

# Introduction to International Health

*Elective Course at the United Nations in Geneva*

*- Report -*

*25. – 30. September 2017*



## Münster Delegation to the United Nations in Geneva 2017



# Inhaltsverzeichnis

<b>Danksagungen .....</b>	<b>4</b>
<b>1 Vorbereitungen in Münster .....</b>	<b>5</b>
1.1 Einführung in die WHO .....	5
1.2 Finanzierung der WHO .....	6
1.3 Migration und Gesundheit .....	8
1.4 Buchvorstellung „ <i>Poor Economics</i> “ - Wann funktioniert gesundheitliche Entwicklungshilfe? ..	9
1.5 Die Ernährung der Welt .....	10
1.6 Frühkindliche Entwicklung und Mangelernährung.....	11
1.7 Prävention durch Impfen .....	12
1.8 Antibiotikaresistenzen.....	13
1.9 Malaria .....	13
1.10 Sexual and Reproductive Health .....	14
1.11 Mental Health Action Plan .....	16
1.12 Alternde Gesellschaft .....	17
<b>2 Besuch der Weltgesundheitsorganisation .....</b>	<b>18</b>
2.1 Globale Strategien zur Prävention und Behandlung von Krebs ( <i>Andreas Ullrich</i> ) .....	18
2.2 Internationale Gesundheitsvorschriften ( <i>Helge Hollmeyer</i> ).....	36
2.3 Outbreak Response & Operational Partnerships ( <i>Andreas Jansen</i> ).....	40
2.4 NMH - Noncommunicable diseases and mental health ( <i>Jason Montez</i> ) .....	44
2.5 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme ( <i>Dr. Robert Jakobs</i> ).....	47
2.6 Engagement with non-state actors ( <i>Gustavo Fernandez</i> ).....	49
2.7 Neglected Tropical Diseases ( <i>Antonio Montresor</i> ).....	50
2.8 TDR – tropical disease research ( <i>Dermot Maher</i> ).....	53
<b>3 Weitere Besuche in Genf .....</b>	<b>56</b>
3.1 International Committee of the Red Cross (ICRC) .....	56
3.2 Médecins Sans Frontières (MSF).....	61
3.3 United Nations High Commission of Refugees (UNHCR).....	67
3.4 Informelles Gespräch mit Mitarbeitern aus dem <i>Public Health</i> Sektor.....	69

## Danksagungen

An dieser Stelle möchten wir, die studentischen Teilnehmer vom Wahlfach *Introduction to International Health* des Jahrganges 2017, uns herzlich beim Mobilitätsprogramm PROMOS des DAAD (Deutscher Akademischer Austauschdienst) für seine finanzielle Hilfe bedanken.

Ebenfalls möchten wir uns bei Patrick Rebacz bedanken, der uns auf dieser Reise begleitet hat und als *Visionom* unsere Erlebnisse und Erfahrung auf bemerkenswerte Weise festgehalten hat.

Ein besonderer Dank gilt Verena Meyer zu Westrup, die die Hauptlast der Organisationsarbeit in mühevollster Micromanagementarbeit auf sich genommen hat. Ohne sie wäre dieser Kurs so nicht möglich gewesen.

# 1 Vorbereitungen in Münster

## 1.1 Einführung in die WHO

Die Idee einer globalen Gesundheitsorganisation kam erstmals in der League of Nations zu Beginn des 20. Jahrhunderts auf, wurde aber nicht mit Erfolg umgesetzt. Im Jahr 1945 wurde auf der Gründungskonferenz der Vereinten Nationen (UN) in New York dieses Vorhaben erneut aufgegriffen und schließlich mit der Ratifizierung der Verfassung am 7. April 1948 umgesetzt. Dieses Datum kann als Geburtsdatum der World Health Organization (WHO) verstanden werden.

Heutzutage versteht sich die WHO als „The Global Guardian of Public Health“. Doch wodurch legitimiert sie diesen Anspruch?

Ein paar Fakten dazu:

- die WHO gilt als “Specialized Agency” der UN und hat aktuell (09/2017) 194 Mitgliedsstaaten
- das Hauptquartier der WHO befindet sich in Genf (Schweiz)
- bei der WHO werden sechs offizielle Sprachen gesprochen, dazu gehören Arabisch, Chinesisch, Englisch, Französisch, Russisch und Spanisch.
- die WHO unterhält sechs Regionalbüros in Washington, Brazzaville, Kopenhagen, Kairo, Neu-Delhi und Manila
- dazu kommen 149 Länderbüros in nahezu jedem Mitgliedsstaat der WHO
- über 7000 Mitarbeiter und über 700 Organisationen arbeiten für und mit der WHO

Diese Rahmendaten untermauern eindrucksvoll den globalen Führungsanspruch der WHO im öffentlichen Gesundheitswesen. Doch wie organisiert sich die WHO im globalen Kontext?

Das oberste Organ der WHO stellt die World Health Assembly (WHA) dar, bei der einmal im Jahr im Hauptquartier in Genf die Vertreter aller Mitgliedsstaaten zusammenkommen. Dort werden sowohl die Mitglieder des Executive Board als auch der Director – General gewählt. Beide Organe dienen der Ausführung der Beschlüsse der WHA, der Director – General hat darüber hinaus im höchsten Amt der WHO repräsentative und supervisorische Aufgaben sowohl in Bezug auf das Exekutive Board als auch auf die Regionalbüros.

Die Arbeit der WHO orientiert sich an den Global Leadership Priorities, die ihren Ausdruck unter anderem im idealen Gesundheitsbegriff der WHO finden:

*„Gesundheit ist ein Zustand von vollständigem physischen, geistigen und sozialen Wohlbefinden, der sich nicht nur durch die Abwesenheit von Krankheit oder Behinderung auszeichnet.“*

Zur Orientierung bei der Realisierung dieses Ideals dienen die 17 Sustainable Development Goals (SDG), die in ihrer Umfänglichkeit nahezu jeden Lebensbereich erfassen und eine deutliche Erweiterung zu den zuvor verfassten Millennium Development Goals (MDG) darstellen.

So finden sich bei den SDG neben den zu erwartenden Punkten wie dem Zugang zu einer guten Gesundheitsversorgung oder zu sauberem Wasser auch weiterführende Punkte wie der der Bildung,

des Umweltschutzes, der Energieversorgung oder des nachhaltigen Wirtschaftswachstums.

Im diplomatischen Alltag der WHO bieten sich der Organisation drei unterschiedliche Möglichkeiten der Regulation:

- völkerrechtliche Verträge (WHO Framework Convention on Tobacco Control, FCTC)
- nicht verbindliche Empfehlungen (Bei weitem die am häufigsten genutzte Möglichkeit)
- Regelungen, die auf der Verfassung der WHO fußen (International Health Regulations, IHR oder die International Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD)

*von Florian Scherer*



## 1.2 Finanzierung der WHO

Das Budget der Weltgesundheitsorganisation wird von der World Health Assembly, der Versammlung der WHO-Mitgliedsländer, für einen Zeitraum von zwei Jahren beschlossen. Im Anschluss tritt die WHO in den Finanzierungsdialog mit den staatlichen und privaten Geldgebern und versucht, alle Punkte des beschlossenen Budgets zu finanzieren. Im Zeitraum 2016-2017 lag das Budget der WHO bei etwa 4,4 Milliarden USD, im Vergleich dazu verfügt alleine das amerikanische CDC über ein Jahresbudget von ca. 7 Milliarden USD. Im Vergleich zu den gesamten internationalen Ausgaben für die Entwicklungs-zusammenarbeit wird das Budget der WHO immer unbedeutender, besonders die



staatlichen Geldgeber wurden von der oft als ineffizient geltenden Arbeit der WHO abgeschreckt. Die *Assessed Contributions*, die Pflichtbeiträge der Mitgliedsländer, sind seit 1990 fast konstant geblieben sind, einen Anstieg gibt es lediglich bei den *Voluntary Contributions*. Diese freiwilligen Beiträge machen inzwischen etwa ¾ des Budgets aus und kommen sowohl von staatlichen als auch von privaten Geldgebern. Der wichtigste Unterschied zwischen *Assessed* und *Voluntary Contributions* ist die Zweckbindung: Während die WHO die Pflichtbeiträge nach eigenem Ermessen auf ihre Programme verteilen kann, bestimmt bei den freiwilligen Beiträgen der jeweilige Geldgeber, für welche Programme das Geld verwendet werden darf. Durch den großen Anteil der gebundenen Gelder können die Geldgeber somit effektiv bestimmen, welche inhaltlichen Prioritäten die WHO bei ihrer Arbeit verfolgt. Dies betrifft auch private Millionenspenden zum Beispiel von internationalen Pharmakonzernen, die oft in Impfprogramme fließen, bei denen ein Teil des Geldes letztlich wieder den Herstellern der Impfstoffe zukommt.

Einer der größten Geldgeber der WHO ist die Bill & Melinda Gates Foundation, die im Jahr 2016 11% des Gesamtbudgets finanziert hat. Die Stiftung mit einem Budget von über 44 Milliarden USD fördert explizit marktbasierte Lösungen und investiert ihr Stiftungsvermögen unter anderem bei Konzernen wie Coca-Cola. Als große Priorität verfolgt die Gates Foundation — wie andere Geldgeber auch — die Eradikation von Polio. Durch die so entstandene Überfinanzierung des Polio-Programms werden inzwischen beachtliche Anteile der gesamten WHO aus dem Polio-Programm quersubventioniert, unter anderem 74% aller bezahlten Mitarbeiter in Afrika. Es ist unklar, inwiefern diese Mittel nach der inzwischen absehbaren Eradikation von Polio noch zur Verfügung stehen werden.

Von 2008 bis 2014 wurden 2/3 des Personals im Bereich *Emergency Response* abgebaut. Im Budget 2014-2015 wurde der Bereich *Outbreak and Crises Response* um mehr als 50% gekürzt, unter anderem zugunsten des Polioprogramms und des Bereichs Nicht-übertragbare Krankheiten. Als es 2014 zum Ebola-Ausbruch kam, lag das *Health Crises Budget* für den gesamten Zweijahreszeitraum bei nur 228 Millionen USD, benötigt wurden für den *Ebola Response Plan* 600 Millionen USD. Der langsame und im Nachhinein stark kritisierte Ebola-Einsatz der WHO liegt daher auch daran, dass sie vor einer effektiven Bekämpfung der Epidemie erst nach neuen Geldgebern suchen musste.

Um die WHO wieder zu einer effektiv arbeitenden Organisation zu machen, sollte sie flexibler über ihr Budget entscheiden können. Um das Vertrauen der staatlichen Geldgeber zurückzugewinnen muss sie allerdings zunächst zeigen, dass das Geld bei ihr in guten Händen ist und nicht wie in der Vergangenheit häufig in ineffizienten Strukturen versickert. In Zukunft möchte die WHO Autonomie auch dadurch gewinnen, dass Spenden für überfinanzierte Programme im Zweifel abgelehnt werden



sollen, auch alternative Finanzierungskonzepte nach dem Vorbild von UNICEF sind in Planung. Es bleibt also spannend, inwieweit die Weltgesundheitsorganisation in Zukunft ihre Ziele selbstständiger verfolgen kann.

*von Marius Mehling*

### **1.3 Migration und Gesundheit**

„*There is no public health without refugee and migration health*“, heißt es in einer Broschüre der WHO. Migrationsbewegungen zeigen offensichtlich, dass öffentliche Gesundheit kein Thema einzelner Länder ist, sondern internationale Strukturen braucht.

Nach den „Global Trends For Displacement“ des UNHCR waren im Jahr 2016 65,5 Millionen Menschen von ihrem ursprünglichen Lebensort vertrieben. Hiervon fällt allerdings nur ein kleiner Teil unter die Genfer Flüchtlingskonvention. 40,3 Millionen Personen sind so genannte „Internally Displaced Persons“, deren Versorgung international weitgehend ungeklärt ist.

Wichtige Akteure bei der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten auf Ebene der UN sind das UNHCR, UNRWA, IMO und die WHO. Bei der praktischen Durchführung medizinischer Maßnahmen sind vor allem NGOs wie beispielsweise Ärzte ohne Grenzen oder das Internationale Rote Kreuz beteiligt.

Zwar heißt es in der Satzung der WHO, dass es ein Grundrecht jedes Menschen ist, sich einer möglichst guten Gesundheit zu erfreuen, praktisch ist der Rechtsanspruch auf gesundheitliche Versorgung aber durch nationale Gesetze festgelegt. Grundsätzlich sollten internationale Mindeststandards für alle Menschen eingehalten werden, aber auch die gleiche Behandlung für Migrant\*innen und den Rest der Bevölkerung in einem Land gelten. Praktisch sieht die Versorgung von Geflüchteten aber oft viel schlechter aus.

In der Versorgung von Geflüchteten müssen wir Primärversorgung von beispielsweise Unfallverletzungen, Unterkühlung, Magen-Darmerkrankungen, Schwangerschaft oder chronischer Erkrankungen mit dem Bedarf lebenswichtiger Medikamente wie Diabetes von der Sekundärversorgung von beispielsweise chronischen Erkrankungen und vor allem psychosozialen Problemen, wie Alkohol- und Drogenmissbrauch, Traumatisierung, Gewalterfahrungen unterscheiden. Die Defizite in der Primärversorgung liegen meist eher in den „Durchreiseländern“, während die Defizite in der Sekundärversorgung eher im Ankunftsland liegen.

In den 2015 neu verabschiedeten „Sustainable Development Goals“ hat die Gesundheit von Geflüchteten einen eigenen Punkt und damit einen besonderen Stellenwert bekommen. Außerdem hat die WHO in den letzten Jahren an vielen Resolutionen zu diesem Thema gearbeitet. Leider ist die praktische Reichweite oft noch sehr schwierig und die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten weiterhin in vielen Ländern, beispielsweise auch in Deutschland, noch lange nicht vergleichbar mit der Versorgung der restlichen Bevölkerung.

*von Leonie Günster*



## 1.4 Buchvorstellung „*Poor Economics*“ - Wann funktioniert gesundheitliche Entwicklungshilfe?

In meinem Beitrag zum Wahlfach „Internationale Gesundheit“ habe ich das Buch „*Poor Economics*“ von Abhijit Banerjee und Esther Duflo als roten Faden genutzt, um das Thema der medizinischen Entwicklungshilfe kritisch zu beleuchten.

Die beiden Autoren störten sich daran, dass über Entwicklungshilfe generell meist eher unter Zuhilfenahme von vagen Meinungen und Vorurteilen diskutiert wurde und starteten deswegen eine ganze Reihe randomisierter kontrollierter Studien, um handfeste Beweise für oder gegen ein Entwicklungshilfeprojekt oder eine Entwicklungshilfeart zu haben. Das Ziel war es Erfolg und Scheitern verschiedener Entwicklungshilfeprojekte zu verstehen und in Zukunft dank der randomisierten kontrollierten Studien effizientere Empfehlungen für Länder geben zu können, die Entwicklungshilfe leisten wollen. Eine der von den Autoren eingeleiteten RCT stelle ich auch beispielhaft hier vor.



Die gestellte Frage war: Bringt das Entwurmen von Kindern durch Anreichern der Schulspeise mit Entwurmungsmittel etwas? Die aus der Studie hervorgehende Antwort lautete: „Ja.“ Die Quintessenz des Beitrags kann auch als allgemeiner Beweis dafür gesehen werden, dass Mangelernährung in der Kindheit die Chancen mindert, sich später als Erwachsener nachhaltig erfolgreich zu ernähren. Kenianische Kinder, die in der Schule zwei Jahre lang Entwurmungsmittel erhalten hatten, gingen zwei Jahre länger zur Schule und verdienten als junge Erwachsene 20% mehr als Kinder anderer, vergleichbarer Schulen, die das Entwurmungsmittel nur ein Jahr erhalten hatten. Das gleiche gilt für die Substitution von Eisen bei Erwachsenen

(Mehlanreicherung), sie können mehr arbeiten und verdienen mehr.

Ich selbst habe aus dem Buch den Schluss gezogen, dass - wie bereits zuvor von vielen Seiten postuliert - eine bessere Bildung auf allen Ebenen von großem Nutzen wäre, dass mehr Geld nicht immer hilft und dass es sich grundsätzlich lohnt Entwicklungshilfeprojekte kritisch zu hinterfragen.

*von Julia Aries*

## 1.5 Die Ernährung der Welt

Durch Industrialisierung, Urbanisierung und Globalisierung hat sich die Ernährung der Menschen weltweit von einer lokal-saisonalen Ernährung zu einer Ernährung bestehend aus Fertigprodukten entwickelt. Dieser „Foodshift“ betrifft heute nicht mehr ausschließlich die Industriestaaten, sondern wird auch zunehmend mehr zum Problem der „Low-Income-Countries“, welche sich dem Problem der „Double-Burden“ ausgesetzt sehen. Nicht nur die industrielle Verarbeitung von den Hauptenergieträgern Weizen, Mais und Reis hat enorm zugenommen, sondern auch die Produktion von Fleisch. Heute werden jährlich 60 Mrd. Tiere geschlachtet. Aufgrund des „Foodshifts“ sind nun auch in den „Low-Income-Countries“ zunehmende Inzidenzen von NCDs (non-communicable diseases) zu verzeichnen. Eine technisch-ambitionierte Maßnahme dem immer größeren Lebensmittelbedarf nachzukommen ist die genetische Veränderung von Pflanzen vor allem Mais. Weltweit ist der Anbau von genetisch veränderten Pflanzen in 29 Ländern erlaubt und macht ca. 12% aller Ackerflächen aus. Diese befinden sich größtenteils in Nord- & Südamerika. Das größte Problem der industriellen Ernährung ist die massive Zunahme von Übergewicht und Fettleibigkeit. Heute sind 1,9 Mrd. Menschen übergewichtig und 600 Mio. Menschen fettleibig. Jährlich sterben 2,5 Mio.



Menschen an den Folgeerkrankungen von Übergewicht und Fettleibigkeit. Dieses Problem ist ein globales Phänomen, wo erst jetzt die Politik über Maßnahmen der effektiven Gewichtsreduktion diskutiert.

