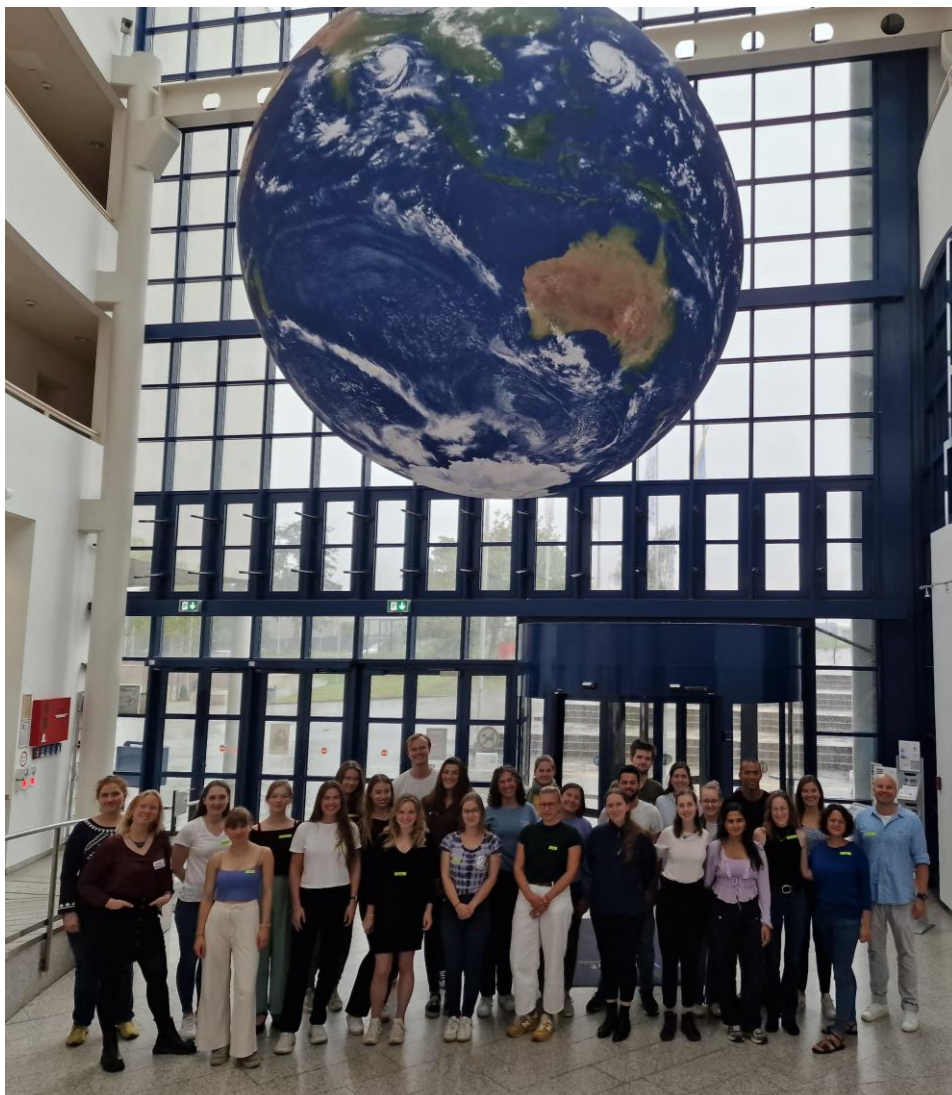


Wahlfach „Global Health“

der Universitäten Münster und Witten/Herdecke

mit Exkursion nach Genf 2. - 7. Oktober 2023



Inhaltsverzeichnis

Tag 1: Vorbereitungen in Münster (2. Oktober 2023)	2
1.1 Einführung in Global Health	2
1.2 GIZ - Deutsches Engagement für globale Gesundheit und nachhaltige Entwicklung.....	3
1.3 Global Health and the MDGs and SDGs	4
1.4 Global Burden of Disease and Social Determinants of Health	7
Tag 2: Vorbereitungen in Witten (3. Oktober 2023).....	9
2.1 Klimawandel und globale Gesundheit.....	9
2.2 Gender, maternal and child health.....	12
2.3 Refugee and Migrant Health	13
2.4 Global Mental Health	14
2.5 Nutrition and Health.....	15
2.6 Decolonizing Global Health	18
Tag 3: UNHCR und UNDP in Genf (4. Oktober 2023).....	20
3.1 Switzerland for UNHCR – “Noone chooses to be a refugee.”	20
3.2 UNDP - „Prevention is harder to fund. “	21
Tag 4: WHO in Genf (5. Oktober 2023).....	23
4.1 Das Polio-Ausrottungsprogramm der WHO	23
4.2 WHO Global Neglected Tropical Disease Program	24
4.3 Health Emergencies.....	25
4.4 Sexual and reproductive health and rights.....	26
4.5 Antimicrobial Resistance	28
Tag 5: GAIN, Palais des Nations und UNAIDS in Genf (6. Oktober 2023)	29
5.1 GAIN (Global Alliance for Improved Nutrition).....	29
5.2 Palais des Nations	30
5.3 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS).....	31
Danksagungen	32

Tag 1: Vorbereitungen in Münster (2. Oktober 2023)

1.1 Einführung in Global Health

Vorgelegt von PD Dr. Olaf Horstick

Eine Einführung in das Thema „Global Health“ erhielten wir Studierenden der Universitäten Münster und Witten von Herrn PD Dr. Olaf Horstick, dem wissenschaftlichen Leiter des Heidelberger Instituts für Globale Gesundheit. An unserem ersten Seminartag in Münster diskutierten wir verschiedene Definitionen von globaler sowie öffentlicher Gesundheit und stellten fest, dass diese Konzepte einige Merkmale teilen.

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit definiert als „state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1948). Demzufolge wird Gesundheit als ein idealer Zustand ganzheitlichen Wohlbefindens verstanden und bezieht sich nicht ausschließlich auf die Abwesenheit von Krankheit. „Global Health can be described with the objective to improve the health of human beings of all countries, promoting the well-being and avoiding preventable diseases and deaths.“ (Institute of Medicine, 2009). Dieser Begriffserklärung zufolge hat „Global Health“ das Ziel, die Gesundheit der Weltbevölkerung zu verbessern und zu fördern. Hier lassen sich bereits einige Gemeinsamkeiten zu der Idee der öffentlichen Gesundheit bzw. „Public Health“ erkennen. „Public Health“ wird beschrieben als „science and art of promoting and protecting health and well-being, preventing ill-health and prolonging life through the organised efforts of society.“ (Acheson, 1988). Die Präventionsmedizin, Gesundheitsförderung sowie die Verbesserung medizinischer Versorgungssysteme werden hierbei als wichtige Arbeitsbereiche angesehen.

Während des ersten Seminartages verschafften wir uns zudem einen Überblick über die wichtigsten Institutionen globaler Gesundheit und setzten uns näher mit ihrer Entstehungsgeschichte auseinander. Der Bereich „Global Health“ in der europäischen Medizin entwickelte sich im 19. Jahrhundert und stand in engem Zusammenhang mit dem Aufkommen der tropenmedizinischen und epidemiologischen Forschung. Zu dieser Zeit war der europäische Kontinent von mehreren schweren Epidemien betroffen. Des Weiteren begünstigte der aufstrebende Schiffsverkehr sowie Reisen in koloniale, tropische Gebiete die Ausbreitung bis dahin unbekannter Krankheitserreger. 1920 wurde von Staaten weltweit im Rahmen der Gründung des Völkerbundes verhandelt, enger auf internationaler Ebene im Gesundheitswesen zusammenzuarbeiten. In Folge des Inkrafttretens des Versailler Vertrages entstand 1920 die „Gesundheitsorganisation des Völkerbundes“, die Vorläuferorganisation der „Weltgesundheitsorganisation“ (WHO). Sie hatte zum Gründungszeitpunkt das Ziel, den Wissenstransfer und die Forschungskooperationen in der Medizin sowie die Kontrolle von Infektionskrankheiten zu verbessern. Die „Gesundheitsorganisation des Völkerbundes“ wurde im Jahr 1945 von der „Weltgesundheitsorganisation“ (WHO) abgelöst. Diese wurde in San Francisco als eine Unterorganisation der Vereinten Nationen gegründet und stützte sich auf die Überzeugung, dass Gesundheit ein fundamentales Menschenrecht darstellt und für Menschen weltweit zugänglich gemacht werden sollte. Um dieses Vorhaben umzusetzen, wurden von der WHO in den kommenden Jahren verschiedene Initiativen ins Leben gerufen. 1948 wurde die erste „International Classification of Diseases“ (ICD) herausgegeben, die Krankheiten genauer definierte und dazu dienen sollte, globale Gesundheitstrends besser zu erkennen.

Es wurden zudem zahlreiche internationale Gesundheitsstandards und -vorschriften ausgearbeitet und Programme zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten u.a. von Malaria, Pocken, Tuberkulose und Masern entwickelt. Ein weiterer Meilenstein der globalen Gesundheitsförderung war Ende des 20. Jahrhunderts die Gründung von „Public Private Partnerships“, wie beispielsweise der „Global Polio Eradication Initiative“. Diese Partnerschaften hatten den Zweck, finanzielle Mittel von privaten Geldgebern, nicht-staatlichen-Organisationen (NGOs) sowie öffentlichen Institution zu bündeln und diese in ein bestimmtes gesundheitliches Programm zu investieren. Mit der Konferenz von Alma Ata im Jahr 1978 erklärte die WHO die Verbesserung der primären Gesundheitsversorgung zu einem ihrer wichtigsten Ziele. Der auf dieser Konferenz ausgearbeitete „Health for All“- Ansatz sah es vor, weltweit vermehrt gesundheitliche Präventionsmaßnahmen umzusetzen. Neben der Behandlung von Krankheiten und der Bereitstellung von essentiellen Medikamenten, sollten Gesundheitssysteme beispielsweise auch die Durchführung gesundheitlicher Aufklärungskampagnen gewährleisten. Die Deklaration von Alma Ata wurde 1986 durch die „Ottawa Charter for Health Promotion“ ergänzt. Diese betonte die Relevanz der Gesundheitsförderung auf individueller Ebene in allen Bereichen des alltäglichen Lebens. Für die aktuelle globale gesundheitspolitische Agenda der WHO war darüber hinaus die Entwicklung der „Millenium Development Goals“ (MDGs) im Jahr 2000 und der „Sustainable Development Goals“ (SDGs) 2015 wesentlich.

Wir fassten zusammen, dass die interdisziplinäre Zusammenarbeit weltweit in der Forschung, Lehre und Praxis entscheidend ist, um globale Gesundheitsgerechtigkeit zu erreichen. Die Aufgabe internationaler gesundheitlicher Institutionen, wie beispielsweise der WHO, liegt darin, gesundheitliche Entwicklungen global zu überwachen, darauf basierende Handlungsempfehlungen zu entwickeln und lokale Akteure zu deren Umsetzung zu beraten. „Global Health“ und „Public Health“ stehen folglich in enger Verbindung zueinander. Laut Herrn PD Dr. Olaf Horstik kann globale Gesundheit auch als öffentliche Gesundheit auf weltweiter Ebene verstanden werden: „Global Health is Public Health on a global scale“.

1.2 GIZ- Deutsches Engagement für globale Gesundheit und nachhaltige Entwicklung

Vorgestellt von Maja Opua und Madeleine Kalisch

Auf den Einstieg von Olaf Horstik folgte ein Vortrag der von Maja Opua und Madeleine Kalisch von der Deutschen Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit (GIZ).

Die GIZ ist ein gemeinnütziges Bundesunternehmen und unterstützt Partner, Hauptauftraggeber ist dabei das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ), in Entwicklungsarbeit und Planung. Mit 25.422 Mitarbeitenden und ca. 1700 Projekten sind sie in rund 120 Ländern vertreten.



Zahlen zur Arbeit des GIZ, Quelle: Präsentation von Frau Opua

Frau Opua erklärte uns zuerst an einem Beispiel wie Erkrankungen durch kostspielige Behandlung und lange Anreise große Auswirkungen auf Bildungschancen für die Kinder der Erkrankten und auch wirtschaftliche Folgen für Familien haben kann, da Kosten durch (Kinder-) Arbeit oder Verkauf von Eigentum aufgebracht werden müssen. Entsprechend verdeutlicht dies die Bedeutung einer guten Gesundheitsversorgung.

Das BMZ teilt die Entwicklungspolitik in verschiedene Kernthemen - globale Gesundheit ist ein solches Thema wozu die BMZ mit dem GIZ regelmäßig Strategiepapiere herausgibt. Projekte können dabei bilateral oder multilateral sein. Ein Fokus wird dabei auf die Stärkung der Gesundheitssysteme v.a. der Basisversorgung, universeller Erreichbarkeit und dem Pandemieschutz, sowie der sexuellen und reproduktiven Gesundheit gelegt.

