Rosa-Luxemburg Stiftung einen interessanten Bericht über das Engagement der Deutschen Investitions- und Entwicklungsgesellschaft DEG im indischen privaten Gesundheitssektor veröffentlicht.

Die Studie »**Supporting patients or profits? Analysing Engagement of German Developmental Agencies in the Indian Private Healthcare Sector**« beleuchtet die potenziellen negativen Auswirkungen des Rückgriffs auf private Akteure im Gesundheitswesen und die zunehmende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens in Indien aufgrund transnationaler Investitionen. Anhand von zwei Fallstudien untersucht der Bericht die Praktiken und Auswirkungen deutscher Engagements in der Entwicklungszusammenarbeit und beleuchtet deren Rolle im indischen Gesundheitswesen sowie deren Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheitsversorgung und die gesundheitliche Chancengleichheit. Er zeigt z.B., wie die geförderten Privatkliniken Patient*innen ohne lukrative Versicherung abweisen und zugleich reiche Medizintourist*innen behandeln.

(Kurzversion: https://sathicehat.org/wp-content/uploads/2023/06/FINAL_research-brief_SATHI.RLS_WEB-VERSION.pdf)

Vollversion: <https://www.rosalux.in/details-resources/transnational-investments-in-healthcare-a-study-of-german-investments-in-indian-private-health-sector.html>)

Jahreshauptversammlung und Gesundheitspolitisches Forum des vdää*
und des Solidarischen Gesundheitswesens

Kritische Medizin von damals und bis heute – der Marburger Kongress von 1973 als Impulsgeber für ein solidarisches Gesundheitswesens (Arbeitstitel)

3.–5. November 2023 im Technologie- und Tagungszentrum in Marburg
(<http://www.ttz-marburg.de>)

Vorläufiges Programm

Freitagabend, 3. November

Marburger Kongress 1973 – Geschichte, Fragestellungen, Teilnehmende, Rezeption damals und später
*Paul Brettel und Karen Spannenkrebs fragen Zeitzeug*innen*

Gesundheitspolitisches Forum Kritische Medizin von damals und bis heute – der Marburger Kongress von 1973 als Impulsgeber für ein solidarisches Gesundheitswesens

Samstag, 4. November

Vormittag

Panel I Geschichte des vdää*, der Kritischen Medizin, der Ärzteopposition, des Bunds gewerkschaftlicher Ärzte

Abgedrftet: »Ganzheitliche Medizin« und die Folgen für die kritische Medizin – Nadja Rakowitz

Verlorengegangen: Gewerkschaftliche Orientierung – Udo Schagen (angefragt)

Steckengeblieben: Marsch durch die Institutionen – haben die Kammern noch eine Bedeutung für unsere Politik –
Bernhard Winter / N.N.

Panel II Kritische Medizin heute

- Politische Initiativen (vdää*, KritMeds, aktuelle Bewegung zum UKGM), Ärzt*inneninitiative gewerkschaftliche Organisierung bei Vivantes)
- Kritische Wissenschaft
- Kritische Praxis (medibüros, Poliklinik, medico international)

Nachmittag

Workshops parallel – alle Themen werden auf die Situation 1973 und heute bezogen diskutiert (Planung / Arbeitstitel)

1. KH-Reformen und Kämpfe der Krankenhausbeschäftigten (auch TVE in UKGM)
2. Ambulante Versorgung: Gruppenpraxen damals und heute: Was waren die Probleme damals und konnten / können sie in den aktuellen Projekten vermieden werden? Sind die Bedingungen heute besser als damals?
3. Arbeitsmedizin – Humanisierung der Arbeitswelt war damals Debatte. Warum ist das verloren gegangen? Verbindung zu den Gewerkschaften?
4. Psychiatrie – von der Psychiatrieenquete zur Psychiatriereform zu PEPP – Fragestellungen, Antworten, Probleme und auch Sackgassen 1973 bis heute
5. Reproduktive Selbstbestimmung – historische und heutige Kämpfe, Fragen, Konflikte, neue Probleme, Siege und Niederlagen
6. Gründung kritischer Organisationen wie mdm, medico international

Aktuelles aus der Gesundheitspolitik

Sonntag, 5. November

Mitgliederversammlung des vdää* (einschließlich Wahl eines neuen Vorstands)

Diskussion des neuen Kapitals des vdää*-Programms zu Klimawandel und Gesundheit

Anmeldungen sind ab sofort möglich bei der Geschäftsstelle des vdää*.

Eine Bettenbörse wird eingerichtet. Kinderbetreuung ist geplant.

Bitte frühzeitig melden bei info@vdaee.de

Geschäftsstelle des vdää* | Nadja Rakowitz | www.vdaee.de | www.facebook.com/vdaee