Ein Vorschlag in unseren Diskussionen war eine Zucker- und Fleischsteuer. Allerdings wären diese Vorschläge politisch sehr unpopulär. Unter dem Gesichtspunkt der „Double Burden“ gibt es in den „Low-Income-Countries“ nicht nur Übergewichtige sondern auch immer noch Mangelernährte. Heute sterben immer noch 42% aller Kinder weltweit an Mangelernährung, 17 Mio. Kinder sind akut unterernährt und 155 Mio. Kinder chronisch mangelernährt. Die beste Prävention gegen diese Mangelernährung ist das Stillen. Die WHO empfiehlt die ersten 6 Monate ausschließlich zu stillen und bis zum 2. Lebensjahr ergänzend zu stillen. Gründe dafür sind nicht nur, dass Muttermilch Antikörper enthält sondern auch das gerade in „Low-Income-Countries“ die Milchersatzprodukte häufig

verunreinigt und gestreckt sind und somit keine optimalen Wachstumsbedingungen für den Säugling gewährleisten. Um auf alle diese Probleme zu reagieren wurde von der WHO als Nachfolgeprogramm zu den Millennium Goals die Agenda für Sustainable Development bis 2030 ins Leben gerufen. Dieses Programm beinhaltet unter anderem die Zahl der in den ersten 6 Monaten ausschließlich gestillten Säuglinge bis 2030 von 38% auf 50% zu erhöhen und die Zahl der hungernden Kinder auf ein Minimum zu reduzieren.

*von Lukas Thien*

## **1.6 Frühkindliche Entwicklung und Mangelernährung**

Warum müssen in der heutigen Welt manche Menschen immer noch hungern, obwohl es genug Ressourcen für alle geben würde? Warum sterben immer noch 45% der Kinder unter 5 Jahren an Unterernährung und den damit verbundenen Erkrankungen und Komplikationen? Müssen wir vielleicht bei uns in den entwickelten Ländern anfangen, im Kampf gegen Hunger und Mangelernährung? Liegt die Lösung in einer Umverteilung der Ressourcen und sind vielleicht Insekten als günstige Energie- und Proteinquelle die Lösung? Mit diesen Fragen haben wir uns im Vortrag „Frühkindliche Entwicklung und Mangelernährung“ beschäftigt.

Die ersten 8 Lebensjahre sind besonders wichtig für die Entwicklung eines Kindes, da sich das Gehirn in dieser Zeit besonders schnell entwickelt und der Körper besonders anfällig für Veränderungen ist. 43% der Kinder in Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen können nicht ihr volles Entwicklungspotential erreichen. Ein wichtiger Einflussfaktor ist die Ernährung. Eine gute Ernährung hat Einfluss auf die Gesundheit und das Immunsystem, den Erfolg in der Schule und das Einkommen als Erwachsener. Unter dem Begriff Unterernährung (engl. undernutrition) werden drei Formen zusammengefasst: Wasting („zu leicht für die Körpergröße“), Stunting („zu klein für das Alter“) und Untergewicht („zu leicht für das Alter“, wasted und/oder stunted). Schwere akute Unterernährung (SAM) kann man außerdem in eine nicht-ödematöse (Marasmus) und in eine ödematöse Form (Kwashiorkor) unterteilen und der einfachste Weg diese zu erkennen ist die Messung des mittleren Oberarm Durchmessers (MUAC). Man spricht von einer schweren akuten Unterernährung, wenn der MUAC kleiner als 115mm ist. Leidet ein Kind an Unterernährung, wirkt sich dies vor allem auf das Immunsystem aus und es ist anfällig für Infektionen (z.B. Cholera, Pneumonien, Masern und Malaria), die wiederum zur Unterernährung beitragen. Ein Teufelskreis, in dem sich vor allem Kinder in Ländern mit niedrigem Einkommen, in Kriegsgebieten und Flüchtlingslagern befinden. Im Rahmen der „Sustainable Development Goals“, haben die Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation die „Global Nutrition Targets 2025“ verabschiedet. Diese sollen zur Verbesserung der mütterlichen und kindlichen Ernährung beitragen und zum Beispiel Stunting und Wasting reduzieren und die Rate der Kinder, die in den ersten 6 Lebensmonaten durch Stillen ernährt werden, erhöhen.

Bei der Weltgesundheitsorganisation in Genf hatten wir die Möglichkeit mit Jason Montez zu sprechen, der in der Abteilung „Nutrition for Health and Development“ arbeitet. Auf die Frage welches Vorgehen im Kampf gegen Unterernährung das Wichtigste ist, hat er vor allem Stillen und Beikost hervorgehoben. Ein weiterer Punkt sei die Kontrolle von Infektionen wie Wurminfektionen, die dazu führen, dass auch bei ausreichender Zufuhr von Nährstoffe, diese nicht richtig aufgenommen werden können.

## 1.7 Prävention durch Impfen

Die Anzahl an Impfstoffen, die zur Immunisierung der Menschen vor Infektionen zur Verfügung stehen, ist nach wie vor gering. Die Verfügbarkeit dieser Impfstoffe unterscheidet sich dazu noch stark im Vergleich von High Income und Low Income Countries. In High Income Countries beträgt die Durchimpfungsrate von Masern z.B. durchschnittlich 93% während es in Low Income Countries nur 73% sind. Ursachen für den fehlenden Impfschutz zwischen aber auch in den Ländern selbst sind unter anderem Wohlstandsdifferenzen, schwere Erreichbarkeit ruraler Gegenden, fehlende Aufklärung der Eltern sowie niedriges Einkommen und der Bildungsstatus der Eltern. Aber auch inkomplette oder falsch durchgeführte Impfungen sind nach wie vor ein Problem, welche die niedrigen Durchimpfungsraten in den Ländern bedingen.

Um die Routineimmunisierung in Low income Countries zu verbessern, gibt es sowohl nationale als auch internationale Programme. Die WHO hat dafür den Global Vaccine Action Plan aufgestellt, dessen Ziel eine 90%ige Immunisierung der Menschen in allen Ländern mit den empfohlenen Impfstoffen ist. Teil des Action Plans sind unter anderem die Erklärung von Immunisierung als Priorität der Staaten und als Grundrecht der Menschen, eine gerechte Verfügbarkeit von Impfstoffen für alle, die Verfügbarkeit von innovativen Technologien und Finanzierung für neue Forschung und Innovation sowie die Förderung dieser.

Neben der 90%igen Immunisierung national sind bis 2020 außerdem die Eradikation der Poliomyelitis und neonatalen Tetanuserkrankungen sowie Masern und Röteln in mindestens 5 WHO Regionen. Durch diese Ziele sollen bis 2020 bis zu 25 Millionen Tode durch Infektionen verhindert werden können.

von Svea Elena Haessner



## 1.8 Antibiotikaresistenzen

Thilo von Groote, Gründungsmitglied der studentischen Gruppe „Universities Allied for Essential Medicines“ (UAEM) trug ein Referat zum Thema „Antibiotika-Resistenzen“ vor. Diese können dann auftreten, wenn Bakterien mutieren und gegen solche Antibiotika resistent werden, die gegen die durch sie verursachten Infektionskrankheiten hätten behandeln sollen. Unter anderem geschieht das aufgrund von sorgloser Verschreibungspraxis, im Rahmen derer Antibiotika zu oft verschrieben werden und/oder vom Patienten nicht vorschriftsmäßig eingenommen werden. Auch werden insbesondere bei der Tiermast und der Fischzucht im Übermaß Antibiotika verwendet – laut einer britischen Kommission werden in den USA beispielsweise 70% aller medizinisch relevanter Antibiotikagaben an Tieren durchgeführt. Gepaart mit mangelnder Hygiene und unzureichender Infektionskontrolle in Kliniken und Krankenhäusern und dem fehlenden Engagement für die Entwicklung neuer antibiotischer Wirkstoffe stehen wir vor dem Problem unwirksamer Medikamente gegenüber stark wachsender Resistenzen, die sich aufgrund unserer Mobilität auch räumlich rasant ausbreiten.

Wenngleich das Problem prinzipiell erkannt ist und auf internationalen Foren diskutiert wird, das Bewusstsein dafür unter Patienten, Ärzten und Pflegepersonal wächst, erste regulierende Maßnahmen in der Tierzucht fruchten und nationale Strategien entwickelt werden, so steht demgegenüber noch immer ein immenser Einfluss wirtschaftlicher Interessen mit entsprechend starker Lobby, schlechte Koordination verschiedener Akteure für diese multifaktorielle Problematik, und mangelndes politisches Engagement gerade im internationalen Bereich. Globale Anstrengungen verschiedener Stakeholder stellt Thilo von Groote kritisch und detailliert dar und eröffnet uns damit auf spannende Art eine neue Sichtweise auf menschengemachte Probleme, die längst behandelbare Krankheiten wieder zur tödlichen Gefahr werden lassen.

Insbesondere wurde die Dringlichkeit zur Unterstützung innovativer und kollaborativer neuer Forschungsprojekte zur Entwicklung neuer Antibiotika, insbesondere gegen die sogenannten ESCAPE-Keime hervorgehoben. Aufgrund mangelnder Profitabilität sind ausreichend neue Antibiotika von Seiten der pharmazeutischen Industrie nicht zu erwarten. Vielversprechende Ansätze zur Entwicklung neuer Antibiotika sind etwa not-for-profit Produkt-Entwicklungspartnerschaften wie das Global Antibiotic Research and Development Partnership (GARDP).

*von Thilo v. Groote*

## 1.9 Malaria

Malaria ist eine in den Tropen und Subtropen vorkommende Infektionskrankheit, die bis heute immer noch eine ernsthafte Bedrohung in Entwicklungsländern, vor allem in Afrika, darstellt. Der bedeutendste Erreger, der potenziell letal verlaufenden Malaria tropica, ist Plasmodium falciparum, ein einzelliger Parasit, welcher über die Anophelesmücke übertragen wird. Allein im Jahr 2015 gab es in Afrika rund 191 Millionen Fälle von Malaria, welche durch Plasmodium falciparum ausgelöst wurden, davon starben rund 394 000 Menschen. Daran wird die globale Bedeutung der Malaria deutlich. Die Malaria verfolgt den Menschen wahrscheinlich schon seit Beginn seiner Geschichte. Sie ist von der Antike bis ins 20. Jahrhundert sogar in Europa endemisch vorhanden. Gegen die Malaria helfen verschiedene Chemotherapeutika, so wurde das Chinin aus der Chinarinde von europäischen

Missionaren aus Südamerika nach Europa importiert. In den 1950er Jahren startete die WHO das „Global Eradication of Malaria Program“. In Europa ist dieser Ansatz erfolgreich, wohingegen sich in Afrika, auf Grund unvollständiger Therapie, schnell Resistenzen der Mücke gegenüber DDT und anderen Insektiziden herausbildeten.

1971 wurde das Artemisinin entdeckt, welches bis heute das wichtigste Chemotherapeutikum im Kampf gegen die Malaria darstellt. Grund zur Sorge gibt die aktuelle Entwicklung in Südostasien, insbesondere in Kambodscha, wo bereits Therapieversagen in über 10% der Erkrankungsfälle, bei 5 verschiedenen auf Artemisinin basierenden Therapien, nachgewiesen wurde. Grund hierfür ist eine neu entdeckte Mutation im PfKelch13-Gen des Parasiten. Nichtsdestotrotz gibt es auch Fortschritte im Kampf gegen die Malaria. So befindet sich aktuell ein Impfstoff in Phase III der klinischen Testung, der eine Abnahme der Inzidenz bei Kleinkindern um rund 40% verspricht und im selben Maße eine Abnahme von schwerer Malaria tropica bewirken soll. 2018 soll ein generalisierter Impfstoff in 3-5 Subsahararegionen erfolgen. Dennoch bleibt die Vektorkontrolle weiterhin die wichtigste Säule der Prävention. So konnte gezeigt werden, dass mit Hilfe von mit Insektizid behandelten Moskitonetzen eine Abnahme der Inzidenz von über 50% erreicht werden konnte! Derselbe Effekt wird für das Versprühen von Insektiziden innerhalb des Wohnraumes vermutet, wobei hier nur eine begrenzte Datenlage besteht. Hier gilt es besonders den enormen Nutzen dieser beiden Maßnahmen ins kollektive Bewusstsein der Menschen zu rücken und dieses auch ökonomisch zu ermöglichen. Des Weiteren gilt es insbesondere Kinder und schwangere Frauen zu schützen, da diese beiden Gruppen besonders vulnerabel gegenüber einem komplizierten Verlauf der Malaria tropica sind. Die Marschrichtung der WHO ist eindeutig! Bis 2020 soll sowohl die Inzidenz als auch die Mortalität an Malaria um mindestens 40% gesenkt werden. Es bleibt abzuwarten, ob diese Zielsetzung umgesetzt werden kann.

Aus meiner Recherche sind mir 2 Dinge besonders in Erinnerung geblieben: Zum einen die Tatsache, dass Malaria noch bis Mitte des 20. Jhd. endemisch in Süd- und Mitteleuropa vorhanden war und zum anderen die Tatsache, dass die Vektorkontrolle mit relativ wenig Aufwand einen so immensen Stellenwert in der Malariaphylaxe hat.

*von Tim Blum*

## **1.10 Sexual and Reproductive Health**

In 2005, the World Health Organization (WHO) initiated a sexual and reproductive health program to ensure that people have access to sexual and reproductive health information and services. The program sets quality standards, impacts current research and implements evidence-based guidelines so men and women can enjoy the highest level of sexual and reproductive health. Currently, the program is sponsoring a number of projects in the areas of preventing unsafe abortion, contraception, female genital mutilation, maternal health, sexually transmitted infections and many more.



During the seminar, the WHO's process of implementing solutions to global health concerns was described using HIV as an example. By 1999, HIV was the fourth largest cause of death worldwide and the WHO was among the many organizations to prevent the spread of the infectious disease. Since preliminary observational studies had



shown that male circumcision had a protective effect against HIV infection, three randomized controlled trials commenced across Africa to test this hypothesis. All three trials were stopped early at interim analysis since results showed a significant decrease in the HIV infection rate. Circumcised men were less than half as likely as uncircumcised men to become infected with HIV. As a result, voluntary medical male circumcision became a part of the WHO's comprehensive HIV prevention package for areas with a high prevalence of HIV.

An unofficial poll at the end of presentation showed a difference in opinion for preventive measures one would take for one's own children. If Münster had a high prevalence of HIV, all of the women, who participated in the seminar, but none of the men would circumcise their male children as part of an HIV prevention strategy. For this program, as for any other WHO program, evidence-based guidelines have to be culturally accepted in order to promote change.

*von Janice K. Jeschke*

## 1.11 Mental Health Action Plan

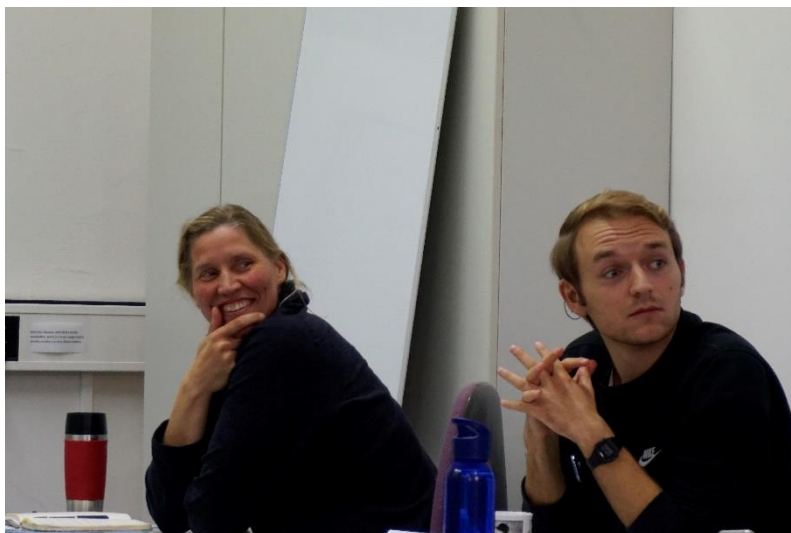
Since the begin of the 21st century the impact of Non-communicable-disease (NCDs) on the global burden of disease has become more and more evident. Not only in high-income-countries but also in middle- and low-income-countries who adopt western ways of life, e.g. food, tobacco. These countries now bear a double burden of disease as the former health care issues are not sufficiently solved.

In my presentation I wanted to focus on the mental aspects of health, which have been stated as one of the key factors in the definition of by the World Health Organization (WHO).

I thought two aspects to be fundamental: Are mental health issues equally distributed all over the world or do they only appear in well-developed countries? Is there a discussion within the WHO or even programmes to promote mental well-being?

Concerning my first question it became obvious that mental illnesses like depression, substance abuse, schizophrenia are not only "first-world-problems" but are found with almost the same prevalence all over the world.

Whereas psychiatric care in high-income-countries is integrated in the health care system, even if it



still needs improvement, we face the problem that in most low- and middle-income countries no structures exist. There is a high discrepancy up to 86% between burden of disease and sufficient treatment. Togo, as example for a lot of these countries, has only 12 psychiatric hospitals, where there is only treatment for acute mental illnesses in a minimum of cases. Here we face a lack of institutions, health care workers, knowledge of adequate treatment and aftercare. It is even not sure if human right principles are followed as these some institutions keep the patients for years without proper treatment, often detained against their will.

Starting in 2007 the Lancet started to publish articles about the mental health issues which also was the starting point to discuss this topic within the WHO. In 2008 they started with the Mental Health Gap Action Programme which was followed by the Comprehensive Mental Health Action Plan in 2013 which created principles for mental health care and defined goals for all member states to be fulfilled

until 2020. They are designed to be a template for National Action Plan. In 2020 the situation on mental health care will be reevaluated, hopefully with improvements to be seen.

*von Lavinia-Alexandra Steinmann*

## 1.12 Alternde Gesellschaft

Bis 2050 wird es auf der Welt eine stetige Zunahme der über 60-Jährigen geben. 80% werden davon in Schwellen- und Entwicklungsländern leben. Dieser wachsende Anteil der Gesellschaft stellt entsprechende Ansprüche an die Gesundheitssysteme und die Gesellschaft. Aus diesem Grund steht das Thema „Healthy Ageing“ auf der Agenda der WHO. Das Ziel der WHO ist es im Alter ein gesundes und glückliches Leben zu ermöglichen.

Leider sind viele Gesellschaften geprägt durch „Ageism“: eine meist unbewusste Form von Diskriminierung gegenüber den „Alten“ geprägt durch Vorurteile wie zum Beispiel, dass Rentner eine wirtschaftliche Belastung sind.