Bilateral meint, dass Deutschland mit einem anderen Land ein Vorhaben umsetzt. Ein Beispiel ist das Deutsch-Indische Programm zu Universal Health Coverage. Bei dem Vorhaben unterstützt das BMZ und die GIZ das indische Gesundheitsministerium bei der Umsetzung der staatlich finanzierten Krankenversicherung PM-JAY, welche 500 Mio. Bedürftigen einen kostenlosen Zugang zum Gesundheitssystem ermöglicht.

Multilaterale Partner sind zum Beispiel international agierende Fonds wie der Global Fund, Gavi, Unitaid oder FIND. Diese Initiativen kämpfen für unterschiedlich Themen, wie der Beendigung von HIV, Malaria, Tuberkulose oder der Verbesserung von Diagnostik und dem Zugang zu dieser. Multilaterale Zusammenarbeit umfasst auch die WHO-Gremien, wie die Weltgesundheitsversammlung, welche einmal im Jahr Ziele und Strategien der WHO vorgibt.

Auch die Nachwirkungen der Covid-19 Pandemie spielen eine große Rolle. Da die Verteilung des Impfstoffs an alle auf der Welt so schlecht funktionierte, hat das GIZ und das BMZ das Ziel formuliert, nachhaltige – also lokale – Produktion in Afrika zu fördern und zu etablieren. Die Unterstützung von Gavi versucht auch den Zugang zu Vakzinen, unabhängig vom Produktionsort, zu verbessern. Die Pandemie hat viele Probleme aufgezeigt und war in manchen Phasen auch von nationalen Alleingängen geprägt, als Lehre daraus wird momentan ein Pandemieabkommen verhandelt.

Deutlich wurde bei diesem Vortrag, dass effektive und nachhaltige Politik auf globaler Ebene von einer guten Kommunikation und Planung abhängt. Hierbei spielt vor allem das Ausformulieren von Ideen und die Übermittlung dieser eine entscheidende Rolle. Die Arbeit beim GIZ beinhaltet eine enge Zusammenarbeit mit Ministerien. In dieser Hinsicht sind die Aufgaben der GIZ, die Ministerien zu beraten und Strategien zur Umsetzung von geplanten Gesundheitsvorhaben vorzustellen.

1.3 Global Health and the MDGs and SDGs

Für die Agenda zur weltweiten Verbesserung der Gesundheitsversorgung waren die „Millenium Development Goals“ sowie die „Sustainable Development Goals“ maßgeblich. Im September 2000 wurde in New York von den Vereinten Nationen die sogenannte „Milleniumserklärung“ verabschiedet, aus welcher acht internationale Entwicklungsziele, die „Millenium Development Goals“ (MDGs), abgeleitet wurden.

Bis zum Jahr 2015 sollte durch enge internationale Zusammenarbeit erreicht werden, dass sich der in extremer Armut und Hunger lebende Anteil der Weltbevölkerung halbiert. Weitere Ziele beinhalteten die Verringerung der weltweiten Kindersterblichkeit, die Schaffung eines gerechten Zugangs zu Grundschulausbildungen, das Voranbringen der Gleichberechtigung der Geschlechter und die Förderung von Müttergesundheit. Vorhaben zur wirksamen Umsetzung von Umweltschutzmaßnahmen, zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten und zum Ausbau internationaler Entwicklungspartnerschaften wurden zudem in den MDGs festgehalten.

Obwohl die Millenniumsentwicklungsziele bedeutende Fortschritte in der globalen Entwicklungszusammenarbeit erzielten, sind ihre Ergebnisse kritisch zu hinterfragen. Im Rahmen der Veröffentlichung des im Jahr 2015 verfassten „MDG-Reports“, welcher die konkrete Umsetzung der MDGs evaluierte, wurde unter anderem bemängelt, dass nicht alle UN-Mitgliedsstaaten gleichermaßen an der Ausarbeitung der Agenda beteiligt waren. Die MDGs wurden überwiegend von „high-income-countries“ für „low-income-countries“ entworfen. Dies ließ den Eindruck entstehen, dass „Industrieländer“ ihre Ziele „Entwicklungsländern“ auferlegen wollten. Des Weiteren wurde darauf hingewiesen, dass der Report eine beschönigte Version der Datenauswertung präsentiert. Strukturelle und ökologische Aspekte der Transformation wurden darüber hinaus von den MDGs vernachlässigt.

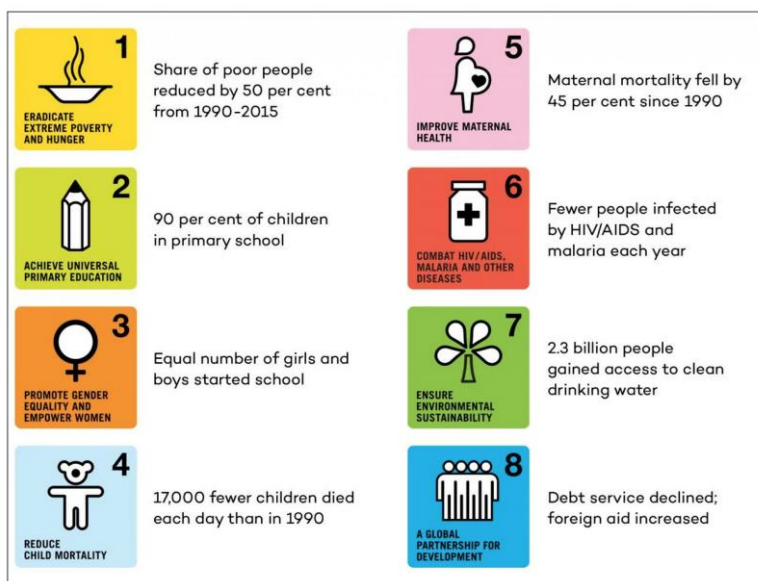


Abbildung 1) Auszüge aus dem Report der Millenium Development Goals 2015 (Quelle: <https://www.iisd.org/articles/deep-dive/what-world-learned-setting-development-goals>)

Auf dem Weltgipfel für nachhaltige Entwicklung wurde im September 2015 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen eine neue Agenda für das Jahr 2030 verabschiedet, im Rahmen derer einige MDGs übernommen und weiterentwickelt wurden. Während der Konferenz wurden 17 neue Ziele für nachhaltige Entwicklung formuliert, diese wurden durch weitere 169 Unterpunkte ergänzt. Im Gegensatz zu den MDGs, die die Bekämpfung von Armut und die Entwicklung von „low-middle-income-countries“ in den Mittelpunkt gerückt hatten, nahmen die SDGs konkreten Bezug auf die Nachhaltigkeitsagenda. Sie richteten sich gleichermaßen an die Länder des „Globalen Nordens“ und des „Globalen Südens“. 193 UN-Mitgliedsstaaten verpflichteten sich im Anschluss der Konferenz, die SDGs bis zum Jahr 2030 umzusetzen.

Die SDGs beinhalten weiterhin das Ziel, Armut und Hunger weltweit zu beenden. Zudem sehen sie vor, Ernährungssicherheit auf globaler Ebene zu gewährleisten und eine nachhaltige Landwirtschaft zu fördern. Der Einsatz für Gesundheit und Wohlergehen aller Menschen jeden Alters wurde außerdem in den Zielen verankert. Die Schaffung eines Zugangs zu hochwertiger Bildung, die Gleichstellung der Geschlechter, die Bereitstellung einer nachhaltigen Wasser- und Sanitärversorgung sowie der Ausbau von nachhaltigen Energieversorgungsstrukturen stellen weiterhin wichtige Bestandteile der Agenda dar. Bestehende Ungleichheiten innerhalb und zwischen Staaten gilt es laut den SDGs bis zum Jahr 2030 zu beseitigen. Zudem sollen nachhaltige Wirtschaftssysteme und Infrastrukturen ausgebaut und die Industrialisierung vorangebracht werden. Die Bekämpfung des Klimawandels, der Schutz von Ökosystemen an Land und im Wasser, das Bewahren der Artenvielfalt und die Förderung nachhaltiger Konsum- und Produktionsmechanismen bilden weitere Schwerpunkte der SDGs. Auch der weltweite Einsatz für Gerechtigkeit, die Schaffung resilienter Institutionen und die Stärkung globale Partnerschaften hat in der Agenda hohe Priorität.



Abbildung 2) Sustainable Development Goals (Quelle: https://de.m.wikipedia.org/wiki/Datei:Sustainable_Development_Goals.jpg)

Im Jahr 2023 wurde im Zuge der Veröffentlichung einer Zwischenbilanz der SDGs trotz vieler Erfolge erneut Kritik geäußert. Da kein Land bislang auf dem Weg ist, die SDGs bis 2030 zu erreichen, formulierten die Vereinten Nationen ein deutliches Statement: "It is time to sound the alarm. At the midpoint on our way to 2030, the Sustainable Development Goals are in deep trouble. A preliminary assessment of the roughly 140 targets with data show only about 12% are on track. About half of the targets are moderately or severely off track, despite some progress, and some 30% have either seen no movement or regressed below the 2015 baseline." (United Nations, 2023). Den Prognosen des Reports zufolge werden beispielsweise im Jahr 2030 weiterhin 575 Millionen Menschen in extremer Armut leben, nur ein Drittel aller Länder weltweit wird eine Halbierung der Armutsrate erreichen können und um geschlechtsspezifische Lücken im Recht zu schließen, wird es weitere 286 Jahre brauchen.

Die Sustainable Development Goals sind auf eine nachhaltige Transformation ausgerichtet, trotzdem gehen sie mit erheblichen Umsetzungsherausforderungen einher. Laut des SDG Reports von 2023 zählen die Bekämpfung von Infektionskrankheiten und nicht-übertragbaren Krankheiten, die Zunahme von Antibiotikaresistenzen sowie die Klimakrise zu den größten Herausforderungen der kommenden Jahre. Der Erfolg der SDGs ist sowohl von dem Engagement staatlicher Akteure und internationaler Organisationen als auch von der Zivilbevölkerung abhängig. Eine besondere Rolle kommt dabei den „high-income-countries“ zu, da sie historisch betrachtet die meisten Emissionen verursacht und durch ihren hohen Konsum und Lebensstandard die größten ökologischen und wirtschaftlichen Kosten zu verantworten haben.

1.4 Global Burden of Disease and Social Determinants of Health

Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) werden soziale Determinanten von Gesundheit bzw. „social determinants of health“ als die Umstände definiert, unter denen Menschen geboren werden, aufwachsen, leben, arbeiten und altern. Sie werden durch ein breiteres Spektrum äußerer Einflussfaktoren bestimmt und durch bestehende wirtschaftliche sowie politische Systeme geprägt. Zudem stehen sie in unmittelbarem Zusammenhang mit sozialen und kulturelle Normen. Daraus lässt sich ableiten, dass die Gesundheit eines Menschen unter anderem von seinem Einkommen, den vorhandenen sozialen Sicherungen, den Arbeitsbedingungen sowie dem Bildungsgrad abhängig ist. Weiterhin wirken sich Umweltbedingungen, wie beispielsweise die Wohnungsqualität, oder auch soziale Faktoren, wie gesellschaftliche Teilhabe oder das Fehlen von Diskriminierung, auf den persönlichen Gesundheitszustand aus.

Soziale Determinanten von Gesundheit sind auf individueller Ebene schwer beeinflussbar, daher bedingen sie zahlreiche gesundheitliche Ungleichheiten bzw. „health inequities“. Zu den wichtigsten Einflussgrößen gesundheitlicher Ungleichheiten zählen eine qualitativ schlechte Gesundheitsversorgung, finanzielle Unsicherheit, schlechte Wohnqualität, soziale Ausgrenzung, unzureichende Arbeitsbedingungen und ein Mangel an Arbeitsplätzen. In Ländern aller Einkommensniveaus folgen Gesundheit und Krankheit einem sozialen Gefälle. Je niedriger der sozioökonomische Status einer Person ist, desto schlechter ist tendenziell der Gesundheitszustand. Studien konnten belegen, dass die sozialen Determinanten von Gesundheit einen größeren Einfluss auf die individuelle Gesundheit haben können, als die vorhandene lokale Gesundheitsversorgung oder der persönliche Lebensstil. Diese Ungleichheiten sind laut WHO vermeidbar.

Um die Lücke zwischen dem derzeitigen Gesundheitszustand und der gesundheitlichen „Idealsituation“ zu veranschaulichen, wurde das Konzept „burden of disease“ entwickelt. Es dient der Quantifizierung von Todesfällen, Krankheiten, Behinderung sowie gesundheitlichen Risikofaktoren und ist aufgeteilt nach geographischen Regionen und Bevölkerungsgruppen. „The term burden of disease generally describes the total, cumulative consequences of a defined disease or a range of harmful diseases with respect to disabilities in a community. These consequences include health, social aspects, and costs to society. The gap between an ideal situation, where everyone lives free of disease and disability, and the cumulated current health status, is defined as the burden of disease.“ (Hessel, 2008).

Eine weitere Maßeinheit für die Lebensqualität ist das sogenannte „Disability Adjusted Life Year“ (DALY). Diese hat zum Ziel, Prioritäten zur Verbesserung von Gesundheit zu definieren und nimmt Bezug auf „burden of disease“, Mortalität und Risikofaktoren. DALY versucht, die individuelle Krankheitsbelastung konkret zu benennen und beschreibt die Anzahl an „verlorenen“ Jahren aufgrund von Krankheit, Behinderung oder aufgrund eines vorzeitigen Todes.

Im Zuge des Vortrages hielten wir fest, dass Gesundheit stark von übergeordneten weltpolitischen Zusammenhängen abhängig ist, die durch ein Individuum alleine nur schwer veränderbar sind. Interessanterweise können wirtschaftliche, politische und soziale Faktoren einen größeren Einfluss auf die Gesundheit eines Menschen nehmen, als die Qualität der vorhandenen gesundheitlichen Versorgungsstrukturen. Des Weiteren diskutierten wir, dass weltweit ein Wandel der größten Gesundheitsbelastung von übertragbaren Krankheiten („communicable diseases“) zu nicht-übertragbaren Krankheiten („non-communicable diseases“) zu verzeichnen ist. Gesundheitliche Interventions- und Präventionsmaßnahmen müssen demzufolge an diese Entwicklungen angepasst werden.

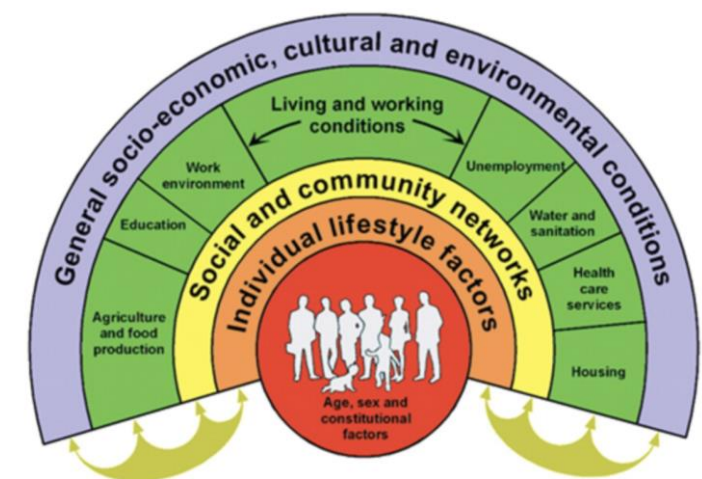


Abbildung 3) The main determinants of health (WHO, 2006), (Quelle: <https://www.mdpi.com/1660-4601/19/14/8384>)

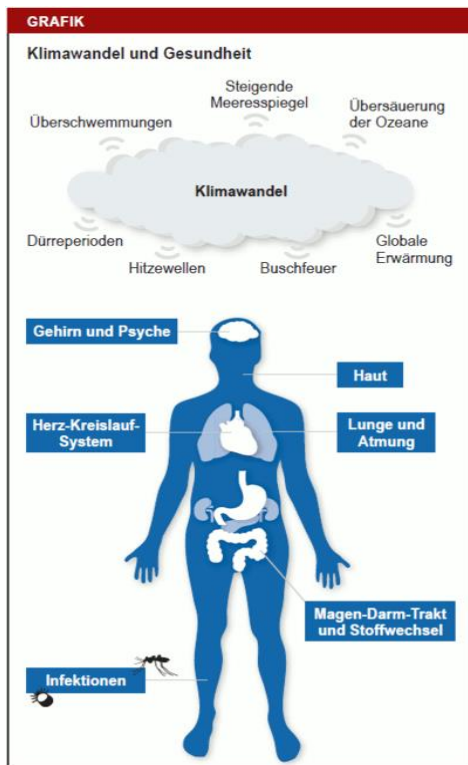
Tag 2: Vorbereitungen in Witten (3. Oktober 2023)

2.1 Klimawandel und globale Gesundheit

Der Klimawandel beschreibt eine langfristige Veränderung des Klimas auf der Erde. Diese Veränderungen werden hauptsächlich durch eine vermehrte Ansammlung von Treibhausgasen in der Atmosphäre verursacht, die zu einem Anstieg der globalen Durchschnittstemperatur führen und damit zu Auswirkungen auf die Umwelt, Ökosysteme und die menschliche Gesellschaft führen. Es wird differenziert zwischen dem anthropogenen und dem natürlichen Klimawandel. Während der natürliche Klimawandel sehr langsam voranschreitet und Naturereignisse wie Vulkanausbrüche, Gletscherzyklen und Warmzeiten umfasst, ist der anthropogene Klimawandel durch die Verbrennung von fossilen Brennstoffe und übermäßigen Verwendung von Treibhausgasen sehr beschleunigt. Globale Folgen des Klimawandels sind daher eine Zunahme der Durchschnittstemperatur, die zu Hitzewellen und für den Menschen langfristig zu hohen Temperaturen führt. Es kommt vermehrt zu Extremwetterereignissen: Die Niederschlagsmuster verändern sich, sodass längere Trockenzeiten und intensivere Regenfälle zu Wasserknappheit aber auch Überschwemmungen führen können. Der Boden wird insgesamt trockener und für die Landwirtschaft weniger ertragreich. Außerdem kommt es zu deutlich mehr Frostschäden. Darüber hinaus steigt der Meeresspiegel aufgrund des Schmelzens der Polareiskappen und Gletscher weiterhin an, sodass Inseln und Küstenregionen gefährdet sind. Ozeane absorbieren einen Großteil des vom Menschen erzeugten CO₂. Der saure pH-Wert gefährdet marine Ökosysteme. Die Artenvielfalt ist auch in anderen Ökosystemen durch die ausgereizten planetaren Belastungsgrenzen bedroht. Weitere globale Auswirkungen sind die Knappheit und Verschmutzung von Wasserressourcen, gesundheitliche Risiken, wirtschaftliche Instabilität, ein kritisches Auseinandersetzen mit dem steigenden Energiebedarf und der Energieerzeugung sowie Migration und Konflikte über begrenzte Ressourcen. Die globalen Folgen des Klimawandels betreffen nahezu alle Aspekte des menschlichen Lebens und der Umwelt und erfordern weltweite Anstrengungen zur Minderung und Anpassung, um die Auswirkungen zu begrenzen.

Der Klimawandel und die globale Gesundheit sind eng miteinander verknüpft:

1. **Extremwetter** werden definiert als Wetterereignisse mit einer starken Abweichung vom Durchschnitt. Besonders relevant sind extreme **Hitze**, vermehrte Sonneneinstrahlung und daraus resultierend Dürreperioden. Während Hitzewellen kann es zu einem Hitzeschlag kommen, welcher lebensbedrohlich ist. Der Körper überwärmt auf über 40°C und ist und ist nicht mehr in der Lage sich ausreichend durch Schwitzen abzukühlen. Symptome sind relevanter Wasser- und Elektrolytverlust, sodass es zu einem hypovolämischen Schock kommt. Außerdem kann ein Hirnödem entstehen, welches mit Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen und Bewusstlosigkeit einhergeht. Je nach Schwere können Krampfanfällen, Multiorganversagen oder der Hitzetod folgen. Der Hitzeschlag hat eine hohe Letalität. In Deutschland wurden im Jahr 2022 96 Hitzetote pro 1 Million Einwohner erfasst (Barcelona Institute for Global Health).



https://www.hausaerzte-oberberg.de/s/cc_images/cache_77414029.png

Klimaschutz = Gesundheitsschutz:
Der Klimawandel wirkt sich sowohl mittelbar als auch unmittelbar auf zahlreiche Organsysteme aus. Reduktion von schädlichen Klimaeinflüssen wirkt damit auch präventiv in Sachen Gesundheit.

Bei verstärktem Patientenandrang kann es schnell zur weiteren Überlastung der Gesundheitssysteme kommen: Schließung von OP-Sälen wegen zu hohen Temperaturen. Einfluss der Hitze auf das medizinische Fachpersonal führen zu Produktivitätseinbußen und erhöhten Fehlerraten. **Überschwemmungen** durch Fluten, Starkregen oder als Folge des Anstieg des Meeresspiegels können sowohl zur Zerstörung der Lebensgrundlage führen als auch zu erheblichen gesundheitlichen Risiken führen. Dazu zählen die Kontamination von Trinkwasser und eine daraus folgende mögliche Verbreitung von Infektionskrankheiten (z.B. Cholera). Die Wasserknappheit führt ebenfalls zu mangelnden Hygienebedingungen und

unzureichender sanitärer Versorgung. Ebenso kann die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln gefährdet sein, was in Mangelernährung und Hungersnöten resultiert und die Immunabwehr schwächt. Die niedrige Luftfeuchtigkeit in Kombination mit hohen Temperaturen schafft eine optimale Grundlage für die Verbreitung von **Waldbränden**. Es kommt zu einer erhöhten Feinstaubbelastung, welche zu Atemwegserkrankungen wie Asthma führen können und maligne Prozesse begünstigen. Darüber hinaus haben Extremwetterereignisse (insbesondere Naturkatastrophen) erhebliche Auswirkungen auf die psychische Gesundheit und begünstigen die Entstehung von Angststörungen, Depressionen und posttraumatischen Belastungsstörungen.

2. **Ausbreitung von Krankheiten:** Der Anstieg der Durchschnittstemperatur in vielen vorher gemäßigt-temperierten Gebieten schafft ein optimales Umfeld für die Ausbreitung von Krankheitserregern und Vektoren, die Tropenkrankheiten wie Malaria, Dengue-Fieber oder Zika-Virus übertragen. Die höheren Temperaturen beschleunigen ebenfalls die Vermehrung der Erreger. Das Verbreitungsgebiet der Vektoren verschiebt sich, sodass Bevölkerungen betroffen sind, die zuvor nicht erreicht wurden. Die steigenden Niederschläge und Überschwemmungen schaffen ideale Brutstätten für Krankheitsüberträger, die parasitäre Erkrankungen wie z.B. Bilharziose übertragen. Die Ausbreitung von Krankheiten aufgrund des Klimawandels ist eine ernsthafte globale Gesundheitsgefahr, sodass Anpassungsmaßnahmen nötig sind. Dabei stehen v.a. die Stärkung von nationalen Gesundheitssystemen, der Schutz vor Insektenstichen, die Verfügbarkeit von sauberem Trinkwasser sowie die Aufklärung der Bevölkerung im Vordergrund.
3. **Migration und Konflikte:** Klimawandel kann auch zu Umweltmigration führen, wenn Menschen gezwungen sind, aufgrund von Umweltveränderungen wie steigendem Meeresspiegel oder Hungersnöte durch unfruchtbare Böden, ihre Heimatorte zu verlassen. Dieses kann soziale Spannungen und Konflikte verstärken und indirekt die Gesundheit der betroffenen Bevölkerungen beeinträchtigen.

4. **Weitere medizinische Beispiele** für den Zusammenhang von Klimawandel und Gesundheit sind ein erhöhtes Hautkrebsrisiko durch die verstärkte UV-Belastung, die langfristig zu DNA Schäden führen kann. Ebenso kann eine langfristige Exposition gegenüber UV-Strahlen auch mit der Entwicklung eines Katarakts und/oder Makuladegeneration verbunden sein.

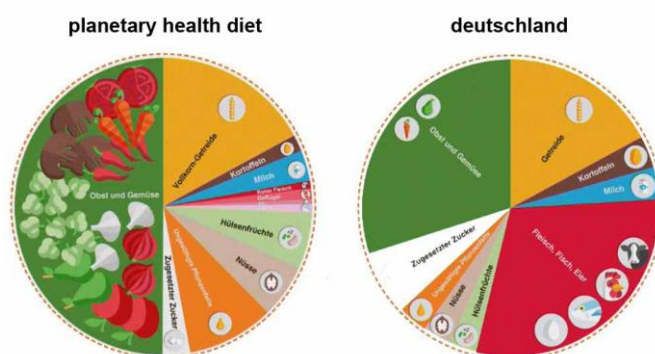
Health Inequity und Klimavulnerabilität

Gesundheitliche Ungerechtigkeit bezieht sich auf Unterschiede in Gesundheitsstatus und -zugang zwischen verschiedenen Gruppen von Menschen. Diese Unterschiede können durch soziale, wirtschaftliche, ethnische, geografische oder andere Faktoren verursacht werden. Einige Gruppen haben möglicherweise einen besseren Zugang zu Gesundheitsdiensten, bessere Lebensbedingungen, während andere benachteiligt sind und ein höheres Gesundheitsrisiko haben. Der Begriff Klimavulnerabilität bezieht sich auf die Anfälligkeit einer Bevölkerungsgruppe gegenüber den Auswirkungen des Klimawandels. Einige Gemeinschaften sind aufgrund von sozialen, wirtschaftlichen oder geografischen Faktoren stärker von den negativen Folgen des Klimawandels betroffen. Dieses kann beispielsweise durch unzureichende Ressourcen, schlechte Infrastruktur, geografische Lage (wie Küstengebiete mit steigendem Meeresspiegel) oder soziale Benachteiligung verstärkt werden. Häufig leiden Gruppen, die bereits von gesundheitlichen Ungleichheiten betroffen sind, mehr an den Gesundheitsauswirkungen des Klimawandels.