2016 erstellte die WHO einen ‚Action Plan‘ für „Healthy Ageing“. Das hauptsächliche Ziel dieses Plans ist die Förderung der intrinsischen Kapazität einer jeden Person über 60.

Der Plan beinhaltet im Wesentlichen die Bekämpfung von „Ageism“- also ein Umdenken der Gesellschaft gegenüber der älteren Generation - ein Anpassen der Gesundheitssysteme an die Bedürfnisse der Alten und Sicherstellung von Langzeitpflegen. Außerdem plädiert der „Action plan“ für eine Alters-freundliche Umwelt.

*von Charlotte Gunnemann*



## 2 Besuch der Weltgesundheitsorganisation



### 2.1 Globale Strategien zur Prävention und Behandlung von Krebs (Andreas Ullrich)

Die Weltgesundheitsorganisation (*World Health Organization*; WHO) hat den Anspruch, global zu denken und zu handeln. Eine ihrer Hauptaufgaben sieht sie daher darin, den Zustand der Weltgesundheit zu beschreiben und die hierbei erhaltenen Daten den Regierungen zur Verfügung zu stellen. Diesem Ziel sollte durch das im Jahr 1992 gestartete Projekt *Global Burden of Disease* (GBD) Rechnung getragen werden, dessen Aufgabe die Quantifizierung von Todesfällen, Behinderung und Risikofaktoren, aufgeteilt nach Regionen und Bevölkerungsgruppen, war. Politischen Entscheidungsträgern sollte so die Möglichkeit gegeben werden, Informationen abzuwägen und Prioritäten setzen zu können um letztendlich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes in den Bevölkerungen in die Wege zu leiten.<sup>1</sup>

In diesen Statistiken stellen die Krebserkrankungen ein besonders interessantes Segment dar, da hier Inzidenz- (*background risk*) und Mortalitätsraten im Rahmen von Krebsregistern flächendeckend gemessen werden können. Diese Daten ermöglichen es die verschiedenen Ursachen für Krebserkrankungen in den Landesbevölkerungen ausfindig zu machen und diese gezielt bekämpfen zu können.

---

<sup>1</sup> Inhaltliche Ergänzung, Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Global\\_Burden\\_of\\_Disease](https://de.wikipedia.org/wiki/Global_Burden_of_Disease), 30.10.2017

Mögliche Ursachen für Krebserkrankungen sind z.B.:

- Endogene Faktoren (z.B. hereditäre genetische Mutationen)
- Chemische Faktoren (z.B. Rauchen)
- Physikalische Faktoren (z.B. Strahlung)
- Biologische Faktoren (z.B. virale Infektionen)

Aktuell wird davon ausgegangen, dass bis zu 25 % aller Krebserkrankungen durch Rauchen verursacht werden, damit gilt dieses als der wichtigste Faktor für die Krebsentstehung.

Zusammengeführt werden diese Daten durch die Internationale Agentur für Krebsforschung (*International Agency for Cancer Research*; IARC), einer Einrichtung der WHO, mit Sitz in Lyon, Frankreich. In einer Kollaboration der IARC und der *International Association of Cancer Registries* werden alle 5 Jahre unter dem Stichwort *Cancer Incidence in Five Continents* (CI5) detaillierte und graphisch aufgearbeitete Daten zur weltweiten, standardisierten Krebs-Inzidenz und Mortalität veröffentlicht, die zuvor von den regionalen und nationalen Krebsregistern erhoben worden sind (Beschreibung der Originaldaten).<sup>2</sup> Hierauf aufbauend werden durch das GLOBOCAN-Projekt Schätzungen der zukünftigen Inzidenz-, Mortalitäts- sowie der Prävalenzraten von 28 Krebsarten auf nationalem Level in 184 Ländern der Welt angefertigt (Extrapolation der Daten).<sup>3</sup>

Ein Augenmerk der WHO liegt auf der Vorsorge und Bekämpfung des Cervixkarzinoms, welches sich aufgrund einer Infektion mit humanen Papillomviren (HPV) entwickelt. Zu den Ländern mit besonders hohen Inzidenz- und Mortalitätsraten (s. Abb. 1**Fehler! Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.** und Abb. 2) zählen Afrika, Lateinamerika und Asien. Ein weiteres Beispiel für die von der IARC-Agentur untersuchten Krebsarten stellt das Prostatakarzinom dar, welches häufig altersbedingt entsteht, aber auch durch genetische Faktoren ausgelöst werden kann. Leberkrebs kann z.B. durch virale Infektionen im Rahmen einer Hepatitis-B- oder -C-Infektion hervorgerufen werden. Vor allem in West-Afrika wird dieser jedoch auch zu einem großen Teil durch Aflatoxine induziert, die durch Blauschimmelsorten auf Nüssen und Nussprodukten in die Nahrungskette gelangen. Brustkrebs dagegen wird vor allem durch genetische Prädisposition, hormonelle Einflüsse, Übergewicht, Bewegungsmangel und Alkohol gefördert.

---

<sup>2</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <http://ci5.iarc.fr/Default.aspx>

<sup>3</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com\\_content&view=article&id=101&Itemid=578](http://www.iacr.com.fr/index.php?option=com_content&view=article&id=101&Itemid=578)

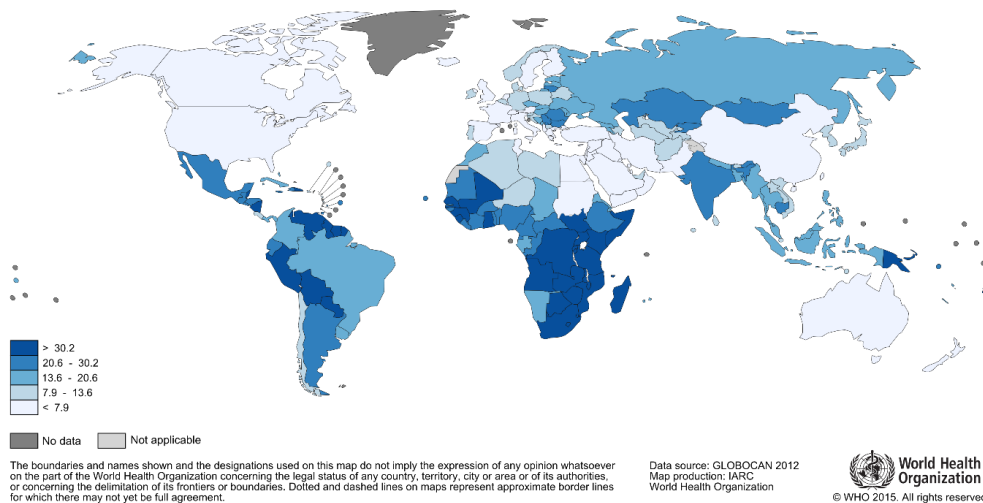


Abb. 1 Weltweite Inzidenzraten (ASR; Age standardized rate) des Cervixkarzinoms (nur Frauen). GLOBOCAN 2012 (Quelle: <http://globocan.iarc.fr>)

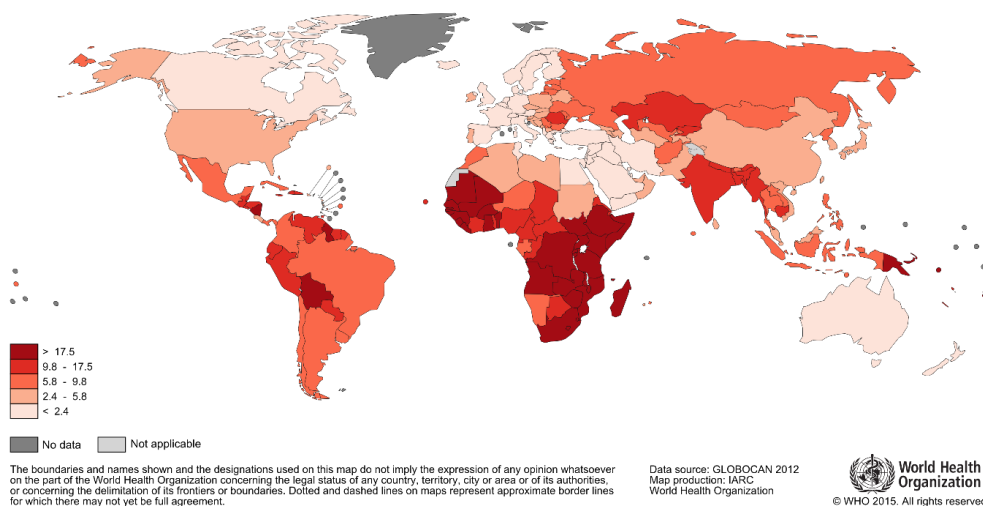


Abb. 2 Weltweite Mortalitätsraten (ASR; Age standardized rate) des Cervixkarzinoms (nur Frauen). GLOBOCAN 2012 (Quelle: <http://globocan.iarc.fr>)

An diesen Beispielen werden die verschiedenen Ursachen der Krebserkrankungen deutlich, die wiederum individuelle Präventionsansätze erfordern - z.B. *Screening*-Mechanismen für Brustkrebs, andere Aufbewahrungsmöglichkeiten für Nüsse, Impfungen zur Hepatitis-B- oder Cervixkarzinom-Prävention. Für politische Entscheidungsträger ist es daher essentiell möglichst exakte Daten in Bezug auf Inzidenz, Prävalenz und Mortalität bestimmter Krebserkrankungen zu erhalten, wie sie durch CI5 und GLOBOCAN zur Verfügung gestellt werden.

### Geschichte der Krebsprävention in der WHO

#### **2000: Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases**

Erste große Strategie gegen nicht-übertragbare Erkrankungen und Prägung des Begriffes *noncommunicable diseases* (NCDs). Dieser politisch definierte Begriff beinhaltet nicht-infektiös bedingte Krankheiten, wie z.B. Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf, chron. obstruktive Lungenerkrankungen und Krebs.



### **2003: FCTC – *Framework Convention for Tobacco Control***

Die Rahmenkonvention FCTC ist ein völkerrechtlicher Vertrag und gleichzeitig das erste WHO-Übereinkommen, das durch die 56. Weltgesundheitsversammlung im Sinne des Artikel 19<sup>4</sup> der WHO-Verfassung am 21. Mai 2003 angenommen wurde. Hierbei reicht eine Zweidrittelmehrheit der Gesundheitsversammlung aus, um Verträge oder Abkommen über eine innerhalb der Zuständigkeit der Organisation liegende Frage anzunehmen. Der Vertrag ist durch seine Ratifizierung, oder andere Formen der Akzeptanz oder Bestätigung, ohne Unterzeichnung für 179 Parteien rechtlich bindend.<sup>5</sup> Das Hauptanliegen dieser Rahmenkonvention, ist die Angebots- und Nachfragereduktion von Tabakprodukten. Demnach sollen weniger Tabakprodukte angebaut werden, weniger Werbung erlaubt sein und Rauchentwöhnungsangebote durch z.B. Beratungsgespräche oder Medikamentengabe geschaffen werden. Durch die Ratifizierung und damit der Umsetzung der WHO-Konvention in nationales Recht, können diese Forderungen rechtlich eingeklagt werden.

☛ Kritik: Trotz des Verständnisses für den Zeitaufwand, den eine Umsetzung von Rahmenkonventionen in nationales Recht bedeutet, liegt Deutschland diesbezüglich aktuell weit hinter anderen Staaten zurück. Beispielsweise liegt die Prävalenz der Nikotinabhängigkeit, bezogen auf die Forderungen der WHO-Konvention, noch deutlich zu hoch, wie es kürzlich im Welt-Tabak-Report festgestellt wurde.

Eine mögliche Antwort darauf, warum Deutschland international so schlecht abschneidet, könnten der hierzulande große Absatzmarkt für Tabakprodukte, aber auch das immer noch existierende Parteien-Sponsoring, wie es beispielsweise durch Philipp Morrison praktiziert wird, sein. Ebenso ist das Tabak-Werbeverbot in Deutschland deutlich weniger umfassend als in den Nachbarstaaten.

Als Konsequenz hieraus erhöht das Deutsche Krebsforschungsinstitut in Heidelberg (DKFZ), das gleichzeitig als Stabsstelle für *Tobacco Control* fungiert, den öffentlichen Druck auf die Politik. Sie treiben unter anderem die Veröffentlichung von Studienergebnissen, die das Gefährdungspotential von Tabakkonsum hervorheben voran und arbeiten die Umsetzung der Rahmenkonventionen wissenschaftlich auf. Gefordert wird dabei insbesondere, dass Ärzte Tabakkonsum-Prävention und die Durchführung der Suchtbehandlung (Rauchentwöhnung) vorrangig als ihre Aufgabe ansehen.

### **2004: *Global Strategy of Physical Activity, Diet and Health***

Diese Strategie wurde 2004 von der *World Health Assembly* (WHA) beschlossen um ungesunde Ernährungsweisen und körperliche Inaktivität zu bekämpfen. Diese gelten als zwei der Hauptrisikofaktoren für die ansteigenden Raten chronischer Erkrankungen wie z.B. Herzerkrankungen, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Krebs, welche circa 60 % aller Todesursachen weltweit ausmachen.<sup>6</sup>

### **2008: *Action Plan 2008-2013 on the Global Strategy for the Prevention and Control of NCDs***

Mit dem *Global Action Plan* soll die partnerschaftliche Zusammenarbeit in der Vorbeugung und Kontrolle der vier Hauptgebiete der NCDs - Kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes mellitus, Krebs

<sup>4</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf>

<sup>5</sup> [https://de.wikipedia.org/wiki/Rahmen%C3%BCbereinkommen\\_der\\_WHO\\_zur\\_Eind%C3%A4mmung\\_des\\_Tabakgebrauchs](https://de.wikipedia.org/wiki/Rahmen%C3%BCbereinkommen_der_WHO_zur_Eind%C3%A4mmung_des_Tabakgebrauchs)

<sup>6</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <http://www.who.int/nmh/wha/59/dpas/en/>

und chronische Atemwegserkrankungen - gestärkt und vorangebracht werden. Die Priorität liegt dabei auf der Ursachenbekämpfung der NCDs, wie z.B. Tabakkonsum, physischer Inaktivität, ungesunden Ernährungsformen und dem unsachgemäßen Gebrauch von Alkohol.<sup>7</sup>

### **2009: *Global Strategy to Reduce the Harmful Use of Alcohol***

Zum ersten Mal haben die Delegationen aller 193 Mitgliedsländer einen Konsens bezüglich einer globalen Strategie zur Bekämpfung des unsachgemäßen Alkoholkonsums erzielen können.<sup>8</sup>

### **2010: *WHO Global Status Report on NCDs***

Der Global Status Report on NCDs aus dem Jahr 2010 stellte den ersten detaillierten Report über die weltweiten Epidemien von kardiovaskulären Erkrankungen, Krebs, Diabetes mellitus und chronischen Atemwegserkrankungen mitsamt ihren Risikofaktoren und Determinanten vor.<sup>9</sup>

### **2011: *Political Declaration on NCDs***

Zum zweiten Mal überhaupt in der Geschichte der Vereinten Nationen (*United Nations*; UN) treffen sich die globalen Führer (*heads of states*) aufgrund einer gesundheitlichen Thematik (*high level meeting*) in Manhattan (NY, USA). Die erste Zusammenkunft erfolgte zum Thema AIDS - *Acquired Immune Deficiency Syndrome* (erworbenes Immundefektsyndrom). Das Ziel lag darin, ein prägnantes, handlungsorientiertes Dokument zu erstellen, dessen Inhalte in die globalen Agenden aller zukünftigen Generationen mit einfließen sollen.<sup>10</sup>

Diese politische Deklaration stellt eine Absichtserklärung zur technischen Zusammenarbeit der Länder mit der UN und der WHO in den Bereichen der Bekämpfung - und vor allem der Prävention (*public health approach*) - von NCDs dar. Hierbei soll die WHO - im Sinne eines „Sekretariates“ - eine koordinative Rolle übernehmen.

Problematische Aspekte sind hierbei, dass in Entwicklungsländern weder flächendeckende Präventionsmaßnahmen noch *Screening*-Methoden zur Verfügung stehen, dass die Menschen tendenziell älter werden und dass höhere Konsumraten von Nikotin, Alkohol und hoch-kalorischen Nahrungsmitteln verzeichnet werden (Angebots-Nachfrage-Thematik). Hinzu kommt ein verminderter physischer Aktivitätsgrad und damit einhergehendes Übergewicht. Diese Punkte führen zu einer verringerten Produktivität der Bevölkerung und dementsprechend zu einer Absenkung der Wirtschaftskraft der Länder.

### **2013-2020: *WHO Action Plan for the Prevention and Control of NCDs for 2013-2020***

Durch diesen Plan soll eine weitere Stärkung der partnerschaftlichen Zusammenarbeit im Kampf gegen NCDs und eine Reduktion der Risikofaktoren (Tabakkonsum, ungesunde Ernährungsformen, physische Inaktivität, unsachgemäßer Alkoholkonsum) von NCDs, besonders in den Entwicklungsländern, erreicht werden. Außerdem wurden das Arsenal und die Aufrufe zur Verstärkung der Risikoreduktionsmaßnahmen ausgeweitet. Beispiele hierfür sind die Besteuerung von Tabak,

<sup>7</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>

<sup>8</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/gsrhua/en/](http://www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/)

<sup>9</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [http://www.who.int/chp/ncd\\_global\\_status\\_report/en/](http://www.who.int/chp/ncd_global_status_report/en/)

<sup>10</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [http://www.who.int/nmh/events/un\\_ncd\\_summit2011/en/](http://www.who.int/nmh/events/un_ncd_summit2011/en/)

Alkohol und zuckerhaltigen Getränken, ein Verbot von Werbung für ungesunde Nahrungsmittel sowie die Aufklärung der Menschen über die Risiken einer erhöhten Salzaufnahme.<sup>11</sup>

☛ Kritik: Krebserkrankungen nehmen eine Sonderrolle in der komplexen Thematik der NCD-Bekämpfung ein, da hier auch infektiöse (z.B. HPV, HIV, Schistosomiasis, Cytomegalievirus [CMV]) oder chemische Ursachen (z.B. Exposition am Arbeitsplatz) zu den Risikofaktoren zählen. Dieses wurde durch die bisherigen Maßnahmen der NCD-Handlungsempfehlungen noch nicht ausreichend abgedeckt.

### National Cancer Control Programmes (NCCP) - Gesundheitssystem zur Krebskontrolle

Seit circa 20 Jahren existiert ein WHO-Rahmenkonzept, wie sich der Staat – ausgehend von einem *Public Health*-Konstrukt - dem Thema Krebserkrankungen nähern soll. Dieses besteht aus den vier Säulen: Prävention, Früherkennung, Diagnose und Behandlung sowie der palliativen Versorgung. Hierbei stellt besonders der Punkt der Früherkennung eine große Herausforderung dar. Während für Brust-, Cervix-, Kolorektal- und Hautkrebs in den Ländern der ersten Welt geeignete *Screening*-Methoden zur Verfügung stehen, so existieren diese nicht für andere Krebserkrankungen wie z.B. für das Prostatakarzinom. Darüber hinaus sind viele dieser Methoden sehr aufwendig und kostspielig, so dass eine flächendeckende Krebsfrüherkennung vor allem in den Entwicklungsländern kaum zu bewerkstelligen ist.

Da eine enge zeitliche Korrelation zwischen der Diagnosestellung und den entsprechenden Behandlungs- und Überlebenschancen besteht, wird hier die besondere Problematik der Entwicklungsländer deutlich. Im Vergleich dazu haben sich die 5-Jahresüberlebensraten bei an Brustkrebs erkrankten Frauen in Europa auf bis zu 95 % erhöht.

Von aktueller Diskussion ist bei den hier aufgeführten Überlebensraten noch immer die Problematik der *Lead-Time-Bias* (Vorläuferzeitverfälschung). Diese benennt einen systematischen Fehler, der bei der Früherkennung von Krankheiten zum Tragen kommt. Hieraus resultiert eine nur scheinbar verlängerte Überlebenszeit durch die Vorverlegung des Diagnosezeitpunkts, verglichen mit Patienten, die erst nach klinischen Symptomen eine Diagnose erhalten. Ohne vorhandene Therapie lebt der Patient nach der früheren Diagnosestellung nur scheinbar länger. Es resultiert daraus also kein Gewinn an Lebenszeit.<sup>12</sup> Da auch der Aspekt der Lebensqualität für eine Beschreibung des Gesundheitsstatus entscheidend ist, sind die Auswirkungen einer verfrühten Diagnose, und damit einer verlängerten Lebenszeit mit dem Wissen um diese Erkrankung, im Rahmen der geforderten verbesserten *Screening*-Infrastruktur kritisch zu betrachten.

☛ Kritik: Eine alleinige Verbesserung der Früherkennungsmethoden kann und darf nicht der Anspruch in den Entwicklungsländern sein. Da dieses moralisch nicht vertretbar ist, dürfen verbesserte und ausgedehnte *Screening*-Methoden nur durchgeführt werden, wenn anschließend auch eine adäquate Behandlung der Krebserkrankungen erfolgen kann. Aktuell gibt es nur eine Krebsform - das Cervixkarzinom - bei dem auch in den Entwicklungsländern schon Behandlungen durchgeführt werden

<sup>11</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4234222/>

<sup>12</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Lead\\_time\\_bias](https://de.wikipedia.org/wiki/Lead_time_bias)

könnten. Häufig sind 12 – 16-jährige Frauen betroffen, die mit den humanen Papillomaviren infiziert werden. Während bei den harmlosen Virenvarianten die Infektionen häufig selbst vom Körper eliminiert werden, besteht bei den *High-Risk-HPV*-Typen (HPV 16, HPV 18) die erhöhte Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Präkanzerose. Diese Form könnte jedoch durch lokale Behandlungsformen (Cryo-Therapie) auch in primären und sekundären Gesundheitszentren in den Entwicklungsländern therapiert werden. Um dem moralischen Dilemma zu entgehen, muss daher stets die Trias von Früherkennung – Diagnose – Behandlung gegeben sein.

#### Elemente des Cancer Treatments – Building Blocks

Für die Entwicklung von Gesundheitssystemen existiert ein universelles Schema, das nicht nur für den Umgang für Krebserkrankungen gilt, sondern generell für die erste, zweite und dritte Versorgungsstufe auf Krankenhausebene.

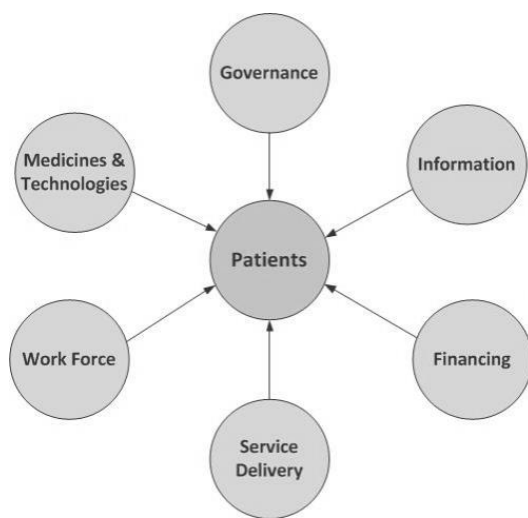


Abb. 3 WHO - Building Blocks: Essentielle Bausteine für die Erstellung eines effektiven Gesundheitssystems. (Quelle: <https://mhealth.jmir.org/2014/4/e49/>)

Dazu zählen die Infrastruktur, das medizinische Personal (Ärzte, Krankenpfleger, etc.), Informationssysteme, medizinische Produkte/Impfungen/Technologien (für Diagnosen und Behandlung), die Finanzierung des Gesundheitssystems (einschließlich des Versicherungs-wesens) und eine zentrale Steuerung, wie sie z.B. die Regierung eines Landes einnehmen kann. Letztere überwacht beispielsweise die Zahl der Krankenhäuser in einem Land, wie viele Betten diese zur Verfügung stellen und stärkt die Kommunikation der einzelnen Gesundheitszentren untereinander. In den Entwicklungsländern in Südamerikas, Afrikas und Asiens sind diese *building blocks* jedoch nur unzureichend ausgebaut oder vorhanden. Zur Zeit befinden wir uns in der Situation der epidemiologischen Transition, was beinhaltet, dass zusätzlich zu den Infektionskrankheiten noch die nicht-übertragbaren Krankheiten an Bedeutung gewinnen (*double burden of disease*). Jedoch sind die Gesundheitssysteme in diesen Ländern bisher noch weitgehend auf die Infektionskrankheiten ausgerichtet. Das bedeutet, dass Infektionskrankheiten wie z.B. Malaria relativ gut behandelt werden können. Für Krankheiten wie Krebs, Diabetes mellitus oder kardiovaskuläre Erkrankungen stehen jedoch nur stark unzureichende Strukturen zur Verfügung. Deshalb ist es das Ziel der WHO die in den

Ländern vorhandenen *building blocks* auszubauen und diese mit Hilfe von entsprechenden *Guidelines* der WHO, die Informationen und mögliche Lösungswege enthalten, strategisch weiter zu entwickeln. Eine wichtige *Guideline* ist z.B. die zweijährig, aktualisierte *WHO Model List of Essential Medicines*, die den Ländern wichtige Hilfestellungen zur Thematik der Medikamentenauswahl gibt. Diese beinhaltet vor allem nicht mehr durch Patente geschützte Medikamente, die daher günstig erworben werden können. Insgesamt stellt der Ausbau der *building blocks* eine hoch komplexe Aufgabe dar, da hier ebenso ermittelt werden muss, über welche Transport- und Handelswege die Medikamente ins Land kommen, welche Firmen daran beteiligt sind, wie nationale Regierungen und Zulassungsbehörden mit eingeschlossen werden und wie die Verteilung an die einzelnen Apotheken und die in Umlaufbringung gestaltet werden kann. Die WHO gibt hierfür Empfehlungen, jedoch stellen diese keine Rahmenkonventionen dar, so dass jedes Land hier seine eigenen Entscheidungen bezüglich der Medikamentenauswahl und Finanzierung treffen muss.

#### Krebsbehandlung am Beispiel der Strahlentherapie

Die internationale Atomenergiebehörde (*International Atomic Energy Agency*, IAEA) in Wien überwacht neben der weltweiten Produktion und Lagerung nukleärer Waffen, auch die auf physikalischen Strahlungsprozessen beruhenden eingesetzten Technologien in den einzelnen Ländern. Dazu gehören die Strahlentherapie und die diagnostische Radiologie. In den von der IAEA erstellten Übersichten über die globalen Strahlentherapieeinrichtungen (s. Abb. 4**Fehler!**

**Verweisquelle konnte nicht gefunden werden.**) wird die deutliche Unterversorgung bestimmter Regionen wie Südamerika, Afrika, und Asien klar. Dort bestehen also enorme Lücken (*gaps*) zwischen den benötigten und den tatsächlich vorhandenen Behandlungs- und Früherkennungsmöglichkeiten.

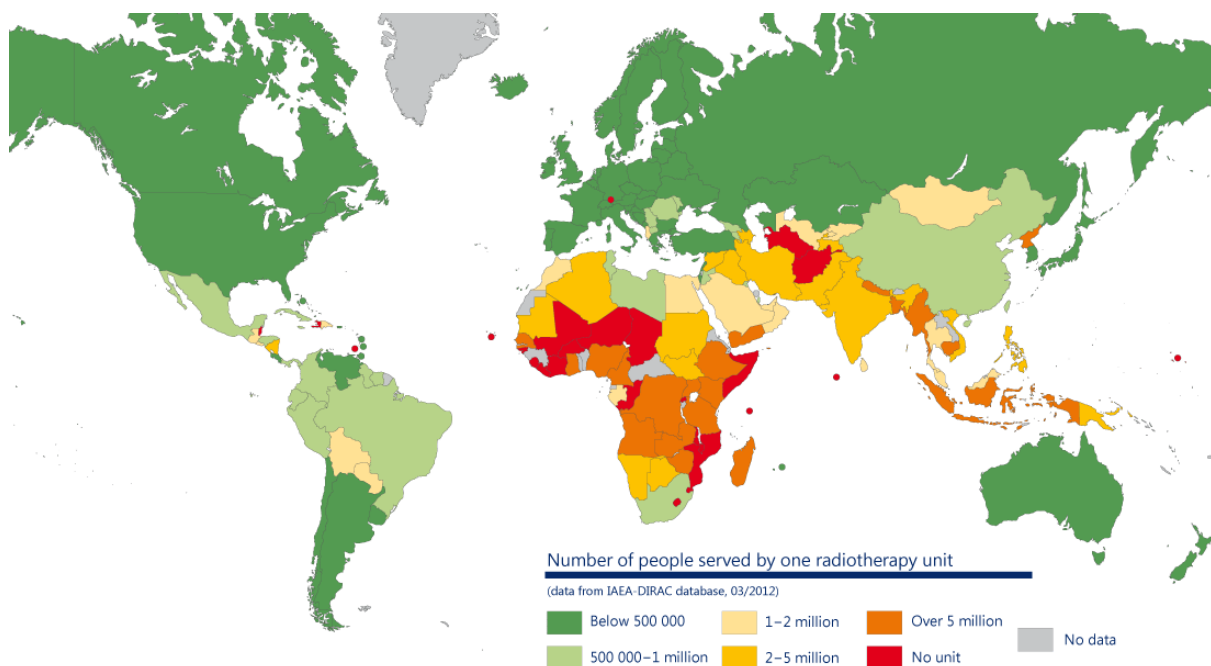


Abb. 4 Bevölkerung pro Radiotherapieeinheit (Stand: 03/2012) (Quelle: <http://cancer.iaea.org/agart.asp>)

Zur Behebung dieser Missstände kann die WHO nur Anregungen liefern. Die vorrangige Empfehlung lautet dabei immer einen nationalen Krebsplan aufzustellen. Diesen haben mittlerweile bereits über 100 Länder erstellt, jedoch mangelt es stellenweise an dessen Umsetzung. Festgelegt werden darin mit Bezug zur Strahlentherapie beispielsweise die Anzahl der Strahlentherapieeinheiten, sowie die Personalstärke (Onkologen, Krankenpfleger) und die Wahl der Therapeutika – entsprechend den *building blocks*. Letztendlich entscheiden jedoch immer der Entwicklungsgrad und die wirtschaftlichen Möglichkeiten eines Landes über dessen Umsetzung.

### Strategien der *Cancer Control*

Eine strategisch geschickte Möglichkeit zum Ausbau der Krebskontrollmechanismen, besteht in der Einbettung bestimmter Anteile von Krebsstrategien in bereits existierende Programme. Ein besonderes Beispiel stellt hier die Zusammenlegung von bestehenden HIV- mit Cervixkarzinom-Früherkennungsprogrammen, welches in Ländern mit hoher HIV-Inzidenz bereits so praktiziert wird. Dieses ist umso sinnvoller, da das HI-Virus für Krebserkrankungen wie das Cervixkarzinom prädisponiert und weil für die großen Infektionserkrankungen viele Fördermittel zur Verfügung stehen. Diese können beim *Global Fund* mittels entsprechender Projektskizzen beantragt werden. Der globale Fonds mit Sitz in Genf (Schweiz), der seine Hauptaufgabe in der Bekämpfung von Krankheiten wie HIV, Tuberkulose und Malaria sieht - ist in über 140 Ländern tätig und fungiert als internationales Finanzierungsinstrument. Insgesamt übersteigt das Finanzierungsvolumen des *Global Fund* das der WHO um das 10-fache. Damit ist er eines der wichtigsten Instrumente zur Bekämpfung der oben aufgeführten Krankheiten.<sup>13</sup>

Wie hierbei aber deutlich wird, ist das Gros der Entwicklungshilfe immer noch für Infektionskrankheiten eingeplant und nicht für NCDs, obwohl die Inzidenz- und Mortalitätsraten von Krebserkrankungen die Gesamtraten der drei Infektionskrankheiten bei weitem übersteigen.

Auch im Rahmen der Reproduktionsmedizin bzw. von gynäkologischen Untersuchungen bietet es sich an, *Screenings* für Gebärmutterhals- oder Brustkrebs unterzubringen. Die Gesundheit von Frauen und Kindern steht seit jeher im Fokus der internationalen Aktionspläne, so dass sich eine Integration der Programme hier anbietet. Teilweise wird dieses auch schon so praktiziert. Die Integration von Programmen stellt einen erfolgsversprechenden Schritt in der Bekämpfung von Krebserkrankungen dar.

### Das WHO-Netzwerk

#### **WHO**

Die WHO besteht aus circa 6000 Mitarbeitern und unterhält 6 Regionalbüros (*regional offices*; RO) mit jeweils circa 600 Mitarbeitern. Hiervon beschäftigen sich jeweils 1-2 Personen pro *regional office* mit der Thematik der Krebserkrankungen. Darüber hinaus existieren nationale Büros, (*country offices*) die

---

<sup>13</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Global\\_Fund](https://de.wikipedia.org/wiki/Global_Fund)



wie z.B. in Indien aus bis zu circa 100 Mitarbeitern bestehen. Deren Aufgabe ist es, mit den nationalen Regierungen zu verhandeln und so bei der Erstellung und der Umsetzung nationaler Gesundheitspläne zu assistieren. Als Instrument dient dabei die *WHO Country Cooperation Strategy* (CCS), die eine mittelfristige Vision der technischen Kooperation der WHO mit einem Mitgliedsstaat festhält. Der Zeitrahmen zur Unterstützung bei der Gesundheitspolitik, -strategie oder des Gesundheitsplans kann dabei flexibel an nationale Zyklen und Prozesse angepasst werden. Die Strategie dient als Basis, um die Kollaboration der WHO mit anderen UN-Organen und Entwicklungspartnern auf Landesebene zusammen zu bringen.<sup>14</sup> In einigen Ländern, wie beispielsweise in Nigeria, kommen jedoch der Umgang mit und die Bekämpfung von NCD, und hierunter insbesondere Krebserkrankungen, kaum in der CCS vor.

- **Headquarter (HQ):** Normative Arbeit an Leitfäden und Umsetzungstools zur Krebsbekämpfung
- **Regional Offices (RO):** Ausarbeitung regionaler Krebsstrategien (AMRO/PAHO; *Pan-American Health Organization*)
- **WHO Country Offices (WCO):** Entwicklung nationaler Krebskontroll-Programme (*National Cancer Control Programme; NCCPs*)

## IARC

Die internationale Agentur für Krebsforschung (siehe oben) ist eine Partnerorganisation der WHO und beschäftigt sich mit der Leitung und Koordinierung der Ursachenerforschung von Krebserkrankungen. Neben der Durchführung von epidemiologischen Studien über Krebs und der Entwicklung von wissenschaftlichen Präventionsstrategien, gibt die IARC eine Reihe von Monografien über Krebsrisiken heraus. Betrachtet werden dabei die Exposition mit Chemikalien, physikalischen Einwirkungen, biologischen Krankheitserregern und durch die Lebensweise bedingte Faktoren.<sup>15</sup>

## UN-Partner (*joint country support*)

- **International Atomic Energy Agency (Internationale Atomenergie-Organisation):** Die IAEA hat den Status einer autonomen wissenschaftlich-technischen Organisation inne, die durch ein separates Abkommen mit der UN verbunden ist. Sie berichtet sowohl der UN-Generalversammlung als auch dem UN-Sicherheitsrat, über den Status der internationalen Sicherheit in Hinsicht auf Kernenergie-Themen. Ihr Ziel ist die Anwendung radioaktiver Stoffe und die internationale Zusammenarbeit hierbei zu fördern, jedoch die militärische Nutzung dieser Technologie durch Überwachungsmaßnahmen zu verhindern.<sup>16</sup> Der Gesundheitsbereich (*Division of Human Health*) setzt z.B. die weltweiten Standards für Strahlentherapie- und Diagnosegeräte fest. Mit ihrem etablierten PACT-Programm (*Programme of Action for Cancer Therapy*) reagiert die IAEA auf die global ansteigenden

<sup>14</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <http://www.who.int/country-cooperation/what-who-does/ccs/en/>

<sup>15</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Internationale\\_Agentur\\_f%C3%BCr\\_Krebsforschung](https://de.wikipedia.org/wiki/Internationale_Agentur_f%C3%BCr_Krebsforschung)

<sup>16</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Internationale\\_Atomenergie-Organisation](https://de.wikipedia.org/wiki/Internationale_Atomenergie-Organisation)

Krebsraten. Zusammen mit der WHO richtet sich PACT an die IAEA-Mitgliedsstaaten um deren Zugang zu Gesundheitstechnologien zu erweitern, entsprechendes *Knowhow* zu vermitteln und benötigte Ressourcen zu mobilisieren. Hiermit soll der Mitgliedsstaat - auch durch Hilfe vor Ort - eine breite Spanne von qualitativ hochwertigen, effektiven und nachhaltigen Krebsdienstleistungen entwickeln können.<sup>17</sup>

- **United Nations Populations Fund (UNFPA; Bevölkerungsfond der Vereinten Nationen):**  
Der UNFPA ist der weltweit größte Fonds zur Finanzierung von Bevölkerungsprogrammen. Er fungiert als Nebenorgan der Generalversammlung der Vereinten Nationen und wird durch freiwillige Beiträge der UN-Mitgliedsstaaten finanziert. Ihre jährlich veröffentlichten „Weltbevölkerungs-berichte“ dienen als Beratungs- und Entscheidungsgrundlage auf den Weltbevölkerungskonferenzen. Zu den priorisierten Themen zählen z.B. sexuelle/reproduktive Gesundheit, Familienplanung, Bildung, Gleichberechtigung unter den Geschlechtern und der Schutz vor Gewalt gegen Frauen und Kinder.<sup>18</sup> Von großer Bedeutung für die Krebsprävention und -bekämpfung ist die Integration des Cervix- und Mammakarzinom-Programms in andere Programme der Gesundheitsorganisationen der Länder. Der Aufbau der Partnerschaften wird dabei vorrangig durch den UNFPA gefördert.
- **United Nations Children's Fund (UNICEF; Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen)**  
UNICEF ist eines der entwicklungspolitischen Organe der Vereinten Nationen. Aktuell ist UNICEF vor allem in Entwicklungsländern tätig und unterstützt dort Kinder und Mütter in den Bereichen Gesundheit (z.B. in der NCD-Prävention), Familienplanung, Hygiene, Ernährung und in Bildung. Weiterhin leistet UNICEF humanitäre Hilfe in Notsituationen und engagiert sich auf politischer Ebene gegen den Einsatz von Kindersoldaten sowie für den Schutz von Flüchtlingen.<sup>19</sup>

### **Non-Governmental Organizations (NGOs; Nicht-Regierungsorganisationen)**

Nicht-Regierungsorganisationen stellen die Berufsverbände in der Krebsbekämpfung und -prävention dar. Sie bieten technische Assistenz und treten für die Bekämpfung von Krebs ein.