Ungleichheit und Ungerechtigkeit in der Gesundheit kann im Vergleich zwischen Ländern bestehen: So steigen z.B. die Temperaturen in der Sahelzone 1,5x schneller als im globalen Durchschnitt, sodass diese Länder mehr von Dürre und den daraus folgenden Hungersnöten betroffen sind. Reiche Industrieländer hingegen tragen durch ihre CO₂ Emission signifikant mehr zur Klimakrise bei aber können sich auch durch die größeren Ressourcen besser an diese anpassen. Innerhalb von einem Land kann es auch zu Ungleichheiten kommen: Zum Beispiel wurden beim Hurricane Katrina 2004 die meisten Todesfälle bei armen/benachteiligten Menschen verzeichnet. Ebenfalls bestehen Ungleichheiten zwischen den Generationen: 88% der klimaassoziierten Krankheiten in *low and middle income Ländern* entfällt auf Kinder unter 5 Jahre. Alte, chronisch kranke und behinderte Menschen sind außerdem besonders vulnerabel. Gesundheitsungleichheiten durch den Klimawandel können auch zwischen Spezies besehen. Der antropogenen Klimawandel führt zu einem Artensterben.

Förderung planetarer Gesundheit

Die Förderung der planetaren Gesundheit erfordert eine umfassende, interdisziplinäre Herangehensweise und die Zusammenarbeit auf lokaler, nationaler und internationaler Ebene. Regierungen, Gemeinschaften, Unternehmen und Einzelpersonen sollten gemeinsam handeln, um eine nachhaltige und gesunde Zukunft zu schaffen.



<https://souffood-nutrition.de/wp-content/uploads/2020/08/planetary-health-diet.jpg>

Kernziele sind dabei eine nachhaltige Entwicklung zu fördern, Klimaschutzmaßnahmen zu ergreifen (Reduzierung Treibhausgasemission, Förderung erneuerbarer Energien usw.), Förderung von umweltfreundlichem Bewusstsein und Lebensstil, Schutz der Biodiversität, Stärkung von Gesundheitssystemen, sozialer Gerechtigkeit und globaler Zusammenarbeit. Transformatives Handeln ist entscheidend, um die negativen Auswirkungen des Klimawandels einzudämmen und gleichzeitig eine gerechte und nachhaltige Gesellschaft zu fördern. Es erfordert einen mutigen und umfassenden Ansatz, um die notwendigen Veränderungen zu bewirken und eine lebensfähige Zukunft für kommende Generationen zu sichern.

Konkrete Alltagsbeispiele:

- Das Ernährungssystem ist eine relevante Triebkraft von Klimawandel, Biodiversitätsverlust, Wasser- und Landnutzung: Zwischen 17 und 32 Prozent der weltweiten Treibhausgas-Emissionen entstehen durch die Landwirtschaft. Die **Planetary Health Diet** ist eine Ernährungsrichtlinie, die darauf abzielt, sowohl die Gesundheit der Menschen als auch die Gesundheit des Planeten zu fördern. Sie wurde von einer Gruppe von Wissenschaftlern im Rahmen des EAT-Lancet-Berichts entwickelt. Die Idee ist, Ernährungsmuster zu fördern, die sowohl den Bedürfnissen der wachsenden Weltbevölkerung gerecht werden als auch die ökologischen Grenzen des Planeten respektieren. Dazu zählen z.B. ein verringerter Konsum von tierischen Produkten, erhöhter Konsum von Gemüse und Hülsenfrüchten oder regionale, saisonale Lebensmittel
- Brennstoffbetriebene Transportmittel sind relevante Verursacher von CO₂-Emissionen: Rund 18% der weltweiten Treibhaus-Emissionen entstehen durch den Verkehrssektor. **Aktive Fortbewegung** (z.B. Fahrradfahren, Gehen) ist eine gesunde Alternative zu motorisierten Transportmitteln und hat langfristige Benefits wie die Reduktion von Übergewicht und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie positive Effekte auf die mentale Gesundheit und eine durchschnittlich längere Lebenserwartung.

2.2 Gender, maternal and child health

Gender, maternal and child health are three closely interlinked topics within the interdisciplinary sphere of global health. Not only do they each come with their respective challenges, but they also highlight inequalities in the world and emphasize the importance of an integrative approach to global health.

“Every 7 seconds, a woman or newborn dies, or a baby is lost to stillbirth. Most of these deaths are preventable with quality healthcare before, during and after childbirth.” This quote extracted from a WHO infographic illustrates the unacceptable current state regarding maternal and child health. Maternal health encompasses the health of women during pregnancy, childbirth, and the postnatal period. A key indicator of maternal health is the maternal mortality. There were an estimated 287,000 maternal deaths in 2020. The majority occurred in low- and low- middle- income countries due to preventable or treatable causes. Regional differences in maternal mortality rates show the influence of the socioeconomic status on health care, with women in these countries facing higher health risks and multifaceted barriers in accessing healthcare services.

Additionally, early pregnancies and child marriage, insufficient reproductive health and rights, and gender specific inequalities are constituents of the issue.

Among other things, the well-being of mothers significantly influences the early development and overall health outcome of their children. However, this is only one aspect of child health. In 2020, 5 million children under 5 years died, with 2.3 million of these children being neonates. Malnutrition, insufficient access to vaccinations, water and sanitation gravely impact children's health and development. Child labour, lack of education and other social factors prevent them from prospering.

How does gender factor into this? Gender-dynamics heavily influence maternal and child health, as well as overall health. Disparities in life expectancy, the prevalence of certain diseases and the access to healthcare exist between genders. Societal norms, cultural practices like female genital mutilation (FGM), discrimination and unequal distribution of resources contribute to gender-based health inequalities, shaping the health outcomes of women and children. It is pivotal to consider and address these gender-specific factors to provide anyone with the opportunity to be healthy and thrive.

In addition to this, there are multifaceted strategies to improve maternal and child health. Ensuring women and children can access quality health care and providing mothers with preventative, pre- and postnatal care by trained professionals is key. Moreover, we need to equip women with the resources regarding their sexual and reproductive rights and enable them to make informed decisions about their reproductive health. Fighting malnutrition, extending vaccination programs, and educating society on physical and mental health will improve health of children as well.

The BRAC Manoshi-approach in Bangladesh poses a positive example of such strategies, particularly tackling the insufficient access to healthcare. Health workers visit door to door in rural areas, assessing risks during pregnancy and providing antenatal care. Eventually, they can refer mothers to BRAC Maternity Centres or government facilities, where they can deliver their babies safely. After birth the health workers continue their door-to-door service for postnatal care. During the past year, 477,000 preventative care services, over 255,000 prenatal care services have been provided and 14,000 babies were delivered safely.

In conclusion, we have got a long way to go regarding gender, maternal and child health. It is an ongoing journey, demanding to bridge gaps in global inequalities, work toward gender equality and consider the respective challenges within each of these topics.

2.3 Refugee and Migrant Health

Annika started her presentation on Refugee and Migrant Health by clarifying the terms "refugee" and "migrant". Refugees are persons fleeing conflict or persecution and must not be expelled or returned to situations where their life and freedom are at risk, as defined in Article 1 of the 1951 Convention Relating to the Status of Refugees. On the other hand, there is no universally accepted definition for the term "migrant". The UN considers any person who changes his or her country of usual residence an international migrant. The international law guarantees universal access to health care for both groups in line with the 2030 Agenda for Sustainable Development, in particular with Sustainable Development Goal 3, to ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages.

As of 2022 there are 1 billion people on the move globally, being 1 in 8 of the global population. Among these there are 108.4 million forcibly displaced people, including 43.3 million children. More than half are internally displaced people and about one third has the legal status of “Refugee”.

Refugees and migrants are a diverse group with a variety of health needs, suffering from worse health outcomes in countries of transit and destination. During the dangerous journey, the risk of accidental injuries, hypothermia and burns is increased. Furthermore, there is no care for chronic diseases on the journey available, leading to often poorly controlled non-communicable diseases at arrival. Likewise, the social, political and economic exclusion leading to poverty, homelessness and exploitation can also cause a higher risk for noncommunicable diseases. There is also an increased risk of communicable diseases, particularly measles, and food- and waterborne diseases because of the inadequate access to food and water, sanitation and other basic services on the journey or in refugee camps. The traumatic or stressful experiences often lead to mental health problems, among them feelings of anxiety and sadness, hopelessness, difficulty sleeping, fatigue, irritability, anger or aches and pains. Migrants and refugees have a higher risk of depression, anxiety and post-traumatic stress disorder (PTSD) than the host population. Maternity care is a typical first point of contact with the host country’s health system for female refugees and migrants due to the increased risk of unwanted pregnancy and delivery-related complications.

There are multiple barriers to access to health services for refugees and migrants in the host countries. Among them are inadequate or restricted access to health services, particularly in humanitarian settings shortages of medicines and lack of healthcare facilities. Language barriers and inadequate interpreting services, as well as poor cultural competency among health providers and xenophobia, discrimination and stigma can hinder the access, while low levels of health literacy, substandard living, housing and working conditions both limit the access and increase the risks to health.

In response to these challenges the WHO established the Health and Migration Programme, working with countries to build strong health systems that are sensitive to the needs of refugees and migrants.

2.4 Global Mental Health

The increasingly relevant topic of Global Mental Health was presented by Tristan. He introduced us to the history of Global Mental Health, which already began with Brock Chisholm, the First Director-General of the WHO, who claimed “Without mental health, there can be no true physical health”.

Nevertheless, Mental Health was neglected for a long time, as becomes clear in the “Mental Health Action Plan 2013 – 2030” by the WHO, which states: “Action must be taken to address decades of inattention to and underdevelopment of mental health services and systems, human rights abuses and discrimination against people with mental disorders and psychosocial disabilities”.

The urgency to focus on Global Mental Health becomes clear when looking at the numbers: Suicide is the second most common cause of death for “young people”, elderly and marginalized groups also being predisposed. Depression accounts for 4.3% of the global burden of disease and 11% of all years lived with disability globally. It is predicted that the loss of economic output will amount to US\$ 16.3 trillion between 2011 and 2030.

The neglect is especially evident in Health Resources in Low and Middle Income countries, where 76-85% receive no mental health treatment, compared to 35-50% in High Income Countries. Global spendings per capita on mental health are less than \$2, and less than \$0.25 in LIC. Half the world's population has access to one psychiatrist per 200,000 people.

In order to improve Global Mental Health, the Mental Health Action Plan 2013 – 2030 consists of Four Pillars: To strengthen effective leadership and governance for mental health, to provide comprehensive, integrated and responsive mental health and social care services in community-based settings, to implement strategies for promotion and prevention in mental health, and to strengthen information systems, evidence and research for mental health.

2.5 Nutrition and Health

Status quo: Zwischen Hunger und Übergewicht

Die weltweite Ernährungssituation verzeichnet über die letzten Jahrzehnte insgesamt einen positiven Trend, welcher vor allem mit der fortschreitenden Globalisierung zusammenhängt. Technologischer Fortschritt, erhöhte Nahrungsmittelproduktion, innovative Anbaumethoden, globale Zusammenarbeit und humanitäre Hilfen (z.B. Initiativen zur Hungerbekämpfung) sind dafür die Hauptfaktoren. Diese Bemühungen führten dazu, dass in einigen Teilen der Welt die Zahl der Menschen, die an Hunger leiden, zurückging. Dieser positive Trend wurde vor allem durch die globalen Auswirkungen der COVID-19-Pandemie sowie jahrelang bestehende Konflikte und Bürgerkriege unterbrochen und hat sich bisher noch nicht wieder komplett erholt. Ebenso hat der Krieg gegen die Ukraine starke Auswirkungen auf die globale Lebensmittelversorgung, sodass eine Ernährungskrise droht. Hinzu kommen Ernteauffälle infolge des Klimawandels. Etwa 2,3 Milliarden Menschen haben keinen gesicherten Zugang zu gesunder, sicherer und ausreichender Nahrung (2022). Davon litten rund 735 Millionen Menschen an Hunger (v.a. in Asien und Afrika). Rund 122 Millionen mehr als im Jahr 2019 (SDG Fortschrittsbericht 2023). Das SDG-Ziel 2, "Kein Hunger" wäre auch ohne die Pandemie herausfordernd bis 2030 zu erreichen. Jedoch haben Studien gezeigt, dass alle Menschen ernährt werden könnten. Dieses unterstreicht die Notwendigkeit verstärkter globaler Anstrengungen, um das Agrar- und Ernährungssystem nachhaltig umzugestalten und Ernährungssicherheit langfristig zu schaffen.