- **European Society for Medical Oncology (ESMO; Europäische Gesellschaft für medizinische Onkologie)** ESMO gehört zu Europas führenden *non-profit* Organisationen im Bereich der medizinischen Onkologie und fungiert als weltweiter Onkologen-Verband. Zu ihren Zielen gehören unter anderem die Qualitätsverbesserung von Prävention, Diagnostik, Behandlung sowie unterstützender und palliativer Pflege, die Wissensverbreitung über Krebserkrankungen an Krebspatienten und die Öffentlichkeit, sowie die Erleichterung des Zugangs zu optimalen Behandlungsmöglichkeiten. Aufgrund des immer stärker spezialisierten

<sup>17</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <https://www.iaea.org/services/key-programmes/programme-of-action-for-cancer-therapy-pact>

<sup>18</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Bev%C3%B6lkerungsfonds\\_der\\_Vereinten\\_Nationen](https://de.wikipedia.org/wiki/Bev%C3%B6lkerungsfonds_der_Vereinten_Nationen)

<sup>19</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <https://de.wikipedia.org/wiki/UNICEF>

Expertenwissens, steht das Zusammenbringen und Bekanntmachen dieser Experten im Vordergrund der ESMO.<sup>20</sup>

- **American Society of Clinical Oncology (ASCO; Amerikanische Gesellschaft für klinische Onkologie):** Die ASCO ist eine Non-profit Organisation und das US-amerikanische Pendant zur ESMO. Ihr Anliegen als Onkologen-Verband ist ebenfalls eine Verbesserung der Krebsprävention und der Krebsbekämpfung.<sup>21</sup>
- **Union Internationale Contra le Cancer (UICC; Internationale Vereinigung gegen Krebs):** Die UICC ist eine international tätige Organisation, die ihren Sitz in Genf hat. Ihre Aufgaben sieht sie in der Erforschung, Prävention und Behandlung von Krebserkrankungen. In der UICC sind 276 Mitgliedsorganisationen vereint (Verband der nationalen Krebsligen), die in 86 Ländern tätig sind. In Deutschland zählen dazu die Deutsche Krebsgesellschaft, die Deutsche Krebshilfe und das Deutsche Krebsforschungszentrum.<sup>22</sup> Sie führen Kampagnen zur Krebsbekämpfung durch und verfügen über ein großes Netzwerk an Partnerorganisationen. Ebenso leisten sie Hilfe vor Ort und bieten als Berufsverband Hilfestellung bei der Erstellung der Behandlungsrichtlinien. Im Vergleich hierzu bietet die WHO nur das *Public Health*-Konzept. Die Details werden dagegen von den Berufsverbänden ausgearbeitet.

#### Palliative Krebsversorgung (Palliative Care)

Ein weiterer Baustein des NCCP stellt - neben der Prävention, Diagnostik und Behandlung von Krebserkrankungen - die palliative Krebsversorgung dar. Diese hat sich aus dem ursprünglichen dreistufigen Stufenplan zur Schmerzbehandlung, der sogenannten „Pain ladder“ heraus entwickelt (s. Abb. 5.).

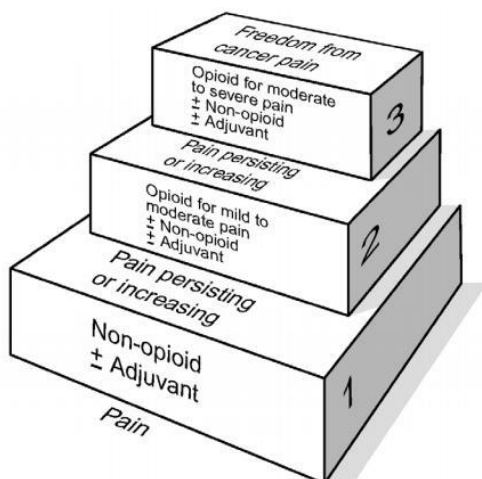


Abb. 5 WHO Pain Ladder – Anwendungsschema der medikamentösen Therapie in der Schmerzbehandlung bzw. in der palliativen Krebsbehandlung (Quelle: <http://inctr-palliative-care-handbook.wikidot.com/who-pain-ladder>)

<sup>20</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <http://www.esmo.org/About-Us>

<sup>21</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: <https://www.asco.org/>

<sup>22</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Union\\_internationale\\_contre\\_le\\_cancer](https://de.wikipedia.org/wiki/Union_internationale_contre_le_cancer)

Im Rahmen des *Palliative Care*-Konzept wurde im Jahr 2014 von der Weltgesundheits-versammlung eine Resolution zur *Palliative Care* verabschiedet. Hierin haben sich die Mitgliedsstaaten dazu verpflichtet, nationale Programme zur palliativen Versorgung aufzubauen. Diese sind gerade für Krebspatienten im fortgeschrittenen Erkrankungsstadium besonders wichtig, da deren Lebensqualität z.B. mittels Medikamentengabe und adjuvanter Maßnahmen verbessert werden muss. Für die palliative Versorgung stehen ebenfalls entsprechende *WHO-Guidelines* zur Verfügung.

---

### **Diskussion, Kritik und Fragen**

- **HPV-Impfung:** Ist es sinnvoll, hinsichtlich der Kosten und der Effektivität, große Massenimpfungen durchzuführen?

Die HPV-Impfung wird nun seit circa 10 Jahren zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs angewandt. In den Jahren 2006 und 2007 gab es mehrere große Meetings der WHO und der Industrie, um eine Zusammenarbeit bezüglich der Herstellung und den damit verbundenen Kosten von HPV-Impfstoffen. Früher lag der Preis einer Impfung bei circa 200-300 US \$. Mittlerweile konnte eine sehr gute Wirksamkeit der Impfungen festgestellt werden, so dass die WHO in Preisverhandlungen mit den großen beteiligten Pharmaherstellern wie Merck® und GlaxoSmithKline®, die zwei Serien von Kombinationsimpfstoffen anbieten, eingetreten ist. Seit ihrem Bestehen hat die WHO Prozesse etabliert, wie zusammen mit den Pharmaherstellern neue Impfstoffe entwickelt und die Impfungen letztendlich umgesetzt werden können. Dieses führte zu einer erfolgreichen Senkung der Preise für die Einzelimpfungen.

Diese Art der Zusammenarbeit funktionierte auch schon bei der Hepatitis-B-Impfung. Anfang der 1980er Jahre lag der Preis für eine Impfung ebenfalls sehr hoch. Aktuell ist die Hepatitis-Impfung Teil der Weltimpfkampagne.

Die Impfallianz GAVI (*The Global Alliance of Vaccines and Immunizations*; GAVI) mit Sitz in Genf (Schweiz), verfolgt als weltweit tätige öffentlich-private Partnerschaft das Ziel, den Zugang zu Impfungen gegen vermeidbare lebensbedrohliche Krankheiten in Entwicklungsländern zu verbessern. Zu ihren Mitgliedern zählen die Regierungen von Industrie- und Entwicklungsländern, die WHO, UNICEF, die Weltbank, die Bill & Melinda Gates Foundation, NGOs, Impfstoffhersteller sowie Gesundheits- und Forschungseinrichtungen und weitere private Geber.<sup>23</sup> Die ärmsten Länder (*GAVI eligible countries*) können bei diesem Fonds finanzielle Unterstützung für ihre Impfkampagnen beantragen. Vor zwei Jahren wurde die HPV-Impfung in das Portfolio der GAVI aufgenommen, da zum einen zu diesem Zeitpunkt genug Daten zur *cost effectiveness* vorlagen und zum anderen ein Impfprogramm gegen HPV in Entwicklungsländern deutlich leichter durchzuführen ist, als ein flächendeckendes *Screening*programm anzubieten. Dieses

---

<sup>23</sup> Inhaltliche Ergänzung; Quelle: [https://de.wikipedia.org/wiki/Gavi,\\_die\\_Impfallianz](https://de.wikipedia.org/wiki/Gavi,_die_Impfallianz)

geschieht in erster Linie in Subsahara-Afrika, da dort das Cervixkarzinom die krebisbedingte Mortalitätsrate bei Frauen in Afrika anführt. Aktuell liegt der Preis pro Impfung bei 5 US \$.

Zu welchem Zeitpunkt werden die Frauen geimpft?

In der Pubertät, idealerweise vor Aufnahme der ersten sexuellen Aktivität (12 – 13 Jahre). Die Impfkampagnen laufen in den Entwicklungsländern oft über die Schulen (*school-based*). Da dort jedoch auch ein großer Teil der Kinder – vor allem sind hier die Mädchen betroffen – keine bzw. nicht regelmäßig die Schule besucht, gibt es zusätzlich die *service-based* Impfstrategie. Hier werden alle Kinder der Umgebung extra zu den Kampagnen eingeladen. Insgesamt existieren also verschiedene Möglichkeiten, die Kinder zu erreichen. Bisher konnten hiermit gute Erfolgsraten erreicht werden.

Spielt man auch mit dem Gedanken Jungen zu impfen?

Ja, jedoch ist diese Idee noch nicht in den WHO-*Guidelines* verankert. Ein Experten-Komitee (*Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) on Vaccination*) trifft sich jedes Jahr und erstellt *Guidelines* speziell für Impfungen. Eine entscheidende Veränderung der letzten Zeit war die Frequenzänderung bei der HPV-Impfung. Früher wurden drei Impfungen für Gebärmutterhalskrebs empfohlen. Aktuell jedoch nur noch zwei, da der Impfstoff auch in zweimaliger Gabe sehr effektiv ist. Möglicherweise wird in Zukunft auch nur noch eine Impfung notwendig sein.

- **Double Burden of Disease:** Wie ist aktuell der Stand in China und Indien, wo viele Menschen Rauchen. Gleichzeitig steigt die Inzidenz von Lungenkrebs in diesen Ländern immer mehr an. In Indien kommt das Problem des Diabetes mellitus hinzu. Wie ist das Bewusstsein der Staaten für diese Gesundheitsaspekte? Hat sich dort etwas getan und sind die Staaten dazu bereit mit der WHO zusammen zu arbeiten?

Ja. Indien hat z.B. einen nationalen Krebsplan. Weiterhin gibt es Anti-Tabak-Kampagnen. China hat seine Organisation bezüglich dieser Gesundheitsthemen zentralisiert, jedoch hapert es nach wie vor an vielen Faktoren. In China wird ein großer Teil der Steuereinnahmen durch Tabakkonsum erzielt. Das Problem dabei ist vor allem, die verschiedenen Interessen zu berücksichtigen, die sogar auch in den Regierungen selbst zu finden sind. Im Jahr 2016 fand eine globale, durch die Regierung ausgerichtete, große Konferenz in Shanghai zum Thema *Health Promotion* statt. Das Bewusstsein für diese Problematik bzw. diese Themen ist also vorhanden, jedoch wird es noch eine Weile dauern, bis dieses tief in die Bevölkerung vorgedrungen ist.

- **National Cancer Plan:** Was genau bedeutet *National Cancer Plan* und wie unterscheiden sich diese von Land zu Land? (siehe oben)

Der *National Cancer Plan* meint im Prinzip die Umsetzung des 4-Säulen-Prinzips. Die vier Säulen sind: Prävention, Früherkennung, Behandlung und *Palliative Care*. Dazu werden

gewisse Standards von der WHO herausgegeben, die dem Land beim Ausbau und der praktischen Umsetzung der vier Aspekte als Hilfestellung dienen sollen. Es geht letztendlich darum, welche Risikofaktoren in dem jeweiligen Land bestehen und welche Krebsarten dort besonders häufig vorkommen. Hierzu muss man sich epidemiologischer Methoden und Statistiken bedienen und aufgrund der Daten für jedes Land einen individuellen Plan erstellen. Mittlerweile gibt es schon sehr viele Länder die mit auf dem 4-Säulen-Prinzip aufgebauten Krebsbekämpfungsplänen arbeiten.

- **Leukämische Erkrankungen bei Kindern:** Es gibt ja viele akute Leukämien, die man gerade bei Kindern relativ gut belegt behandeln kann. Inwieweit arbeitet die WHO daran?  
Aktuell strebt die WHO diesbezüglich besonders die Zusammenarbeit mit der Internationalen Gesellschaft der pädiatrischen Onkologen ([La Société internationale d'oncologie pédiatrique](#); SIOP) an. Diese NGO stellt - parallel zum onkologischen Verband der Erwachsenen - den Weltverband für Kinderkrebserkrankungen dar. Diese Organisation soll voraussichtlich ab Januar 2018 offiziell bei der Bekämpfung von Leukämien mitwirken. Leukämische Erkrankungen sind von großer Relevanz, so dass die *Essential Medicines List* für Kinder kürzlich um verschiedene Medikamente zur Behandlung von Leukämien erweitert worden ist. Speziell bei Kindererkrankungen steht auch immer ein großer politischer Wille dahinter, diese bestmöglich zu behandeln. Mittlerweile werden sogar Überlebensraten von bis zu 80 % bei Non-Hodgkin-Lymphomen und einigen soliden Tumoren (sehr heterogene Gruppe) erreicht. Erfolgreich war in diesem Zusammenhang vor allem der Aufbau von sogenannten Hospitalpartnerschaften, die zusammen mit der WHO die Behandlung und Bekämpfung von Kinderkrebserkrankungen bewerkstelligen. Unter den Partnerschaften gibt es klassische Hospitalpartnerschaften, wie z.B. die von Deutschland mit Russland, welche vom Rundfunksender WDR angeregt worden sind. Drei Behandlungszentren dieser Kooperation sind in Deutschland stationiert (Frankfurt, Berlin und München) und zwei in Russland (Moskau, Perm). Das große Zentrum für Kinderkrebs in Perm war vor 20 Jahren noch in einem desolaten Zustand, der jedoch durch den Zusammenschluss dieser Krebszentren behoben werden konnte. Ein wichtiges Werkzeug in der Bekämpfung von Kinderkrebs ist die genaue Aufzeichnung der Behandlungsschemata mit den entsprechenden Erfolgsraten. Hieraus sind im Laufe der Zeit *Standard Treatments* hervor gegangen, deren strikte Einhaltung einen extrem positiven Effekt auf das Überleben der Kinder hat. Inzwischen haben sich die Überlebensraten in Perm denen der Kinderkrebspatienten in Deutschland angeglichen. In den Partnerschaften wird also ein gemeinschaftliches Arbeiten der Onkologen gefördert, jedoch ermöglicht erst die WHO selbst die Kontaktaufnahme zu den Regierungen und die Vermittlungsarbeit auf Regierungsebene. Vor drei Jahren wurde hierzu ein *Side-Event* der WHO veranstaltet, an dem unter anderem der deutsche und der russische Gesundheitsminister teilnahmen.
- **Finanzierungsstrategie für NCDs:** Die finanziellen Mittel zur NCD-Bekämpfung werden aktuell hauptsächlich durch Querfinanzierung bereitgestellt. Inwiefern können Aktionspläne



mehr Bewusstsein bei den Geldgebern schaffen, dass NCDs wichtige Themen sind. Und ändert sich bei der Finanzierung aktuell etwas oder ist die Finanzierung von NCDs unattraktiv, da Krankheiten mit eindeutigen Heilungsaussichten besser für die *Publicity* der Geldgeber sind? Gibt es Ansätze die momentanen Finanzierungsstrukturen zu ändern?

In zwei Wochen findet ein großes ministerielles Treffen in Montevideo (Uruguay), statt, an dem wir seit Wochen arbeiten. Das Ziel ist es, dort die *Head of States* und Minister auf NCDs aufmerksam zu machen. Da kosteneffektive Präventions-möglichkeiten bestehen, ist dieses Thema ökonomisch und moralisch von großer Bedeutung. Hierbei ist jedoch problematisch, dass die Öffentliche Entwicklungs-zusammenarbeit (*Official Development Assistance*; ODA) des *Global Fund* extrem viele Gelder von den Ländern abzieht. Bisher gibt es noch keine koordinierte Kooperation zwischen dem *Global Fund* und der WHO. Es besteht also dringender Handlungsbedarf, eine gemeinsame Plattform der Gesundheitssystementwicklung zu schaffen, so dass letztlich nicht nur Tuberkulose, Malaria und HIV im Fokus stehen. Es sollen Systeme kreiert werden, in denen alles behandelt werden kann. Das ist die Formel der Zukunft, die aktuell jedoch noch nicht erfolgreich umgesetzt wird.