Ein weiterer besorgniserregender Aspekt ist die Prävalenz von Übergewicht und daraus entstehende Gesundheitsprobleme (z.B. Diabetes Mellitus + Folgeerkrankungen, kardiovaskuläre Erkrankungen). 37 Millionen Kinder sind schätzungsweise von Übergewicht betroffen. Diese Zahl macht deutlich, dass die aktuellen Herausforderungen im Bereich der Ernährung nicht nur die Mangelernährung, sondern auch die Art der Nahrung betrifft. The Lancet formuliert 2019 dazu:

„The double burden of malnutrition is the coexistence of overnutrition (overweight and obesity) alongside undernutrition (stunting and wasting) [...]“. Die Tendenz zur Überernährung in low- and middle income countries nimmt zu, was auf verschiedene Faktoren zurückgeführt werden kann. Aufgrund des wirtschaftlichen Fortschritts und der zunehmender Urbanisierung ändert sich der Lebensstil in vielen LMIC.

Die Verfügbarkeit von preiswerten, energiedichten Lebensmitteln (Fast Food, zuckerhaltige Lebensmittel) ist in den Städten höher als auf dem Land und traditionelle Ernährungsgewohnheiten ändern sich. Menschen mit niedrigerem Einkommen haben in Städten begrenzteren Zugang zu frischen und gesunden Lebensmitteln und greifen daher zu den günstigeren verarbeiteten Lebensmitteln. Außerdem besteht ein Mangel an Aufklärung wie sich eine gesunde Ernährung zusammensetzen sollte und wie diese die Gesundheit beeinflusst. Ebenso bestehen in einigen LMIC weniger strenge Vorschriften für Werbung von ungesunden Lebensmitteln. Stadtentwicklungen tragen ebenfalls zu einem weniger bewegungsintensivem Leben bei, da mehr Distanzen ohne motorisierte Transportmittel nicht zu bewältigen sind. Trotzdem ist die Ernährung in Städten diverser, da der Zugang zu unterschiedlichen Nahrungsmittelgruppen höher ist. Die demographischen Entwicklungen führten zu einer weltweiten Zunahme der Menschen, die in Städten lebten. Gleichzeitig nahm dazu die Trennschärfe zwischen Stadt und Land ab, da mehr periurbane Regionen entstanden. Die Ernährungsweise gleicht sich an.

Globale Maßnahmen zur Welternährung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt sich für verschiedene Maßnahmen im Bereich der Ernährung ein:

- **Richtlinien für gesunde Ernährung:** Diese umfassen Empfehlungen zur Aufnahme von Nährstoffen, zur Reduzierung des Verzehrs von zucker- und fettreichen Lebensmitteln sowie zur Förderung einer ausgewogenen Ernährung.



<https://www.bmz.de/de/agenda-2030/sdg-2>

- **Bekämpfung von Unterernährung:** Die WHO engagiert sich in der Bekämpfung von Unterernährung, insbesondere bei gefährdeten Bevölkerungsgruppen wie Kindern und Schwangeren. Programme zur Verbesserung der Ernährungssicherheit, zur Bereitstellung von Nahrungsergänzungsmitteln und zur Förderung von Stillen gehören zu den Maßnahmen.
- **Überwachung von Ernährungsdaten:** Die WHO sammelt und analysiert weltweit Ernährungsdaten, um Entwicklungen zu erkennen und politische Entscheidungsträger mit fundierten Informationen zu versorgen. Dies ermöglicht eine evidenzbasierte Entwicklung von Maßnahmen zur Verbesserung der Ernährungssituation.
- **Bekämpfung von Übergewicht:** Die WHO adressiert auch die steigende Prävalenz von Übergewicht und Folgeerkrankungen durch Maßnahmen wie die Förderung einer ausgewogenen Ernährung, die Beschränkung des Zuckerkonsums und die Erhöhung der körperlichen Aktivität.
- **Förderung von gesunden Lebensstilen:** Die WHO ermutigt zu gesunden Lebensstilen, die eine ausgewogene Ernährung, ausreichende körperliche Aktivität und den Verzicht auf schädliche Verhaltensweisen wie Tabak- und Alkoholkonsum einschließen.
- **Internationale Zusammenarbeit:** Die WHO arbeitet eng mit anderen internationalen Organisationen, Regierungen und NGOs zusammen, um gemeinsame Strategien zur Verbesserung der globalen Ernährungssituation zu entwickeln und umzusetzen.

Diese Maßnahmen zeigen das breite Engagement der WHO im Bereich der Ernährung, das darauf abzielt, die öffentliche Gesundheit weltweit zu verbessern und ernährungsbedingten Krankheiten entgegenzuwirken. Die **Food and Agriculture Organization (FAO)** ist ebenfalls von der UN gegründet und ihr Hauptziel ist es, die weltweite Ernährungssicherheit zu fördern, nachhaltige Landwirtschaft zu unterstützen, die Lebensbedingungen der ländlichen Bevölkerung zu verbessern und Hunger zu bekämpfen. Die Organisation fördert die Zusammenarbeit zwischen Ländern, um gemeinsame Herausforderungen im Bereich der Landwirtschaft und Ernährung anzugehen. Sie bietet Plattformen für den Austausch bewährter Praktiken und unterstützt die Entwicklung internationaler Standards im Agrarsektor. Die FAO und die UN General Assembly unterstützen weitere Organisationen wie. z.B. **World Food Programme**, die vor allem den Fokus auf projektbezogene Arbeit vor Ort legen und Katastrophenhilfe leisten.

Herausforderungen der Entwicklungszusammenarbeit

Zahlreiche Programme der UN und von NGOs haben bereits zu einer Reduktion von Hunger und Mangelernährung beigetragen. Ein weiterer entscheidender Aspekt der Entwicklungszusammenarbeit ist die Idee der "Hilfe zur Selbsthilfe": Durch den Aufbau lokaler Strukturen, die Stärkung von Gemeinschaften und Aufklärungsarbeit zu gesunder Ernährung werden die Menschen in die Lage versetzt, ihre Ernährungssituation langfristig zu verbessern und dieses Wissen weiterzugeben. Dieser Ansatz fördert nachhaltige Lösungen, die über die Dauer der Entwicklungsprojekte hinausreichen. Insbesondere in Katastrophenfällen bietet eine globale Zusammenarbeit oft die einzige Möglichkeit für sofortige und effektive Hilfe. Auf der anderen Seite können Gebernationen von stabileren globalen Bedingungen profitieren, die Handelsmöglichkeiten und Sicherheit fördern. Einige Programme neigen trotzdem dazu, einseitig darauf ausgerichtet zu sein, wirtschaftlich vor allem den Geberstaaten zu nützen. Die Bedürfnisse der Empfängerländer werden dabei häufig nicht erkannt. Die fehlende Kenntnis über die lokale Lage kann zu ineffizienten Projekten führen. Ohne ein Verständnis der kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Dynamiken vor Ort können gut gemeinte Initiativen ihre Ziele verfehlen.

Auch kann Entwicklungshilfe wirtschaftliche Abhängigkeiten verstärken. Wenn Entwicklungszusammenarbeit nicht darauf abzielt, die Selbstständigkeit und Eigenständigkeit der Empfängerländer zu fördern, könnten diese in einer Position der langfristigen Abhängigkeit von externer Hilfe bleiben. Oft kritisiert wird ebenfalls die Verwicklung in Korruption, wodurch ein Teil der Investitionen die Bedürftigen nicht erreichen. Viele Entwicklungsprojekte sind darüber hinaus groß angelegt, was dazu führen kann, dass lokale Märkte (z.B. Kleinbetriebe) darunter leiden, da die Projekte die Marktbedingungen verzerren und lokale Initiativen benachteiligen anstatt sie zu stärken. Die UN-Organisationen, die sich vor allem um die Entwicklungshilfe in Bezug auf Ernährung kümmern, unterliegen direkten Abhängigkeiten: Zu einem großen Teil sind die Projekte privat über Spenden finanziert, die zweckgebunden abgegeben werden. Große Summen werden dabei von großen Nahrungsmittelkonzernen wie z.B. Nestlé oder Ferrero gegeben, welche ihre eigenen Interessen haben. Zudem bestehen weitere indirekte Abhängigkeiten zu einem der Hauptsponsoren (Bill & Melinda Gates Foundation), welche auch in Nahrungskonzerne wie Walmart, Coca Cola oder Anheuser-Busch investieren.

2.6 Decolonizing Global Health

To work on the issue of decolonising global health, it is crucial to take a closer look on how it got colonised in the first place and how the impacts of colonialism are still influencing the global health world today. There are direct and more indirect influences of which I will only be able to name a few examples. Global health nowadays (as in “high income countries from the global north need to support low income countries from the global south in addressing their health problems”) has become necessary mainly due to colonial politics in the past which ensured a continuous imbalance in wealth and power between colonised countries and those who colonised them. The latter still profit from extraction of raw materials and exploitation of workforce while, at the same time, their industry is responsible for the increase in greenhouse gases (and therefore the climate change) to a vast extend. The countries who suffer the most from the results of the changing climate however, are low/middle income countries of the “global south” who then need support from global health workers when facing for instant catastrophes like droughts, tsunamis or forest fires. Some direct and perhaps more tangible global health impact of colonialism would include the British opium production and trade (which led to addiction and health problems in India and China), the historical trauma caused by the forced displacement and slaughter of indigenous populations in various locations or French nuclear testing in the pacific.

But as Angela Bruce-Raeburn from the IBP Network points out: „*‘Decolonising’ doesn’t mean to erase the status quo where we are now, we can’t erase the history.*“ (<https://www.youtube.com/watch?v=w2GIT2sSZKg>)

So what does ‘Decolonising global health’ mean? *“Decolonisation starts with the recognition that the institutions within which we work, study and live are rooted in historic violences, and that these violences were not erased (...). We understand decolonisation movements as both recognizing, making visible and working to address the legacies that colonialism, empire, racism, and patriarchy continue to have, and envisioning a world beyond these repressive structures.”* (<https://decolonisinglse.wordpress.com/about/what-is-decolonisation/>)

This concept applies on bigger and smaller levels, from global politics to the field work of a single employee in a global health NGO. Heightened sensitivity concerning language and problematic terms such as ‘global north/south’ (as used in this very article), ‘developing/developed countries’ or ‘high/low income countries’ is a goal just as more sustainability in the support of local and global health systems is. Instead of planning projects for countries without having any actual experience with their problems, their health system and their culture, global health organisations need to shift their efforts towards including local experts, leaders and workforce in the planning process as well as in the project itself. However, a huge obstacle for all organisations making efforts to decolonise their structure is the funding architecture. With organisations in need of funding on the one hand and donors with their own agendas, priorities (and often high income country centered world view) on the other hand, the organisations’ freedom in planning funded projects often is limited.

“If global health institutions are serious about their commitment to working against the legacies of colonialism and fighting racism, then they will need to give up some or all of their power. That means a radical redistribution of funding away from HICs, a loss of epistemic and political authority, and a limitation to our power to intervene in LMICs. That is unlikely to happen.” (Hirsch LA. Is it possible to decolonise global health institutions? Lancet. 2021)

As much as this approach might seem cynical at first glance, recent events during the COVID-19 pandemic (as for example in the distribution of vaccines and medical equipment) prove that there is a huge gap between the utopic vision of decolonising global health and the reality of what actually gets to happen.

Tag 3: UNHCR und UNDP in Genf (4. Oktober 2023)

3.1 Switzerland for UNHCR – “Noone chooses to be a refugee.”

Vorgestellt von Ruxanda Cornescu

Am Mittag trafen wir Ruxanda Cornescu von "Switzerland for UNHCR", ein nationaler Partner des UNHCR, welcher in der Schweiz Spenden sammelt und Aufmerksamkeit für Geflüchtete weckt.

Die UN gründete den UNHCR 1950 als Reaktion auf die großen Flüchtlingsströme nach dem Zweiten Weltkrieg. Sein Mandat war zunächst zeitlich begrenzt, wurde dann aber verlängert und die Zuständigkeit erweitert. Heute betreut der UNHCR mit ca. \$10 Mio. Budget (2023) 21,3 Mio. Flüchtlinge (2021), davon getrennt ist die Arbeit der UNRWA, welche palästinensische Flüchtlinge unterstützt.



Besucherzentrum, Quelle: Eigene Aufnahme

Die meisten Vertriebenen sind Binnenvertriebene, danach kommen Flüchtlinge unter UNHCR Mandat, deren Zahl leider seit mind. 9 Jahren kontinuierlich steigt. Hauptaufnahmeländer sind Türkei und Iran, die meisten Binnenvertriebene sind in Kolumbien.

Die Definition des Flüchtlings, wie sie vom UNHCR verwendet wird, basiert auf dem Genfer Flüchtlingsabkommen von 1951 und beschreibt einen Flüchtling als eine Person, die sich außerhalb seines Landes befindet und eine begründete Furcht hat.

Der UNHCR unterstützt Flüchtlinge, Asylsuchende oder Binnenvertriebene aber auch Staatenlose und Rückkehrer in 135 Ländern. Wichtige Hilfen sind dabei zunächst Unterkunft, Sicherheit und Nahrung, aber auch medizinische Versorgung und Bildung sind wichtige Güter, die der UNHCR versucht bereit zu stellen.

Die beste Unterstützung ist laut Frau Cornescu die Bereitstellung von Geld und Arbeit für die Geflüchteten, da sie so individuelle Bedürfnisse befriedigen und an der lokalen Wirtschaft teilnehmen können, während gleichzeitig Korruption verhindert und Integration gefördert wird. Flüchtlingscamps, wie man sie in den Medien oft sieht, sind eigentlich nur die letzte Wahl. Sie bieten einerseits wenig Freiräume und Möglichkeiten für Flüchtlinge und brauchen zusätzlich ein hohes Maß an Verwaltungsarbeit und ein Zusammenspiel von vielen (internationalen) Organisationen. In der Zusammenarbeit mit anderen Hilfsorganisationen übernimmt der UNHCR meist die Bereitstellung der Unterkünfte und die Koordination, idealerweise gibt es aber auch Schulen und Arbeitsmöglichkeiten. Zum Teil können diese Zelt-Camps zu Kleinstädten heranwachsen, jedoch ohne adäquate Infrastruktur oder Arbeitsmöglichkeiten.

Krisen kann man in verschiedene Kategorien aufteilen. Zunächst gibt es neue Krisen, wie vielleicht die Ukraine, hier gibt es viel internationale und mediale Aufmerksamkeit und viele Spenden. Gerade die Ukraine habe zu großer Spendenbereitschaft in der Schweiz geführt. Langwierige Krisen sind zum Beispiel in Syrien, Jemen oder Afghanistan. Das sind Konflikte, die schon lange andauern und Geflüchtete für Jahre oder Jahrzehnte nicht zurückkönnen. Schließlich gibt es noch stille Krisen, z.B. im Sahel, in Süd Sudan oder Mozambique. Das sind Konflikte, die keine Aufmerksamkeit bekommen und dadurch sehr unterfinanziert sind.

Es gibt viele Spendengelder, das große Problem ist, dass die Spender sie „earmarken“, d.h. die Spender das Geld an einen bestimmten Zweck binden. Somit sind die Verteilung und die Wirksamkeit der Spenden ineffizienter, als sie sein müssten. Das Problem der zweckgebundenen Spenden ist ein Problem, das in den folgenden Tagen unserer Reise nicht nur Frau Cornescu beanstandet hat.

Der UNHCR vertritt die Schwächsten in Konflikten, er steht dabei zwischen den politischen und realen Fronten. Dass niemand ein Flüchtling sein möchte, wird bei den Camps und den Fluchtrouten sehr deutlich. Gewaltsame Konflikte waren aus europäischer Sicht in der Vergangenheit geglaubt, nicht erst der Ukrainekrieg, sondern auch die Arbeit des UNHCR zeigt, wie weit entfernt dieser Wunsch doch noch ist.

3.2 UNDP - „Prevention is harder to fund.“

Vorgestellt von Fabien Lefrancois

Am Mittwochabend besuchten wir das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP). Ziel der Organisation ist die nachhaltige Entwicklung und Armutsbekämpfung, indem es mit Regierungen, NGO's und dem Privatsektor zusammenarbeitet. Die Ausgaben für das UNDP beliefen sich 2021 auf \$5,4 Mrd. und ist damit eines der größten UN-Organisationen – sogar größer als die WHO (\$ 3,7 Mrd.).

Neben anderen Themen ist die Gesundheitsversorgung ein Aspekt, dem sich das UNDP widmet. Zu diesem Thema hat uns Fabien Lefrancois seine Arbeit im Bereich der Bekämpfung von HIV, Tuberkulose und Malaria vorgestellt und mit uns diskutiert.

Das UNDP fokussiert sich bei der Unterstützung einzelner Regierungen auf möglichst nachhaltige Entwicklung. Fabien Lefrancois beschreibt dabei eine Ko-Abhängigkeit von Entwicklung und guter öffentlicher Gesundheit, dass also die Verbesserung des Gesundheitssystems ein wichtiger Teil von Entwicklungsarbeit sein muss, um diese nachhaltig zu gestalten und auch langfristig zu erhalten.

Die Arbeit umfasst die Koordination mit anderen wichtigen Organisationen wie dem „Global Fund zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose and Malaria“ und des „UNAIDS“. UNAIDS ist ein Zusammenschluss verschiedener UN-Organisationen und wurde u.a. von dem UNDP und der WHO 1996 gegründet.

Auch unterstützt das UNDP Regierungen, nach entsprechender Einladung, in der Beschaffung von finanziellen Mitteln, z.B. vom Global Fund an das jeweilige Gesundheitsministerium, und bei der Umsetzung und Formulierung einzelner Projekte.

Zudem werden manche Medikamente in großer Menge auf dem internationalen Markt oder direkt von Herstellern gekauft und an viele Länder weiter verteilt. Damit können Medikamente günstiger beschafft werden und auch Länder erreichen, die auf Grund von Größe und Kaufkraft gar keine Möglichkeit haben diese Medikamente auf dem internationalen Markt zu kaufen.

Im Weiteren haben wir mit Fabien Lefrancois über Hürden und Probleme gesprochen.

Die Schwierigkeiten auf Ebene der Länder/Regierungen sind äußerst vielseitig. Zunächst können lokale Kapazitäten, beispielsweise in den Behörden, eingeschränkt sein. Dies kann dazu führen, dass Projekte nicht nachhaltig umgesetzt werden können. Als Beispiel haben wir über den Bau von Krankenhäusern gesprochen, für den u.U. nicht nach lokaler Expertise gefragt wird, sondern Spezialisten aus Kopenhagen einfliegen.

Ein weiteres, ungewöhnliches Problem kann auftreten, wenn die örtlichen Kapazitäten nicht in der Lage sind, die zugewiesenen Gelder schnell genug auszugeben. Als Folge davon können die Mittel gekürzt werden, was wiederum zu einer Verzerrung der Bedürftigkeit und gleichzeitig zur ineffizienten Verwendung von Geldern führen kann.

Auch können alte Gesetze, die es z.T. schon seit kolonialer Zeit gibt, aber auch neue Gesetzesvorhaben, die Arbeit mit benachteiligten oder unterdrückten Gruppen erschweren. Hier beschreibt Fabien Lefrancois, dass oft nicht die Gesundheitsministerien dabei im Weg stehen, sondern u.a. andere Ministerien, man aber durch bestimmte Beschreibungen („Wording“) Unterstützung auch für Gruppen wie Sexarbeiter oder Homosexuelle ermöglichen kann.

Weiterhin können fehlende Digitalisierungen und Korruption Probleme bereiten. Korruption scheint dabei immer vorhanden zu sein und kann unterschiedlich aussehen, vom Paket, das einfach verschwindet, bis zur Beamtenbestechung. Um dagegen anzukommen, muss man das Risiko analysieren, steuern, Brennpunkte erkennen und reduzieren.

Probleme auf Ebene der internationalen Organisationen und der Umgang mit Geldern war ein weiterer Diskussionspunkt.

Die Finanzierung von Projekten bedarf Spenden von Ländern oder auch Organisationen. Diese haben dabei oft eigene Vorstellungen, wie ihr Geld verwendet werden soll. Zweckgebundene Spenden führen leider oft zu über- und unterfinanzierten Projekten, z.B. war der ‚Iraq-Rebuilding-Fund‘ überfinanziert, es gab also mehr Geld für das Projekt als überhaupt gebraucht wurde, während es anderen Projekten an Mitteln fehlte. Präventionsprogramme, bei denen Resultate unauffälliger sind, haben es oft auch schwer an genügend Mittel zu kommen. Zusätzlich reduzieren Krisenzeiten, wie z.B. die Covid-19 Pandemie, die Spenderbereitschaft.

Zum anderen hat das UNDP bzw. der Global Fund großen Einfluss auf die Empfängerländer. Sie können – und müssen zu einem Teil – die Gelder an Bedingungen knüpfen. Man könnte dies als Druckmittel betrachten, um beispielsweise eine Nation dazu zu bewegen, Minderheiten zu unterstützen. Das ist auf der einen Seite kritisch zu betrachten, da ‚von außen‘ Einfluss auf Staaten genommen wird, auf der anderen Seite sind Fördermittel allein aus Fairness an alle Bedürftigen gewissenhaft zu verteilen. Auch können Projekte mit externen Mitteln den Arbeitsmarkt beeinträchtigen, wenn nämlich die projektbasierten Arbeitsplätze einen deutlich höheren Lohn geben als vergleichbare Inländische.

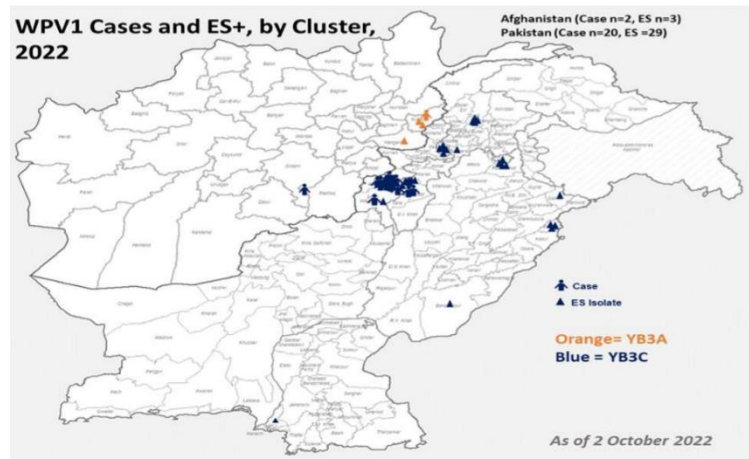
Nachhaltige Entwicklung im Gesundheitsbereich erfordert eine enge Zusammenarbeit mit verschiedenen Akteuren, eine Interessensvertretung kleiner Staaten sowie von benachteiligten Minderheiten und eine individuell angepasste Beseitigung von Hürden. Dabei spielen lokale Kapazitäten, Gesetze und die Bekämpfung von Korruption eine wichtige Rolle. Die Herausforderung besteht darin, mit Regierungen zusammenzuarbeiten, während man gleichzeitig Bedingungen an Gelder knüpfen muss, um Gesundheitssysteme so zu verbessern, dass sie langfristig nachhaltig und widerstandsfähig der Bevölkerung dienen können.

Tag 4: WHO in Genf (5. Oktober 2023)

4.1 Das Polio-Ausrottungsprogramm der WHO

Vorgestellt von Oliver Rosenbauer

Die Weltgesundheitsversammlung beschloss 1988 das Programm zur Ausrottung der Poliomyelitis bis zum Jahr 2000. Es knüpfte damit an den Erfolg des Pocken-Ausrottungsprogramms von 1959, das im Jahr 1980 das Erreichen des Ziels verkünden konnte. Leider ist Polio auch 36 Jahre nach dem Beschluss noch immer nicht vollständig ausgerottet, deutlich langsamer als es bei den Pocken möglich war. Immerhin sind von den 125 endemischen Ländern im Jahr 1985 nur noch Pakistan und Afghanistan übrig.



Cluster von Poliofällen 2022, Quelle: Präsentation von Herrn Rosenbauer

Die Grenzregion zwischen Pakistan und Afghanistan ist sowohl aufgrund ihrer Infrastruktur als auch aufgrund der politischen Instabilität schwer zu erreichen, was den Fortschritt der Kampagne erheblich einschränkt. Lokale Dorfbewohner werden geschult, potenziell infizierte Kinder zu erkennen. Anschließend werden zwei Stuhlproben genommen, um den Verdacht zu überprüfen. Teilweise wird dafür sogar Personal in die entlegenen Dörfer geflogen, da Flüsse und Berge diese Regionen isolieren. Der gesamte Prozess erfordert einen erheblichen Aufwand, hat jedoch das Ziel, diese letzten Nischen des Virus schnell zu eliminieren.

Genetische Analysen zeigen, dass es nur noch wenige Wildtyp-Varianten des Virus gibt, was bedeutet, dass es nur noch wenige Orte gibt, an denen das Virus zirkuliert. Es gibt jedoch immer wieder Übertragungen in andere Länder in Afrika, den Nahen Osten oder Asien. Glücklicherweise handelt es sich dabei bisher um begrenzte Fälle, die immer erkannt und eingedämmt wurden. Die Gefahr der Verbreitung führt dazu, dass das Programm noch immer in vielen Ländern aktiv ist. Es verdeutlicht die Bedeutung, diese letzten Nischen des Virus anzugehen, auch wenn dies möglicherweise nicht nachhaltig zur Entwicklung von beispielsweise Infrastruktur oder den jeweiligen Gesundheitssystemen beiträgt.

Das zentrale Instrument der Kampagne besteht in der Verteilung von Impfstoffen, insbesondere eines oralen Polio-Impfstoffs, der eine schnelle Verteilung möglich macht. Ebenso von großer Bedeutung sind die Überwachung und Reaktion auf Ausbrüche. In diesem Zusammenhang beinhaltet die Reaktion eine verstärkte Impfung in den betroffenen Dörfern.