- **Berufsziel International Health:** Was hast du in deiner langjährigen Erfahrung als *Public Health*-Experte für Ratschläge für die Studenten, wenn sie an *Global Health* und Medizin interessiert sind?

Ein Studium der *Public Health* ist bestimmt sinnvoll. Man braucht aber erstmal ein gutes Handwerkszeug. Solides Grundlagenwissen aus der Klinik auch wichtig. Man sollte die Möglichkeiten wie z.B. Famulaturen, das praktische Jahr oder auch die Zeit nach dem Abschluss dazu nutzen um im Ausland klinisch zu arbeiten. Entwicklungsminister Dr. Gerd Müller vom Bundesministerium für wirtschaftliche Entwicklung und Zusammenarbeit (BMZ) hat sogenannte Hospitalpartnerschaften ins Land gerufen. Ich vermute, dass das Universitätsklinikum Münster auch entsprechende Hospitalpartnerschaften vorweisen kann. Diese Möglichkeiten können einen Austausch sehr erleichtern. Wenn man anschließend mit der Erfahrung zurückkommt, wie das Gesundheitssystem in Afrika funktioniert, kann man auf diesen Kenntnissen aufbauen und *Public Health* studieren, sich bei der WHO bewerben oder vielleicht bei Ärzten ohne Grenzen arbeiten. Wichtig ist also über das Rüstzeug zu verfügen und dann natürlich ein großes Interesse für diese Arbeit mitzubringen. Und diese Arbeit ist wichtig, da wir den internationalen Verband brauchen. Wir können nicht nur isoliert Mediziner ausbilden, sondern brauchen den (Wissens-)Austausch. Ich habe auch immer wieder die Bildung von Hospitalpartnerschaften angeregt, auch hier in Genf, die seit Jahrzehnten eine Partnerschaft mit Kamerun haben. Die Chirurgie in München unterhält eine sehr intensive Partnerschaft mit Ghana. Ebenso gibt es viele von diesen Partnerschaften in der Kinderonkologie.

Ist das ein bilateraler Austausch?

Das Problem bei den reziproken Austauschen ist immer, dass anschließend die Ärzte aus den Entwicklungsländern oft hier vor Ort bleiben wollen. Daher ist es besser vor Ort zu sein und zu

schauen, was man machen kann. Eine weitere Organisation der internationalen Hospitalpartnerschaft ist das *Ensemble pour une Solidarité Thérapeutique Hospitalière En Réseau* (ESTHER). Bei der Bildung dieser Hospitalpartnerschaften aus den ursprünglichen HIV-Klinikpartnerschaften zwischen England, Frankreich und Westafrika, war die WHO entscheidend beteiligt.

---

### Zusammenfassung

Der Vortrag „*WHO's Global Cancer Control Policies*“, gehalten von Andreas Ullrich (MD, MPH), am 28.09.2017, beinhaltete zunächst eine kurze allgemeine Einführung über die Aufgaben der WHO und Krebserkrankungen, die zu den sogenannten *noncommunicable diseases* (NCDs, nicht übertragbare Krankheiten) zählen. Durch die exakte Erfassung von globalen Mortalitäts- und Inzidenzraten ermöglicht die WHO eine Identifizierung der landesspezifischen Krebsursachen. Hiermit bietet sie den Regierungen eine gute Grundlage, aufgrund der gesundheitspolitische Entscheidungen getroffen und sinnvolle Maßnahmen eingeleitet werden können.

Die Geschichte der Krebsprävention bzw. das Thema der NCDs, zu denen auch Diabetes mellitus, Herz-Kreislauf und chronisch obstruktive Lungenerkrankungen zählen, begann im Jahr 2000, in dem erstmals der Begriff der NCDs definiert wurde. Wegweisend war die erste Rahmenkonvention der WHO, in der sich die Mitgliedsstaaten zu einer Angebots- und Nachfragereduktion von Tabakprodukten verpflichtet werden. Zusammen mit weiteren Maßnahmen soll hierdurch der weltweite Tabakkonsum, der als eine der Hauptursachen für (Lungen-)Krebs gilt, vermindert werden. In den folgenden Jahren wurden noch die Bekämpfung von unsachgemäßem Alkoholkonsum, Bewegungsmangel, der Zufuhr von hochkalorischen Nahrungsmitteln und der erhöhten Salzaufnahme mit auf die Agenden gesetzt, mit dem Ziel der Reduktion von NCDs.

Um diese Ziele länderspezifisch umsetzen zu können, bietet die WHO Hilfestellung bei der Aufstellung von nationalen Krebsbekämpfungsplänen in Form der *National Cancer Control Programmes* (NCCPs) an. Diese Programme beruhen auf den vier Säulen: Prävention, Früherkennung, Diagnose und Behandlung sowie der palliativen Versorgung. Schwierigkeiten bei der Umsetzung sind vor allem in den Entwicklungsländern die oft reduzierten technischen Möglichkeiten und das fehlende *Knowhow*, woraus sich das moralische Dilemma ergibt, dass die Screening-Methoden nur erweitert werden können, wenn auch eine adäquate Behandlung gewährleistet werden kann.

Für die allgemeine Gesundheitssystementwicklung existiert ein WHO-Universalschema, das nicht nur für den Umgang mit Krebserkrankungen angewendet werden, sondern für alle Versorgungsstufen auf Krankenhausebene dienen kann. Als Grundgerüst existieren die Bausteine (*building blocks*) *Governance, Information, Financing, Medicines & Technologies, Workforce* und *Service Delivery*. Diese sollten unter Berücksichtigung der länderspezifischen Gegebenheiten unter Zuhilfenahme der entsprechenden WHO-Guidelines möglichst gleichmäßig ausgebaut werden.

Die größte Herausforderung der Bekämpfung von NCDs und dabei im Speziellen von

Krebserkrankungen liegt in der Finanzierung. Viele Finanzierungsinstrumente wie der *Global Fund* legen ihren Schwerpunkt weiterhin auf die Bekämpfung der klassischen, dominierenden Infektionserkrankungen der Entwicklungsländer: AIDS, Tuberkulose und Malaria. Eine Möglichkeit dieses Problem zu umgehen, stellt die Verknüpfung der entsprechenden Programme dar. Dieses wird z.B. schon bei den HIV-Programmen und der Prävention von Cervixkarzinom so durchgeführt.

Bei der Bekämpfung der NCDs ist die WHO in ein großes Netzwerk von Kooperationspartner eingebettet. Hierzu zählen vor allem UN-Organisationen (z.B. IAEA, UNFPA und UNICEF) und Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs; z.B. ESMO, ASCO und UICC). Dabei obliegt der WHO hauptsächlich eine beratende, koordinierende und Struktur-schaffende Funktion, wohingegen insbesondere die NGOs vor Ort arbeiten und die WHO-*Guidelines* in die Praxis überführen.

### **Zur Person:**

*Dr. Ullrich studierte an der Universität in München Humanmedizin und spezialisierte sich anschließend im Bereich der Inneren Medizin. Nach seiner Facharztausbildung erwarb er an der School of Public Health in Bielefeld den Master of Public Health. Im Jahr 2001 nahm er eine Stelle der WHO an und begann dort – anfänglich als einzige Person in diesem Bereich - mit der Arbeit am Cancer Control Programme. Seit dem hat er ein organisationsweites Netzwerk der Krebsprävention und -kontrolle aufgebaut, welches mittlerweile an allen relevanten technischen Programmen des WHO-Headquarters und der regionalen Niederlassungen beteiligt ist. Im Fokus des Programms stehen hier vor allem die Entwicklungsländer. Weiterhin engagierte sich Dr. Ullrich für die Vernetzung der Krebsprävention und -behandlung mit anderen Gesundheitsprogrammen, wie z.B. im Rahmen der HIV-Programme, um deren bereits bestehende Strukturen für eine flächendeckende Versorgung mit zu nutzen.*

*Dr. Ullrichs letzter Schwerpunkt lag in der Weiterentwicklung von Gebärmutterhalskrebs-Programmen und im Aufbau von Partnerschaften mit der Union for International Cancer Control, dem International Network for Cancer Treatment and Research, der International Atomic Energy Agency und der European Society for Medical Oncology. Als Vermittler zwischen den WHO-Headquarters und der International Agency for Research on Cancer, unterstützte er die Implementierung und Stärkung der Krebsforschung in der öffentlichen Gesundheitspolitik.*



von Anna Linge

## 2.2 Internationale Gesundheitsvorschriften

### **(Helge Hollmeyer)**

In seinem Vortrag gewährte Dr. Helge Hollmeyer einen Einblick in sein Fachgebiet der International Health Regulations (IHR, deutsch: Internationale Gesundheitsvorschriften/IGV). Zwecks Unterstützung seiner Präsentation verteilte der Dozent zu Beginn das Vertragswerk, dessen einzelne Punkte er konkret erklärte. Überraschenderweise kannte bis auf eine Ausnahme keiner der Kursteilnehmer die Regularien.

Wie Dr. Hollmeyer ausführte, sind die IGV das zentrale völkerrechtliche Instrument im Zuständigkeitsbereich der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die Verhütung und Bekämpfung einer grenzüberschreitenden Ausbreitung von Krankheiten. Sie entstanden erstmalig 1969 in der World Health Assembly (WHA). Die aktuell gültige Fassung wurde im Jahre 2005 von der WHA verabschiedet und trat am 15. Juni 2007 in Kraft. Es ist der einzige völkerrechtlich bindende Rahmenvertrag zwischen den 194 in der WHO vertretenen Ländern.

Gerade in Zeiten einer schnell wachsenden Weltbevölkerung und der Globalisierung gewinnen Vorschriften zur Prävention von Krankheitsausbrüchen immer mehr an Relevanz. Im Vorwort zu den IGV erklärt die WHO die Ziele des Vertragswerkes: „to prevent, protect against, control and provide a public health response to the international spread of disease in ways that are commensurate with and restricted to public health risks, and which avoid unnecessary interference with international traffic and trade.“ In anderen Worten: Die IGV sollen vor allem dazu dienen, potentielle medizinische Notsituationen in der Zukunft vorbeugend zu verhindern und das weltweite Auftreten von Krankheiten möglichst unter Kontrolle zu halten. Problematisch in diesem Kontext sind der internationale Handel und der (Reise-)Verkehr, die in den letzten Jahren rasant angestiegen sind. Einerseits führt die Globalisierung zu einer vermehrten Ausbreitung von unterschiedlichen Krankheiten, sodass strenge Vorschriften notwendig werden zur Eindämmung von Krankheitserregern. Auf der anderen Seite dürfen die IGV nicht zu stark in die globale Wirtschaft und in den Reiseverkehr bzw. den Tourismus eingreifen, da häufig die eher strukturschwachen Länder zusätzlich benachteiligt werden. Hauptziel der IGV ist, „die internationale Verbreitung von Krankheiten zu verhüten und zu bekämpfen, davor zu schützen und dagegen Gesundheitsschutzmaßnahmen einzuleiten, und zwar in einer Weise, die den Gefahren für die öffentliche Gesundheit entspricht und auf diese beschränkt ist und eine unnötige Beeinträchtigung des internationalen Verkehrs und Handels vermeidet“. Dementsprechend versuchen die Vorschriften einen effektiven Gesundheitsschutz mit der Verhinderung unverhältnismäßiger Folgen für Wirtschaft und Reisende zu vereinbaren.

So wichtig die IGV für die Verhinderung von weltweiten Pandemien sind, so schwierig gestaltet sich die Umsetzung für die einzelnen Mitgliedsstaaten der WHO. Wenn die Ausbreitung einer für die Allgemeinbevölkerung gefährlich eingestuften Krankheit lokal begrenzt werden soll helfe es laut Dr. Hollmeyer nicht die Grenzen zu schließen – ein effektiver Grenzschutz sei nicht realisierbar. Eine wesentlich bessere Maßnahme seien daher „Screenings“ an Flughäfen und Grenzübertritten – idealerweise beim Verlassen eines Landes.

Als technisches Vertragswerk, das durch die WHO umgesetzt wurde, waren die IGV 1969 auf die Kontrolle einer begrenzten Anzahl von Infektionskrankheiten beschränkt: Cholera, Pest, Gelbfieber sowie Pocken bis zur ihrer offiziellen Eradikation. Angesichts dieser und anderer Unzulänglichkeiten und als Reaktion auf eine hochmobile und stark vernetzte Welt wurden die Internationalen Gesundheitsvorschriften während eines 10-jährigen Revisionsprozesses umfassend überarbeitet. Die intensive Überarbeitung, beeinflusst durch die Erfahrungen mit der SARS-Epidemie 2003 und die Gefahr einer Influenzapandemie durch das hochpathogene H5N1-Virus, mündete im Mai 2005 in die Verabschiedung einer grundlegend neu ausgerichteten Fassung der Vorschriften durch die 58. WHA. Während sich also die allerersten Regularien im Wesentlichen darauf beschränkten, erste Kontrollen zur Eindämmung von Krankheiten in beschränktem Ausmaße zu etablieren, legt die neue Fassung ein weltweit umfassendes System an Standards fest. So lautet nach dem Paradigmenwechsel aktuell die oberste Maxime, nicht nur die Krankheitsausbreitung beispielsweise mittels Kontrollen an Flughäfen einzudämmen, sondern möglichst frühzeitig Ursachen und Auslöser von Krankheiten zu entdecken. Auf diese Art und Weise soll langfristig eine effektive Primärprävention entstehen und im Falle eines relevanten Krankheitsereignisses über Erfahrungen aus der Vergangenheit eine schnelle Intervention möglich sein. Auch die Definition des Krankheitsereignisses wurde deutlich ausgedehnt. Neben Epidemien/Pandemien durch bestimmte Infektionserreger fallen heutzutage auch bioterroristische Attacken, radionukleare Störfälle, Vergiftungen/Beeinträchtigungen durch pharmazeutische Produkte sowie chemische Kontamination von Essensprodukten oder der Umwelt unter die Begrifflichkeit.

Um das Zusammenspiel zwischen den einzelnen Behörden weltweit zu strukturieren und zu vereinfachen, sehen die IGV ein Informationssystem vor. So verpflichten die Regularien jedes Mitgliedsstaat der WHO, so genannte „National IHR Focal Points“ zu installieren. Die aus Gesundheitsexperten des jeweiligen Landes bestehenden Teams sind für die Überwachung und Kontrolle der Gesundheitslage des jeweiligen Landes zuständig. Falls ein relevantes Krankheitsereignis im jeweiligen Land auftritt, setzt sich dieses Team mit einem „IHR Contact Point“ der WHO in Verbindung, das weitere Maßnahmen im weltweiten Kontext einleitet.

Damit ein Krankheitsfall auch als relevantes Krankheitsereignis eingestuft werden kann, geben die IGV folgende vier Punkte als Leitfaden an:

- 1) Hat das Notfallereignis einen schwerwiegenden Einfluss auf das Gesundheitswesen?
- 2) Ist das Notfallereignis unüblich oder unerwartet eingetreten?
- 3) Gibt es ein signifikantes Risiko, dass sich das Notfallereignis international ausbreitet?
- 4) Gibt es ein signifikantes Risiko, dass das Notfallereignis Einschränkungen in den weltweiten Handel und Reiseverkehr zur Folge hat?

Wenn zwei Kriterien positiv bewertet werden, muss das Land, in dem das Notfallereignis stattgefunden hat, innerhalb von 24 Stunden eine Meldung abgeben.

Generell gestaltet sich die Bewertung der Krankheitsereignisse schwierig, da die Kriterien der IGV abstrakt und vage bleiben. Als Faustregel hat sich etabliert: Falls Behörden über ein eingetretenes

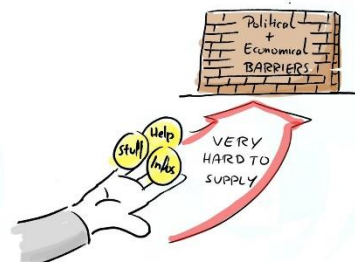
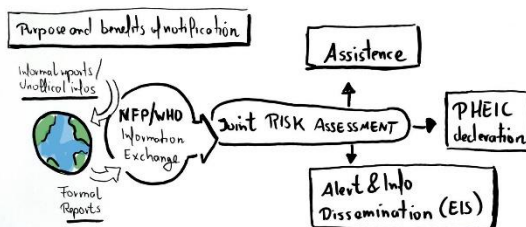
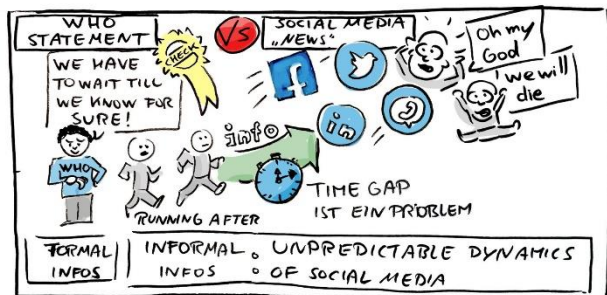
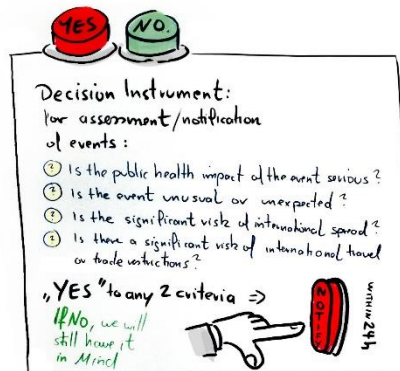
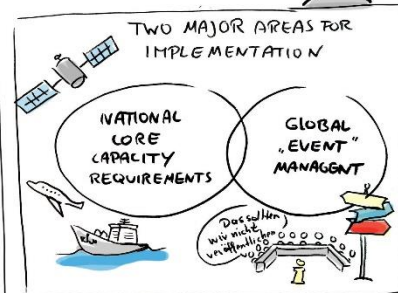
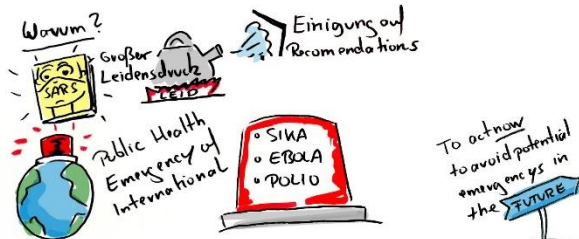
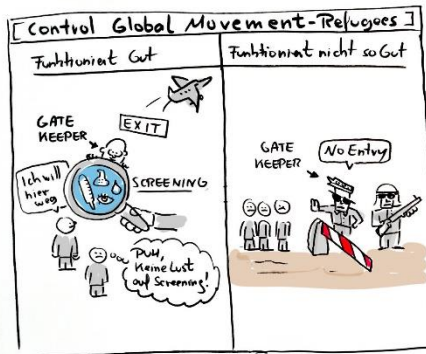
Krankheitsereignis im Ausland auch im eigenen Land informiert sein möchten, sollte die WHO eingeschaltet werden.

Insgesamt stellen die IGV ein komplexes und weit umfassendes Gefüge dar, das in einem jahrelangen, mühsam austarierten Prozess von Gesundheitsexperten auf der gesamten Welt entwickelt wurde. Als sehr sachkundiger und kompetenter Experte erwies sich Dr. Helge Hollmeyer bei seinem Vortrag. Er schaffte es, ein abstraktes Thema für die Kursteilnehmer erlebbar und realitätsnah zu präsentieren anhand von konkreten Beispielen, bei denen die IGV zur Anwendung kämen. Durch die Art, wie Dr. Hollmeyer auf sein Publikum zugegangen ist, entstand ein sehr plastisches Bild über den Alltag in einer großen und international geprägten Behörde wie der WHO. So tat sich Dr. Hollmeyer sichtlich schwer, die vielen englischen Fachausdrücke aus dem Bereich „International Health“ adäquat ins Deutsche zu übersetzen. Wie er selber auch sagte, denke man häufig nur noch in diesen Kategorien, wenn man wie er täglich mit englischer Fachsprache sowohl im Schriftverkehr als auch bei großen Kongressen konfrontiert wird. Leider gingen durch die Übersetzungsversuche und durch die Wechsel zwischen Deutsch und Englisch gelegentlich die gedanklichen Zusammenhänge beim Publikum verloren. Dennoch war es eine spannende und sehr lehrreiche Reise durch die Paragraphen der IGV und die Arbeitswelt der WHO.

*von Johannes Fiekens*



Best possible health for all people!





## 2.3 Outbreak Response & Operational Partnerships

### (Andreas Jansen)

2014 war kein gutes Jahr für die WHO. Für ihr Krisenmanagement während der Ebola-Epidemie in Westafrika wurde sie von unterschiedlicher Seite harsch kritisiert. Ärzte ohne Grenzen warf der UN-Organisation damals vor, den Ernst der Lage nicht erkannt und auf frühe Warnungen und Hilferufe seitens der vor Ort tätigen NGOs nicht adäquat reagiert zu haben. Der Ausruf des globalen Gesundheitsnotstandes kam ein halbes Jahr zu spät und damit auch das Startsignal für die internationale Katastrophenhilfe. *"Man muss es so deutlich sagen: Durch frühere und effektivere Hilfe hätten viele Tausend Menschen vor Ebola geschützt und gerettet werden können."*, konstatierte Tankred Stöbe, der damalige Präsident von MSF in Deutschland.

Insgesamt wurden während des Ausbruchs über 28.600 Krankheitsfälle in Guinea, Liberia und Sierra Leone registriert. 11.310 Menschen starben an den Folgen der Virusinfektion. Unter den sozioökonomischen Folgen der Epidemie werden die betroffenen Regionen noch viele Jahre leiden.

Eine unabhängige Expertenkommission um die ehemalige Oxfam-Chefin Barbara Stocking analysierte die Versäumnisse seitens der Weltgesundheitsorganisation im Nachhinein und sprach sich für grundlegende Reformen aus. Notwendig sei vor allem eine bessere Vernetzung mit humanitären Hilfsorganisationen und die Schaffung eines Fonds für Kriseninterventionen. Denn neben ineffizienter Organisationsstruktur und inkohärenter Informationspolitik sei auch die chronische Unterfinanzierung einer der Hauptgründe für die eingeschränkte Handlungsfähigkeit der WHO. Durch den hohen Anteil zweckgebundener Spendengelder am – ohnehin knappen – Gesamtbudget mangle es an frei verfügbaren finanziellen Mitteln für den Ernstfall. Das



abschließende Urteil des Gremiums fiel vernichtend aus: Die WHO sei zum damaligen Zeitpunkt nicht in der Lage, internationale Gesundheitskatastrophen zu managen und würde dementsprechend ihrer Führungsrolle in Sachen globaler öffentlicher Gesundheit nicht mehr vollumfänglich gerecht werden. Bei so viel Kritik muss man den WHO-Entscheidungsträgern nun eines zugutehalten: Den Vorwurf des Versagens nahm man sich in Genf sehr zu Herzen. In einem gemeinsamen Statement der Generaldirektorin, ihrer Stellvertreter und sämtlicher Regionaldirektoren, das Mitte April 2015 – also über ein Jahr nach Beginn des Ebola-Ausbruchs - veröffentlicht wurde, versprachen die Verantwortlichen, ihre Lehren aus den Fehlern der Vergangenheit zu ziehen und kündigten vielfältige Veränderungen an. Man war sich einig, dass es der Weltgesundheitsorganisation an operativer Kompetenz mangelte. Die „WHO der Zukunft“ sollte nicht mehr nur normative Standards setzen, sondern auch in der Lage sein, bei der Kontrolle von humanitären und medizinischen Notlagen, das Kommando zu übernehmen.



Bei ihrer Rede im Rahmen der World Health Assembly desselben Jahres zeigte sich Margret Chan demütig und reformwillig:

*„The world was ill-prepared to respond to an outbreak that was so widespread, so severe, so sustained, and so complex. WHO was overwhelmed, as were all other responders. [...] This is a time of transitions and transformations. [...] The Ebola outbreak has pushed the process of WHO reform into high gear, giving top priority to changes in WHO emergency operations. I have heard what the world expects from WHO. I have heard calls for clear lines of command and control, for streamlined administrative procedures that support speedy action, for effective coordination with others, and for stronger community engagement and better communications. As Director-General of WHO, I am committed to building an Organization with the culture, systems, and resources to lead the response to outbreaks and other health emergencies. The Organization you want. The Organization the world needs.“*

Konkret kündigte Chan damals etwa eine Handvoll Änderungen an: Sie möchte ein neues Programm für gesundheitliche Notfälle ins Leben rufen, welches die „outbreak & emergency“-Ressourcen aller drei Organisationsebenen der WHO miteinander verbindet. Dabei sollen Zuständigkeiten klar begrenzt sein und genau festgelegt werden, welche Maßnahmen innerhalb von 24, 48 und 72 Stunden ergriffen werden müssen. Die Stärkung der Gesundheitssysteme in den einzelnen Mitgliedsstaaten soll die Reaktionsfähigkeit im Katastrophenfall auf nationaler Ebene verbessern. Gleichzeitig wird auch der Intensivierung von Partnerschaften mit anderen UN-Agenturen (wie UNICEF, dem World Food Programme oder dem Office for the Coordination of Humanitarian Affairs und international operierenden Organisationen (ICRC, MSF) eine große Bedeutung beigemessen. Mit der Bereitstellung eines 100 Millionen \$ Funds können endlich die finanziellen Grundvoraussetzungen für eine funktionierende Katastrophenhilfe geschaffen werden und der unzureichenden Personalausstattung möchte Chan mit der Gründung einer „global health emergency workforce“ entgegenwirken. Das angekündigte Programm wurde 2016 erstellt und findet seit dem 1.8.2016 Anwendung. Viele der oben beschriebenen Ziele sind im „World Health Emergencies Programme“ realisiert; konkrete Vorschläge, diese auch umzusetzen, finden sich aber nicht immer. Es wird mehrfach darauf hingewiesen, dass man sich bei der WHO nicht auf die „response to emergency“ beschränken will, sondern ebenso viel Anstrengung in „prevention, preparedness and recovery“ investieren möchte. Eine immense Bedeutung wird auch der Innovation des Informationsmanagements beigemessen. Der interne Informationsfluss soll stromlinienförmiger gestaltet werden und Bekanntmachungen an die Öffentlichkeit dadurch schneller erfolgen: „Information is the oil that keeps the emergency-response machinery moving.“

In seinem Vortrag ging Andreas Jansen weniger auf die WHE-Ambitionen, sondern vielmehr darauf ein, wie die WHO sich konkret in die aktive Notfallhilfe einbringen möchte und stellte vier operational partnerships vor:

Traditionell verfügt die WHO selbst nicht über Einsatzkräfte, um in den betroffenen Regionen vor Ort Hilfe zu leisten (was sich zukünftig vielleicht ändern soll...). Sie hat aber die Aufgabe, Hilfseinsätze zu

koordinieren und verlässliche Informationen über akute Bedrohungen und geeignete Gegenmaßnahmen zur Verfügung zu stellen.

#### 1) **GOARN**

Das „Global Outbreak Alert and Response Network“ wurde bereits im Jahr 2000 von der WHO ins Leben gerufen und bezeichnet ein Netz aus Facheinrichtungen, die auf den Umgang mit gesundheitlichen Notlagen spezialisiert sind. Dabei geht es nicht nur, wie der Name vermuten lässt, um die schnelle Identifizierung, Bestätigung und Bekämpfung von Seuchen, sondern um koordinierte Katastrophenhilfe bei public health emergencies im weitesten Sinne. Über 600 Institutionen und Netzwerke sind Teil der globalen Kooperation, darunter medizinische und epidemiologische Institute, technische Hilfswerke, Labors, UN-Organisationen (UNHCR, UNICEF), das ICRC und IFRC, international operierende NGOs (MSF, ICR, Epicentre), nationale Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitswesens sowie Universitäten. Hauptziel des Verbundes ist es, den WHO-Mitgliedsstaaten im Falle einer gesundheitlichen Notlage, rasch kompetente Hilfe zuteilwerden zu lassen. Durch schnelle Vernetzung und Informationsaustausch zwischen Laboren und Forschungszentren unterschiedlicher Länder, können Risiken besser eingeschätzt, Empfehlungen früher ausgesprochen und Krankheitsausbrüche effizienter eingedämmt werden. Absprachen gewährleisten, dass personelle und technische Ressourcen vernunftgemäß eingesetzt werden und zur rechten Zeit am rechten Ort verfügbar sind. Das GOARN wird nur auf Anfrage der nationalen Gesundheitsministerien aktiv. Unterstützung kann dabei auf unterschiedliche Art und Weise erfolgen – von der Bereitstellung von Equipment über die Erteilung technischer Ratschläge bis zur Entsendung von Experten und Hilfskräften ist alles möglich. Seit seiner Gründung war das GOARN an über 130 Einsätzen beteiligt und hat sich insbesondere im Rahmen der SARS-Krise 2002-2003 bewährt.

Prinzipiell kann der Versuch, sich mit der Gründung des GOARN WHO-externe Ressourcen bei der Bekämpfung von Krankheitsausbrüchen und anderen Gesundheitskrisen nutzbar zu machen, als Erfolg angesehen werden. Der Pool aus im Ernstfall zur Verfügung stehenden Helfern ist dabei sehr heterogen, was unser Dozent durchaus problematisch fand. Andererseits ist aber gerade die Vielfalt an Berufsgruppen im GOARN sehr wertvoll. Die Einbeziehung von Ethnologen und Anthropologen beispielsweise ist besonders wichtig, denn die Kenntnis von Kultur und Lebensumständen der Betroffenen ist für eine effektive Epidemiebekämpfung essenziell. Nicht selten wurden solche Aspekte bei Ausbruchssituationen in der Vergangenheit leider vernachlässigt.

#### 2) **Health Cluster Approach**

Das Cluster-Prinzip wurde 2006 im Zuge der sogenannten „Humanitarian Reform“ von den Vereinten Nationen implementiert. Ziel des Ansatzes ist es, die Koordination einer

wachsenden Anzahl von Hilfsorganisationen zu verbessern. Für unterschiedliche Bereiche der humanitären Hilfe wird jeweils eine Koordinationsinstanz verbindlich festgelegt – auf der globalen Bühne meist eine UN-Organisation. Für den Sektor Gesundheit ist das entsprechend die WHO. Cluster gibt es aber auch auf nationaler Ebene. Das System hat sich mittlerweile etabliert, auch wenn es etwas paternalistisch anmutet. Immerhin sollte die Koordinationshoheit für Katastrophenhilfe beispielsweise nach Naturkatastrophen zunächst einmal beim betroffenen Staat selber liegen – und nicht bei den Vereinten Nationen.

### 3) **Stand-by Partnerships**

Mit insgesamt 8 Organisationen weltweit, darunter z.B. RedR Australia, The Norwegian Refugee Council oder CANADEM, hat die WHO feste Partnerschaftsverträge ausgehandelt. Diese erlauben es der Weltgesundheitsorganisation, bei Bedarf Hilfskräfte in Krisengebiete zu entsenden.

### 4) **EMT**

Die Idee zur Gründung von „Emergency Medical Teams“ ist die Antwort der Weltgesundheitsorganisation auf das Koordinationschaos nach dem Haiti-Erdbeben 2010. Innerhalb kürzester Zeit strömten damals hunderte Hilfsorganisationen ins Land und behinderten sich zum Teil gegenseitig bei der Arbeit. Eine Überwachung und Qualitätssicherung gestaltete sich extrem schwierig. Um zukünftig auch in der medizinischen Katastrophenhilfe die Einhaltung moderner Standards zu gewährleisten und den betroffenen Ländern die Entscheidung zu erleichtern, wem Zugang zum Katastrophengebiet gewährt werden soll, gibt es jetzt ein WHO-Gütesiegel für Hilfsorganisationen. Der Zertifizierungsprozess ist langwierig und gebunden an einen strengen Kriterienkatalog mit eingehender Prüfung durch entsprechend geschulte WHO-Mitarbeiter. Für internationale und nationale Teams gelten die gleichen Standards, wodurch auch die Hilfe vor Ort gestärkt werden soll.

Je nach Größe und Versorgungskapazität werden die Teams in drei Stufen eingeteilt. EMT-Teams der Stufe 1 bestehen aus insgesamt ca. 30 Mitgliedern - darunter mindestens 3 Ärzte – und können täglich über 50 Patienten ambulant versorgen. Eine Klassifizierung nach EMT-3 Standard erfordert demgegenüber ein Krankenhaus mit mehreren OP-Sälen und einer Intensivstation. Inzwischen gibt es sieben einsatzfähige Teams und einige mehr in der Vorbereitungsphase. Als erstes deutsches Notfallteam wurde übrigens die Johanniter-Auslandshilfe in Frankfurt von der WHO zertifiziert.

Auch wenn unser Dozent seinem Arbeitgeber keinesfalls unkritisch gegenübersteht, hält er es doch für unabdingbar, dass medizinische Katastrophenhilfe von einer internationalen Organisation koordiniert

und auch reglementiert wird. Den Aufbau nationaler Hilfstruppen, die unkontrolliert auf eigene Faust weltweit operieren, findet er höchst problematisch.

*von Pauline Schuhmacher*

## **2.4 NMH - Noncommunicable diseases and mental health**

### ***(Jason Montez)***

In the beginning of his lecture, Mr. Montez showed that malnutrition affects all regions worldwide. For example, 41 Million children in the world under the age of 5 years are overweight/obese, and more than 200 Million children in the world are wasted or stunted.

There is a double burden of malnutrition that can be manifested on three levels. The first level is the individual level where you can see a simultaneous development of two or more types of malnutrition, for example obesity combined with nutritional anemia. Second, it can also occur the household level, which can for example be the nutritional anemia of a mother with an overweight child. The burden is also observed on a third level, the population, where undernutrition and overweight are prevalent in the same community. So, undernutrition and overweight can be coexistent in a household and even in an individual. It is the result of energy dense cheap food.

The global targets of the WHO for 2025 which are to improve maternal, infant and young child nutrition are shown by policy brief series in several topics which contain the reduction of stunting, anemia, low birth weight, childhood overweight and wasting and further on increasing the rate of breastfeeding. The sustainable development goals (SDGs) are therefore to „end hunger, achieve food security and improve nutrition and promote sustainable agriculture “.

The Second International Conference on Nutrition (ICN2) in November 2014 endorsed the political outcome document, the Rome Declaration on Nutrition, which commits countries to eradicate hunger and prevent all forms of malnutrition worldwide, as well as reversing the trend in obesity. It pursues this target by increasing investments in food systems to improve people’s diets and nutrition.

Another document created by the ICN2 is the Framework for Action, which proposes the creation of sustainable food systems promoting healthy diets, more international trade and investment, nutrition education and information, social protection, the delivery of health systems of direct nutrition interventions and health services to improve nutrition. Other options of the Framework are water, sanitation, hygiene and food safety.

The UN Decade of Action on nutrition aims to accelerate the implementation of the ICN2 commitments, to achieve the global nutrition and diet-related NCD targets by 2025 and to contribute to the realisation of the SGDs by 2030.

In his lecture, Mr. Montez continued with the NHD Department’s work: They concentrate on undernutrition, nutrition in emergencies and outbreaks such as Ebola or Zika, micronutrient deficiencies for which they have workshops to avoid them, health diets, breastfeeding (especially the protection, support and promotion of breastfeeding) and they also have a supervisory role on health systems.

The WHO has the vision that we can have a world free from all forms of malnutrition where all people

achieve health and well-being until 2025. To achieve this, they work with Member States and partners to ensure universal access to effective nutrition actions and to healthy and sustainable diets.

Furthermore, the WHO created tools for evidence informed policy in order to plan and implement projects for identifying nutrition challenges, setting national targets to address these challenges, selecting priority interventions and scaling them up and on the highest level, monitoring the implementation and evaluate the achievement of these national targets. These tools are processed in four-day workshops.