Obwohl es einen Totimpfstoff gibt, ist es wichtig, dass für die Ausrottung ein Lebendimpfstoff benutzt wird, da nur dieser auch die Übertragung verhindern kann. Dies ist in einer vollständig geimpften Bevölkerung nicht relevant. In Gebieten, in denen nicht jeder bereits geimpft ist, könnten mit dem Totimpfstoff Geimpfte jedoch als Vektoren agieren und das Virus in der ungeimpften Bevölkerung verbreiten.

Neben dem Wildtyp besteht die Möglichkeit, dass der Lebendimpfstoff mutiert und erneut infektiös wird. Dies kann insbesondere in Bevölkerungen mit geringer Impfquote auftreten. Der orale Impfstoff wird fäkal ausgeschieden und immunisiert viele weitere Personen aufgrund schlechter hygienischer Bedingungen. Wenn dies häufig geschieht, teilweise über Jahre hinweg, besteht die Gefahr, dass der Impfstoff so weit mutiert, dass er wieder krank macht.

Die Covid-Pandemie hat das Polio-Ausrottungsprojekt vor zahlreiche Herausforderungen gestellt. Mobilitätseinschränkungen haben die Arbeitsbedingungen und die Reaktionsfähigkeit auf Ausbrüche verändert. Spenden wurden vermehrt für die Bekämpfung von Covid bereitgestellt, und die Gesundheitssysteme waren durch die Fälle von Covid-19 stark belastet. Obwohl die Polio-Ausrottungskampagne nicht mit der Geschwindigkeit der Pockenbekämpfung mithalten konnte, ist der erzielte Fortschritt immens. Mit nur noch zwei endemischen Ländern hat die Welt bereits viel erreicht. Es bleiben jedoch Herausforderungen in Bezug auf die Erreichbarkeit und Kontrolle des Virus, auch die Pandemie drohte eher Rückschritte zu bewirken, die zum Glück nicht gravierend waren.

4.2 WHO Global Neglected Tropical Disease Program

“Neglected Tropical Diseases” are a group of diseases mainly prevalent in tropical countries, particularly affecting the world’s most marginalized and underprivileged communities, predominantly in Africa, Asia and the Americas. They thrive in areas where access to healthcare, adequate sanitation and clean water is limited, especially remote and rural areas, informal settlements and conflict zones.

Among the NTD are Ectoparasites (e.g. Scabies), Protozoa (Chagas disease, Human African Trypanosomiasis, Leishmaniasis), Bacteria (Buruli ulcer, Leprosy, Trachoma, Yaws), Fungi (Mycetoma, chromoblastomycosis and other deep mycoses), Viruses (Rabies, Dengue and chikungunya), various helminths and Snakebite envenoming as a Non-communicable disease.

Approximately 1 billion people are affected by NTD globally, with 200,000 deaths and 19 million disability adjusted life years (DALYs) lost annually. NTDs cause important direct health costs, loss of productivity and reduced socioeconomic and educational attainment, as well as disfigurement, disability, stigmatization, social exclusion and discrimination. As of 2022, 1.63 billion people require NTD interventions annually.

A person suffering from an NTD is trapped in the vicious cycle of poverty, with the disease causing disability and stigma, which leads to loss of education and a reduced work performance, consequently leading to poverty, which comes along with reduced access to healthcare and therefore a greater risk of NTDs. The WHO recommends five strategies to address the burden of NTDs and to break the cycle of poverty, including Preventive chemotherapy (mass treatment), Intensified disease management, Vector control, Veterinary public health and Water, sanitation and hygiene.

In the fight against NTD, different public health endpoint targets were established, in order to track the achievements. All NTDs are targeted for control, meaning the reduction of morbidity. As a next step, elimination as a public-health problem, meaning the elimination of morbidity and/or reduction of transmission is aimed at. The next goal is the elimination, hence the interruption of transmission at country level, followed by eradication, interruption of transmission at global level. As of August 2023, 50 countries have eliminated at least one NTD.

1 billion people were treated in four successive years, from 2016–2019. However, disruptions to NTD programmes caused by COVID-19 have resulted in reduced implementation of community-based interventions, restricted access to services offered by health facilities, slower response to NTD outbreaks and delayed supply chains for NTD health products. Reduced funding is also hampering NTD programme operations at country level and having a negative impact on coordination and cohesive implementation of disease control strategies at global level.

After a global consultation, WHO published a new NTD road map for 2021–2030 which guides global implementation of NTD interventions. The Overarching global targets for 2030 include the reduction in people requiring interventions against NTDs by 90%, the reduction in NTD-related disability-adjusted life years by 75%, 100 countries having eliminated at least one NTD and two NTDs to be eradicated. To strengthen global advocacy, the World NTD Day is observed on 30 January each year.

Globally, accelerated efforts are needed to keep NTD programmes on track and achieve the 2030 targets, strategic priorities including continuous advocacy, partnership, cost implementation plans, sustainable funding, WHO Leadership support and technical themes such as Supply chain and Research and development.

4.3 Health Emergencies

Vorgestellt von Margaret Harris

Durch die Pandemie ist die Überwachung globaler "Health Emergencies" in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt. Die Aufgaben der WHO zum allgemeinen Schutz vor Pandemien oder anderen globalen Notfällen unterteilen sich in Forschung, Prävention, Detektion und Reaktion. Als letzte Möglichkeit kann die WHO sogar als Gesundheitsversorger agieren.

Frau Harris erwähnt direkt, dass manches in der Covid-19 Pandemie zu langsam lief, und nun daran gearbeitet wird aus Fehlern zu lernen. Covid-19 war nur eine Gefahr, im Durchschnitt gibt es 40 Notfälle weltweit gleichzeitig. Um diese zu sortieren, werden sie in 7 Stufen unterteilt.

Die erfolgreiche Identifikation und Einteilung von Notfällen hängt von einer zuverlässigen Informationsübermittlung der Mitgliedsstaaten ab. Bedauerlicherweise verlief dies während der Covid-19-Pandemie nicht immer reibungslos. Zudem ist die WHO dazu verpflichtet, die Mitgliedsstaaten vor der Veröffentlichung über neue Notfälle oder getroffene Entscheidungen zu informieren.

Die Arbeit in Mitgliedsstaaten sollte von diesen selbst getragen oder aktiv in den Prozess einbezogen werden. Frau Harris berichtet, dass die Reaktion auf die ersten Ebola-Ausbrüche in Afrika farbige Leichensäcke umfasste, die nicht mit den kulturellen Bräuchen und dem Glauben vor Ort in Einklang standen. Daher ist es von entscheidender Bedeutung, die lokale Bevölkerung in den Prozess einzubeziehen und sicherzustellen, dass die Bekämpfung von Notfällen entweder von ihnen selbst oder zumindest in enger Zusammenarbeit mit ihnen geplant und umgesetzt wird.

Die Pandemie hat zahlreiche Veränderungen bewirkt, und es ist unbestreitbar, dass aus den gemachten Fehlern gelernt werden muss, insbesondere im Bereich der multilateralen Zusammenarbeit zur Verhinderung solcher Ausbrüche. Frau Harris nennt hierzu insgesamt 10 Punkte.

Dazu gehört die Etablierung eines "Global Health Emergency Council" und die Anpassung internationaler Regelungen. Auch können Partnerschaften und eine bessere Finanzierung, auch über Fonds, helfen. Im Bereich der Prävention sollen nationale Überprüfungen eingeführt und die universelle Gesundheitsversorgung gestärkt werden. Zur schnelleren Reaktion auf Ausbrüche plant die WHO den Ausbau von "Response Teams".

Wie wichtig die Arbeit zum Schutz vor globalen Gesundheitsnotfällen ist, ist seit Sars-CoV-2 gewiss fast jedem bekannt. Es gibt jedoch deutlich mehr Fälle, welche immer individuell bewertet und angegangen werden müssen. Das Ebola keine Pandemie wie Sars-CoV-2 wurde, zeugt von der Bedeutsamkeit dieser Arbeit. Ebenso ist es wichtig von Einsätzen zu lernen, von Ebola ebenso wie Covid. Besonders bei Covid gibt es viele Änderungsvorschläge, die von Regierungsebene über Finanzierungsmöglichkeiten bis hin zu den Schutzsystemen reichen.

4.4 Sexual and reproductive health and rights

Presented by Lianne Gonsalves

According to the WHO, sexual health is a state of physical, emotional, mental, and social well-being related to sexuality. It requires a positive and respectful approach to sexuality so that everyone can engage in sex that is safe, consensual, and pleasurable. Similarly, reproductive health describes the holistic well-being in all matters relating to the reproductive system and to its functions and processes. Both are tied to the extent to which certain human rights are realized.

The WHO department of sexual and reproductive health and the human reproductive program (HRP) pursue the vision of sexual and reproductive health and rights for all, covering topics including pleasure, menopause, endometriosis, sexual education, transgender health and rights, sexually transmitted infections (STIs) and many more. To enable sexual and reproductive health and rights worldwide they initiate and expand research, establish guidelines, and support countries around the world.

Formulating a research mandate and agenda and developing a survey module to standardize data collection, the HRP and the WHO have been able to acquire primary data related to sexual practices and behaviours. This reduces the lack of research and data regarding sexual and reproductive health, allowing the development of effective programs to tackle specific deficits. For example, research of the WHO has shown that teaching people about achieving sexual pleasure can help safe-sex practices. Leading to a message best put in the words of Lianne Gonsalves: "(...) programmes which better reflect the reasons people have sex - including for pleasure - see better health outcomes."¹

Beyond research, there are other areas in which the WHO is active. The organization establishes clinical guidelines on neglected areas of sexual and reproductive health, such as the management of menopausal symptoms. And although sexual well-being is a politically sensitive topic and direct requests for technical assistance by governments are rare, the WHO supports governments with information and suggestions on request.

Traditionally, sex has been a topic surrounded by many taboos, which complicates an open conversation and leads to discrimination, ultimately constraining a productive approach.

¹ <https://www.who.int/news/item/11-02-2022-redefining-sexual-health-for-benefits-throughout-life>

For example, simple and cheap methods as providing contraceptives may be limited by people not knowing how to use them and being afraid to ask. People may feel uncomfortable in health service settings and therefore not address their concerns and problems at all. Through the hesitancy to talk about it openly, sexual education -typically equipping people with the knowledge, skills, attitudes, and values to achieve sexual and reproductive health - is restricted. Aside from that, there are certain groups of people that are often left out of the conversation, like men, older people, and transgender and diverse individuals. And all of this while there is so much to talk about. A few examples from the discussion in our group being porn consumption and its effects, gender roles and how they are promoted on social media, consent, and concerns regarding the safety of contraceptives.

So, it's important to talk about sex and normalize the conversation – not just in private, but in our future work as doctors too. It lays the foundation for encouraging safe sexual experiences, fighting discrimination, and understanding the challenges surrounding sexual and reproductive health. Ultimately bringing us closer to achieving sexual and reproductive health and rights for all.



4.5 Antimicrobial Resistance

Presented by Ponnu Padiyara

Ponnu Padiyara from the WHO Division for Antimicrobial Resistance (AMR) was the last speaker of our day at the WHO. Antimicrobial resistance is a broad term referring to when bacteria, viruses, fungi and parasites change over time and no longer respond to medicines used to treat them. Antibiotic resistance more specifically refers to the resistance of bacteria.

AMR occurs naturally but the process of resistance is accelerated dramatically by the overuse and misuse of antibiotics in human health, animal production and plant pesticides. Simultaneously, the lack of clean water and sanitation and inadequate infection prevention and control promotes the spread of (treatment resistant) microbes. AMR is considered one of the biggest threats to global health, food security, and development today.

Nearly 1.3 million deaths are directly caused by bacterial AMR and nearly 5 million deaths are associated with bacterial AMR, children being especially affected. Sub Saharan Africa faces the highest burden of AMR and a particularly high number from vaccine-preventable bacterial disease. AMR has remarkable economic impact due longer hospital stays, higher medical costs and increased mortality.

In order to fight AMR, the Global Action Plan on AMR (GAP) was endorsed by Member States of the WHO at the 68th World Health Assembly in 2015, consisting of five strategic objectives: Improving awareness and education of AMR, strengthening knowledge through surveillance and research, reducing the incidence of infection, optimizing the use of antimicrobial medicines and ensuring sustainable investment in research and development. All Member States were urged to set up national action plans (NAPs) on AMR in alignment with the GAP.

With the aim to improve awareness and education of AMR, every November since 2015, World Antibiotic Awareness Week has been implemented around the world as well as curricula guide on how to develop or include AMR learning content in curricula. Meanwhile, the Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS) supports global surveillance and research in order to strengthen the evidence based on AMR and help inform decision-making and drive national, regional, and global actions. To reduce the incidence of infection, stronger hygiene and infection prevention measures such as and vaccination programs and guidelines on animal husbandry practices were implemented. Furthermore, the Antimicrobial stewardship (AMS) was founded to promote responsible use of antimicrobial drugs. Accordingly, the WHO AWaRe Classification Database was developed which includes details of 180 antibiotics classified as Access, Watch or Reserve. "Access" means that the antibiotics of 1st or 2nd choice for treatment for the 25 most common infections, should be available at all times. "Watch" includes the highest priority to critically important antibiotics for human medicine, recommended only for specific limited diseases. Reserve antibiotics however should only be used as a last resort.

In the end, it was emphasized that AMR is not only a global problem but also an individual one, suggesting actions of the general public and specifically the role of Medical students to fight AMR.

Tag 5: GAIN, Palais des Nations und UNAIDS in Genf (6. Oktober 2023)

5.1 GAIN (Global Alliance for Improved Nutrition)

Den dritten Tag unserer Genf-Exkursion begannen wir mit einem Vortrag von Mitarbeitenden der GAIN. Diese Schweizer Stiftung mit Sitz in Genf wurde 2002 gegründet und setzt sich für verbesserte Ernährung weltweit ein. Malnutrition, also Fehlernährung, umfasst sowohl Probleme bezüglich der Menge (Mangel oder Überschuss, die zu Untergewicht bzw. Übergewicht führen), als auch Fehlverhältnisse in der Zusammensetzung der Nahrung, die zu spezifischen Mangelerscheinungen führen können. GAIN tritt dieser komplexen Problematik durch die Unterstützung öffentlich-privater Partnerschaften entgegen, deren Fokus auf der Bekämpfung von verschiedenen Teilaspekten von Fehlernährung liegt. Konkret wurden uns bei unserem Besuch zwei aus den zahlreichen aktuellen Projekten der GAIN vorgestellt, zum einen „NOURISHING HEROÍNAS IN MOZAMBIQUE“, zum anderen das „Global Diet Quality Project“.

NOURISHING HEROÍNAS IN MOZAMBIQUE ist ein Projekt zur Bekämpfung von Mangelernährung mosambikanischer Mädchen. Mädchen und junge Frauen insbesondere aus den einkommensschwächeren Bevölkerungsschichten stellen in Mosambik aus verschiedenen Gründen eine vulnerable Gruppe für Fehlernährung dar. Sowohl Nahrungsmittelunsicherheit/-unverfügbarkeit, als auch und die besonderen Ansprüche eines sich entwickelnden Körpers und frühe Schwangerschaften erschweren es ihnen, sich angemessen zu ernähren. Das zeigt sich beispielsweise in einer Prävalenz von stunting (Wachstumsverzögerung) von 23,1 %⁵ nicht schwangerer Mädchen zwischen 15 und 19 Jahren in Mosambik und einer Anämie-Prävalenz von 55.6% in der gleichen Gruppe (2011 national-level Demographic and Health Survey). Das „Heroínas“ Projekt tritt der Problematik mit einem Lösungsansatz im Format „Human centered design“ (HCD) entgegen. Die innovative Methode löst hier ältere Strategien ab, die auf schlichtem Informieren und Beraten beruhen. Um eine im Kontext relevante und wirkungsvolle Verhaltensänderung in der Zielgruppe zu erreichen, haben GAIN-Angestellte, Mosambikaner*innen, Jugendliche und Partnerorganisationen ein Test-Paket entworfen. Es ist speziell auf die Zielgruppe mosambikanischer Mädchen zugeschnitten und im Gegensatz zu vorherigen Ansätzen an ihren sozialen Kontext, ihre Lebensweise und ihre limitierten Ressourcen angepasst. Das Paket, das nun schon mehrere Prototyp-Testanwendungen durchlaufen hat und stetig verbessert wird, enthält „Missionen“, welche die Teilnehmerinnen (in der Rolle von Heldinnen-Charakteren, die sie auswählen können) über den Verlauf mehrerer Wochen erfüllen müssen und deren erfolgreiches Absolvieren belohnt wird. Die Teilnehmerinnen werden Gruppen zugeteilt, in denen sie gegenseitig Unterstützung beim Bewältigen von Herausforderungen leisten und sich gegenseitig motivieren können. Ältere Mädchen, die die Missionen absolviert haben, können als Mentorinnen helfen und Bezugspersonen, wie z. B Familienangehörige sollen mit einbezogen werden. Die Mädchen werden durch die Missionen sowohl informiert als auch ermutigt, sich bei der Beschaffung und Verarbeitung von Nahrung aktiv einzubringen und ihr erworbenes Wissen mit der Familie zu teilen. Nach vielen Durchläufen haben sich Stärken und Schwächen des „Heroínas“ Projektes gezeigt. Viel Anklang findet das Paket beispielsweise insbesondere bei den jüngeren Teilnehmerinnen, Mädchen über 14 bis 15 Jahren hingegen sind mit dem aktuellen Projekt-Design schwer zu erreichen.

Das "Global Diet Quality Project" ist ein gemeinsames Projekt von GAIN, Gallup und dem Department of Global Health and Population Harvard. Es hat eine umfassende Datenerfassung zur Ernährungsweise erwachsener Menschen weltweit zum Ziel. Als Werkzeug kommt hierzu ein Fragebogen („Diet quality questionnaire“) zum Einsatz, der 29 Kategorien von Nahrungsmitteln unterscheidet. Landesspezifische Fragebögen werden erstellt, indem landestypische Nahrungsmittel diesen Kategorien zugeordnet werden. So werden zugleich die Qualität und die Vergleichbarkeit der Daten gewährleistet. Ausgefüllt wird der Fragebogen nach einem binären System (Yes/No) bezüglich der am Vortag konsumierten (der jeweiligen Kategorie zugehörigen) Nahrungsmittel. Der Fragebogen ist online verfügbar, so dass er auch Menschen in (z.B aufgrund politischer Konflikte) schwerer zugänglichen Gebieten erreichen kann. Schwächen bzw. Schwierigkeiten stellen beim „Global Diet Quality Project“ z.B die eventuelle Verfälschung/Verzerrung (durch Festivitäten oder andere Ausnahmesituationen am betreffenden Tag) sowie die Finanzierung dar. Insbesondere für die Datenerfassung in Europa ist es schwer Sponsoren zu finden, weshalb für viele europäische Länder bisher noch kein angepasster Fragebogen existiert.

5.2 Palais des Nations

Unser Besuch im Palais des Nations lief aufgrund von Bauarbeiten etwas anders ab als erwartet. Den zwischen 1929 und 1936 erbauten Völkerbundpalast selbst konnten wir leider nicht besichtigen und auch auf die Allée des Nations mit den Flaggen der Mitgliedsstaaten konnten wir nur von außerhalb des Geländes aus einen Blick erhaschen. Stattdessen wurden wir durch zwei Konferenzsäle geführt, erfuhren währenddessen spannende Details über die UN und ihre Funktionseinheiten und konnten eine Weile bei einer Konferenz des Menschenrechtsrates zusehen und -hören.

Das Büro der Vereinten Nationen in Genf ist das zweitgrößte weltweit (nach New York). Das Gelände des Palais des Nations umfasst unter anderem den Palais Wilson, die Bibliothèque des Nations Unies und den Saal der Generalversammlung, die vom Ariana-Park umgeben sind. Dessen weitläufige Gärten sollen ebenso wie die eindrucksvolle Architektur und die zahlreichen Kunstwerke auf dem Gelände eine ruhige und inspirierende Umgebung für Diskussion und Entscheidungsfindung schaffen. Ein besonders beeindruckendes Kunstwerk auf dem Gelände ist das monumentale Deckengemälde des spanischen Künstlers Miquel Barceló, welches den Konferenzsaal des Menschenrechtsrates schmückt. Die groben Strukturen, die in den Raum herabhängen wie bunte Stalaktiten, sehen von jedem Platz des Raumes aus anders aus. Sie sollen die Versammelten daran erinnern, dass ihr Gegenüber oder auch schon ihr Sitznachbar beim Blick auf dieselbe Sache etwas ganz anders sehen könnte.

Unter diesem Kunstwerk fand während unseres Besuches eine Konferenz des Menschenrechtsrates statt. 2006 hat dieser als Gremium die UN-Menschenrechtskommission abgelöst. Seine 47 Mitgliedsstaaten werden von der UN-Generalversammlung bestimmt und repräsentieren die Regionen „Afrika“, „Asien“, „Osteuropa“, „Lateinamerika und Karibik“ sowie „Westeuropa und die restlichen Staaten“. Gegenüber der Menschenrechtskommission sind die Aufnahmebedingungen strenger geworden, die Sitze im Rat weniger und die geplante Sitzungszeit länger. Ziel des Gremiums sind Förderung und Schutz von Menschenrechten weltweit durch Reaktionen in Situationen von Menschenrechtsverletzungen und entsprechende Abgabe von Empfehlungen. Begeht ein Mitgliedsstaat des Rates Menschenrechtsverletzungen, ist eine Suspendierung möglich, zuletzt geschehen 2022 mit dem Ausschluss Russlands.

5.3 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

UNAIDS wurde 1996 gegründet und verfolgt das Ziel Aids als Bedrohung für die öffentliche Gesundheit bis 2030 zu beenden. Die Organisation koordiniert die Bemühungen von 11 UN-Agenturen, Regierungen und weiteren Partnern, um auf die Herausforderungen von HIV und Aids weltweit zu reagieren. Die Strategie von UNAIDS umfasst unter anderem die Prävention und Behandlung von HIV und Aids, sowie die Beseitigung von Ungleichheiten, die die Aids-Epidemie befördern. Durch das umfangreiche Sammeln von Daten zu HIV und Aids bietet UNAIDS ein Fundament für die Zielsetzung, Planung und Reflexion von globalen Entwicklungen in diesem Arbeitsfeld. UNAIDS versucht außerdem Datenlücken zu identifizieren und durch fundierte Schätzungen eine Einschätzung der Gesamtsituation zu ermöglichen. Darüber hinaus liefern diese Daten eine wertvolle Ressource im Umgang mit anderen Epidemien und Pandemien auf der Welt.

39 Millionen Menschen lebten 2022 mit HIV. 630.000 sind im Zusammenhang mit einer Aids-Erkrankung verstorben. Auch, wenn diese Zahlen einen Rückgang in der Infektionsrate und Sterblichkeit durch HIV und Aids verzeichnen, wurden die von der Organisation bisher gesetzten Ziele, beispielsweise für das 90-90-90-Projekt, verfehlt. Die weltweite Situation entwickelt sich positiv, allerdings noch zu langsam, um das übergeordnete Ziel der Beendigung der Bedrohung durch Aids bis 2030 zu erreichen.

UNAIDS steht dabei vor einigen Herausforderungen. Zum einen fehlen finanzielle Mittel. Zum anderen ist der Zugang zu Testungen und Behandlung weiterhin nicht jeder/-m möglich. Die Ursachen hierfür sind vielfältig. Hohe Preise, mangelnde Infrastruktur, die Stigmatisierung und Diskriminierung von Menschen mit HIV und Aids und vielschichtige Ungleichheiten bilden Barrieren. UNAIDS adressiert diese und arbeitet darauf hin, sie zu überwinden. Beispielsweise geht UNAIDS auf fünf für HIV vulnerable Bevölkerungsgruppen ein. Diese sind Sexarbeiter*innen, Männer, die Sex mit Männern haben, trans*Personen, Gefängnisinsass*innen und Menschen, die Drogen injizieren. Die sogenannten „key populations“ sind in hohem Maße von HIV betroffen und UNAIDS arbeitet über spezifische Hilfsstrategien daran, ihre Rechte und Gesundheit zu stärken.

Für die Arbeit bis 2025 wurde ein neues Ziel formuliert: 95-95-95. Das bedeutet 95% der mit HIV infizierten Menschen sollen ihren Status kennen. Von diesen sollen mindestens 95% eine antiretrovirale Therapie erhalten. Und schließlich sollen 95% der Patient*innen unter antiretroviraler Therapie eine Virussuppression erreichen. Botswana, Eswatini, Rwanda, Tansania und Zimbabwe haben diese Ziele 2022 bereits erreicht und markieren damit einen weiteren Meilenstein in der fortlaufenden Bekämpfung von HIV und Aids.



Danksagungen

Wir bedanken uns beim Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) für die finanzielle Unterstützung unserer Exkursion nach Genf über das Mobilitätsprogramm PROMOS.

Ganz besonders aber gilt unser Dank Veronika Jäger und Patrick Rebacz für die Organisation des Wahlfachs, bei der die beiden sich mit größtem Engagement dafür eingesetzt haben, uns einen möglichst weiten und vielfältigen Einblick in den Themenkomplex „Global health“ zu ermöglichen.

Wir haben einzigartige Einblicke in große Organisationen wie die WHO erhalten, ebenso wie die Gelegenheit, mit spannenden Gesprächspartnern über die Fragen zu Gesundheitsarbeit zu sprechen, die uns ganz persönlich beschäftigen. Sowohl aus den Vorträgen und Diskussionen, als auch aus dem Austausch mit den Studierenden aus Witten nehmen wir viele Denkanstöße mit, die uns sicher noch lange beschäftigen werden.