The development process of these guidelines is complex and based on systematic reviews, the framework for assessing the quality of the evidence within the reviews and the Grading of Recommendations for the Assessment, Development and Evaluation (GRADE). „If you are not confident in the evidence, it is not good at all“, Mr. Montez considers. Therefore, he shows the dissemination of guidance and implementation in three different references- the WHO electronic library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA) which provides convenient access to the latest guidelines and evidence-based nutrition interventions, the Global database on the implementation of Nutrition Action (GINA) that is a complementary web-based tool where governments and organizations can upload and share information on the implementation of nutrition policies and programmes and also the Global Nutrition Policy Review which „asks every country about everything“ and is able to gather more information about interventions in the specific regions.

Referring to the subitem „Surveillance and Monitoring“ of the work of the NHD Department, Mr. Montez spoke about the Technical Expert Advisory Group on Nutrition Monitoring (TEAM) that advises on improving nutrition monitoring at all levels.

To set a focus on breast feeding, the WHO launched a baby-friendly hospital initiative in 1991 as a global program to induce maternity facilities to adhere to the Ten Steps to Successful Breastfeeding and comply with the International Code of Marketing of Breast-milk Substitutes to regulate this. There is a Global Network for the implementation of the code to help strengthening countries to monitor and enforce code laws.

Another important subject of the lecture were healthy diets, which should include breastfeeding exclusively for the first six months, a total fat intake of less than 30% of total energy intake with a shift in fat consumption from saturated fats to unsaturated fats and towards the elimination of industrial trans fats. Also, the intake of free sugars should be limited to less than 10% of the total energy intake, and a salt intake should not exceed 5 g per day. „We get a lot of feedback from industries“, said Montez, but the eating preferences of the population deviate much from this data.

Mr. Montez mentioned a sugar-sweetened beverage (SSB) taxation that is already implemented in some countries, for example in Mexico. He is sure that the guidelines on SSB taxation are coming soon. But for him the sugar taxations are a work between the best practises and the recommendation- „Taxation is more a policy area. You need to get a policy group together, if you review the evidence, you have the options.“

The FOP labeling shows a profile of the nutrients which can have a high or low amount of fat/sugar/salt or can contain a source of fiber. The profiling can be used to assist with public health interventions aimed at improving diets including marketing, product labeling, procurement of foods for public institutions and health claims for consumer items. This simplifies the purchase for the

consumer. „We don't recommend the food labelling, we are gathering information, but it seems to be helpful.“ He pointed out that not a lot of countries are working with food labelling.

By promoting healthy diets, the WHO tries to resolve to save lives by reducing preventable deaths from cardiovascular disease and attempts to prevent infectious disease epidemics. One initiative deals particularly with sodium reduction and the elimination of transfats. Mr. Montez showed that the consumption of transfats is going down in high income countries but is still a problem in many states, for example Eastern Europe and India. He pointed to the „Codex Alimentarius“ that is established by the Food and Agriculture Organization (FAO) and the WHO to protect the consumer health and promote fair practices in food trade. It provides standards, guidelines and codes of practice for international food trade such as food labeling, a standard for follow up formula, and nutrient reference values for reducing the risk of NCDs. At last, Montez shows that over 50 countries are revising their nutrition strategies and action plans already with WHO support.

### Discussion

The first question that was asked was about meat taxation and Mr. Montez' told us that there already is an IARC (International agency on cancer) report about the cancer risk in relation to the meat consumption, especially red meat, but „they don't have official guidance, only a diet plan. The work they (the IARC) did identified a risk, but it is so low“.

When somebody asked about the WHO growth standards and why Germany is not integrated, Mr. Montez answered that very often Governments have their own standards and that the WHO ones are not binding. „We encourage them.“

An interesting question was about the most successful approach against undernutrition. To Mr. Montez, this is breastfeeding and complementary feeding. In addition, „People should eat properly- no fast food.“ In combination with the control of infectious diseases, this would be most successful. To the question if there is any country where obesity is decreasing, he mentioned that it exists in groups of people who are taught on a national level, but most populations have more an obesity raising problem.

The last question from the audience was about „bug food“ and what Mr. Montez thinks about it. He answered that it is basically a good thing, people are eating bugs since decades and that this sort of meat can be the solution. „It will come.“

*The lecture was given by Jason Montez who works in the Department of Nutrition for Health and Development of the World Health Organization (WHO) as a technical officer. He studied Molecular genetics and currently works for the WHO electronic library of Evidence for Nutrition Actions (eLENA), which provides information about guidelines for fat, transfat and sugar consumption.*

*von Christina Müller*

## 2.5 Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (*Dr. Robert Jakobs*)

### Bedeutung

Mithilfe der ICD sollen Gesundheitsdaten umfangreich erhoben werden. Dadurch werden fundierte epidemiologische Studien ermöglicht, die wiederum zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung führen sollen. Von besonderem Interesse sind dabei nicht nur Daten zu Neuerkrankungen, Todesfällen oder körperlichen und geistigen Beeinträchtigungen, sondern auch weitergefasste Gesundheitszustände, gesundheitsrelevante Umwelteinflüsse und durchgeführte Untersuchungen.

Der Anspruch besteht sowohl darin eine verbesserte individuelle Gesundheitsversorgung anzubieten, als auch die allgemeine Gesundheitsarbeit zu formen. (Individualnutzen und öffentliches Interesse)

Der Public Health soll die ICD u.a. dabei helfen unterversorgte Genesen zu detektieren und Trends zu erfassen und wenn möglich entsprechende Präventionsmöglichkeiten zu schaffen.

Den Ärzten soll die ICD bei dem Zusammenführen von Informationen und der Entscheidungsfindung helfen. Mithilfe der standardisierten Begriffe werden medizinische Freitexte einheitlicher und für Kollegen aus anderen Häusern verständlicher.

Auch wenn ihr Ziel nicht die Abrechnung ist, so sind doch viele Abrechnungssysteme an die Diagnoseschlüssel der ICD angelehnt.



### Anforderungen

Damit die erhobenen Daten für Studien genutzt werden können, müssen die Daten vergleichbar sein. Dies schließt mit ein, dass die Daten auf die gleiche oder zumindest möglichst ähnliche Art erhoben

werden. Dadurch soll ein etwaiger Informationsbias ausgeschlossen oder zumindest klein gehalten werden. Wenn dies nicht möglich ist, sollten die Umstände und Gründe der Datenerhebung erfasst werden.

### **Systematik**

Mithilfe der Einordnung der Diagnosen in ein ätiologisches Ordnungssystem sollen Zusammenhänge sichtbar und auswertbar werden. Dies ist aber nicht immer möglich, teilweise ist die Einteilung historisch bedingt oder die Ätiologie ist noch nicht zufriedenstellend geklärt. So gibt es teilweise orangebezogene und auch infektionsbezogene Einordnungen.

Generell soll mithilfe der systematischen Herangehensweise die Bedeutung einzelner Krankheiten über die verschiedenen Disziplinen hinweg sichtbar werden, damit die interdisziplinäre Zusammenarbeit optimiert werden kann und ein weitreichenderes Verständnis der Erkrankungen ermöglicht wird.

### **Aufbau und Anwendung**

Alle G20 Staaten nutzen die ICD, für die ICD-11 werden 43 Sprachversionen angeboten. Auch wenn es derzeit 6113 Schlüsselnummern gibt, nutzt jedes Arbeitsfeld nur ca. 50 regelmäßig.

Die ICD verschlüsselt Diagnosen und ist einachsig aufgebaut. Während die erste Ziffer ein Buchstabe ist, sind die Ziffern zwei bis fünf Zahlen. Die ersten drei Ziffern dienen der allgemeinen Systematik und Einteilung, die weiteren Zahlen können darüber hinaus für detailliertere Informationen genutzt werden und dienen dadurch der Verfeinerung. Bei der Nutzung der PC-gestützten Programme wird vom Suchen entlang des „Diagnose-Baums“ abgeraten und die Suche nach Schlagworten empfohlen. Neben der computerunterstützten Version, ist aber weiterhin eine manuelle Anwendung möglich und vielerorts auch noch üblich. Bei der Diagnosefindung helfen in Deutschland die regelmäßig aktualisierten OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel)

### **Schwierigkeiten**

Auch wenn die Systematik Zusammenhänge aufdeckt, die ansonsten verborgen blieben, so geht damit doch ein Informationsverlust einher. Dieser wird aber so klein, wie möglich gehalten, indem die Systematik vielfach die Möglichkeit bietet Spezialinformationen mithilfe der Ziffern vier bis fünf mit zu erfassen. Da so viele Ärzte tagtäglich mit der ICD arbeiten, ist es relativ schwierig Änderungen/ Updates einzupflegen.

### **ICD-11**

Ab 2018 soll die ICD-11 die seit 1992 genutzte ICD-10 ablösen. Damit gehen auch einige technische Neuerungen einher, die die praktische Anwendung erleichtern sollen. Gegenüber der Vorgängerversion sollen bis zu 30% Veränderungen vorgenommen worden sein. Die Datenerhebung soll dadurch einheitlicher werden und der Informationsgewinn dadurch maximiert werden.

Sie sei noch detaillierter und ermögliche exaktere Angaben der Diagnose, durch das Hinzufügen eines Sternchens könnten beispielsweise Manifestationsorte angegeben werden. Gerade durch die neue technische Aufarbeitung sollen regelmäßige Updates erleichtert werden. Die Ergebnisse aktueller Studien sollen in Form von Diagnose-Kombinationsvorschlägen den medizinischen Alltag erleichtern



und bessere epidemiologische Daten generieren.

Die perspektivisch erwogenen Freeze-Versionen (beispielsweise alle 5 Jahre) könnten die komplett neue Erarbeitung einer folgenden ICD überflüssig machen.

(bei weiterem Interesse zu dem Thema ist folgender Vortrag von Robert Jakob beim SIP Symposium 2017 zu empfehlen: <https://www.youtube.com/watch?v=KHinJNxg9PI>)

von Lea Redmann

## 2.6 Engagement with non-state actors

### **(Gustavo Fernandez)**

Gustavo Fernandez explains the instruments needed for the engagement with non-state actors: The basis for the cooperation is the Framework of Engagement with Non-State Actors (FENSA), which has been adopted by the World Health Assembly in May 2016 following extensive consultations and 17 months of intergovernmental negotiations.

This Framework covers all engagements with non-state actors at all levels of the Organization. It sets out the rationale, principles, benefits and risks of engagement and defines four groups of non-state actors: non-governmental organizations, private sector entities, philanthropic foundations including the humanitarian and medical field and academic institutions like universities. FENSA also differentiates five types of interaction: participation, resources, evidence, advocacy and technical collaboration. An online public register provides basic information on all non-state actors with which WHO engages, providing greater transparency and accountability.

Mr. Fernandez mentions that especially in countries, which are not in control, public health is problematic. Cooperating with non-state actors encourages the WHO in these countries and protects itself from conflicts with the governments.

The framework also regulates the management of conflicts of interests and other risks of engagement to protect the reputation of the WHO.

At the end of the presentation there is some time left for questions. Svea H. asks, which group of the non-state actors is the best one to work with. Mr. Fernandez explains that working with private sector entities is difficult because of the conflict of interests whereas the most effective cooperation is possible with foundations of the humanitarian and medical field.

Afterwards Thilo v. G. wants to know Gustavo Fernandez's opinion about FENSA. Fernandez has no precise answer for that. He stresses that a lot of time had been spend on negotiations to meet the requirements of regulating the cooperation with non-state actors.

Finally, Verena M. z. W. inquires what kind of collaboration would be possible with the Institute for epidemiology and social medicine of the University of Muenster and how the institute can get in contact with the responsible person. Fernandez refers to the principals for engagements. As an applying academic institution the institute should have a general plan of cooperation with the WHO. The contact person would be the technical department.

*In the late afternoon, we heard the presentation about engagement with non-state actors. This short presentation was held by Gustavo Fernandez. He is originally from Mexico. In the past, he worked for the Organization "Médecins Sans Frontières" (MSF). Apart from that he has a specialization in Law, Medicine and Migration. Nowadays he is working for the World Health Organization (WHO) and is one of the competent officers responsible for collaborations with non-state actors.*

*von Ricarda Lutter*



## **2.7 Neglected Tropical Diseases**

### **(Antonio Montresor)**

Neglected tropical diseases (NTDs) are a group of communicable diseases mainly prevalent in subtropical and tropical areas in 149 countries affecting more than one billion people per year. Populations facing poverty, a lack of sanitation and living in close contact with vectors or infected animals are the most endangered. NTDs are responsible for even worse living conditions and health than those people must face in any case. Additionally, the bad consequences for their productivity downgrade their economic situation. Growing economies lose billions of dollars every year that they would need for their development. Since the habitants do not have the means to prevent or treat the diseases themselves the World Health Organization (WHO) steps in. The WHO tries to support and coordinate interventions to eradicate NTDs.

#### **Public health interventions**

To contain NTDs, approaches of public health are common. First, a collection of epidemiologic data helps to detect the problem. Then, an area-wide prevention and treatment strategy can be implemented.

Here, only the intervention methods for areas affected by helminth infections will be presented: General methods of eradicating helminth infections could be composed of a distribution of drugs combined with an improvement in sanitation. If these two requirements were fulfilled, the problem could be solved. However, improving hygiene and sanitation in the affected areas is expensive and hard to accomplish. In most diseases, a preventive chemotherapy that is distributed to all children is

the best method. Since the drug is distributed throughout the entire population or at least one entire group – like all children – there is no screening necessary. Some diseases, such as leishmaniasis or human African trypanosomiasis, might require an intensified disease management with individual diagnosis and treatment. However, in the usual case there is no individual-level diagnosis or treatment as there are hardly any side effects of taking the medication – the aim of this approach is a mass scale distribution and eradication of the helminths in humans. And this is not as elaborate or expensive as it sounds: The children get their treatment on one specific day at school, treating one child only costs 0,02 US\$. The preventive chemotherapy has to be repeated about every year to maintain the drug pressure though the dose may be reduced.

Despite the mass scale distribution of drugs, the chance of resistance is unlikely: firstly, unlike bacteria, helminths do not reproduce very fast. Their development circle takes years, so they cannot adapt as easily to applied medication. Secondly, the drug distributions are only among children. As not everyone is treated the chance of drug resistance becomes less probable. Thirdly, the WHO tries to alter between different drugs to prevent resistance.

## **Examples of helminth infections**

### Lymphatic filariasis

This disease is also known as elephantiasis. It is caused by kinds of roundworms that live in the lymphatic vessels and destroy them from the inside. The vectors are mosquitoes. Mainly children are infected, showing no symptoms at first. Later the damage to the lymphatic system presents itself with massive lymphedema or elephantiasis possibly leading to permanent disability. In 2000, there were 120 million infections, about 40 million of which lead to severely limited living conditions due to disfigurement. The results are social stigma and disability leading to isolation and poverty.

### Soil-transmitted helminthiasis

This group of infections is caused by different species of helminths. They do not require a vector, the helminths are excreted with human feces and internalized through soil or contaminated food or water. Almost one fourth of the world's population is infected with soil-transmitted helminths. Especially children are affected since they play in the soil and might put their hands in their mouth without washing them. Heavy infections can lead to intestinal symptoms such as diarrhea or abdominal pain. If they maintain, that will affect the nutrient uptake and decline the growth and physical development. One example for that are the Vietnamese who are quite short: the bad hygiene and poor nutrition combined with the high number of people leads to many infections with helminths which cause the average short body height.

### Onchocerciasis (river blindness)

River blindness is caused by the parasitic worm *Onchocerca volvulus* transmitted by a blackfly. The blackflies' habitat is close to rivers and streams where people build their villages to do farming. If a human is bitten by an infected blackfly the worms migrate to the skin, eyes and other organs. There, they produce larvae which when they die cause an inflammatory reaction leading to the symptoms: some of these are severe itching and skin changes, up to disfiguring skin conditions as well as visual

impairment that can lead to permanent blindness. More than 99% of infections occur in African countries, mainly in the sub-Saharan region. The economic damages by this disease are harmful: Whole areas that were used for agricultural means before were abandoned because of high infection rates leading to poverty and hunger among an already desperate population.

### Schistosomiasis

There are two forms of Schistosomiasis: intestinal and urogenital. They are caused by five different species of Schistosomiasis. The vector for all of them is a freshwater snail. The life cycle of the helminths is explained in the picture below. 92% of infections are prevalent in Africa, in areas with no access to clean drinking water and inadequate sanitation.

The symptoms of the infection are caused by the inflammatory reaction of the body. Intestinal Schistosomiasis involves abdominal pain, diarrhea and bloody feces. Hepatomegaly, abdominal fluid and sometimes an enlargement of the spleen can occur. Schistosomiasis can also lead to irreversible liver cirrhosis which makes it a severe illness that needs treatment or preferably prevention.

The main symptom of the urogenital form is hematuria. Advanced cases can go along with damage in bladder, ureter or kidneys; they are also associated with bladder cancer. Women can suffer genital lesions, in men it might affect the seminal vesicles and prostate. The disease might lead to irreversible consequences, including infertility. Children, who are affected often due to their inadequate hygiene and contact with infected water, suffer from anemia and stunting. The reduced productivity Schistosomiasis causes in all infected humans involves a decrease in economic achievement.

### **Schistosomiasis in Cambodia – an intervention by the WHO**

One example of a public health approach on dealing with an NTD is the distribution of drugs against Schistosomiasis in Cambodia: Two provinces were highly affected by *Schistosoma mekongi*, one type of Schistosomiasis named after the river it can be found in, located in those provinces. The population at risk in this area was about 80.000 people with a prevalence of infection of 75-80% in 1995. The actual number was probably even higher due to missing reports. Additionally, there were about 250 severe cases among adults and youths per year. Then the WHO Department for Neglected Tropical Diseases intervened: they started a mass drug distribution of Praziquantel among the entire population once a year from 1995 to 2007.

Schistosomiasis is a good example for the necessity of this method: Eradicating Schistosomiasis only by improving sanitation would take approximately four to five years – so much longer than what is likely to reach with medication. The eradication of the snails cannot be a possibility either: there were many attempts to do so but in such a big river that is hardly possible. The snails are very resistant and a reduction in number would not be adequate as one infected snails can produce more than 10.000 larvae. Additionally, one could not use chemicals since they would also kill the fish and harm the local infrastructure.

For the follow-up they randomly selected villages and schools where they took surveys as well as fecal samples of children. These samples were analyzed under the microscope and the helminth eggs were counted to estimate the number of helminths the patient had. The follow-up showed that in 2003 the

prevalence was already reduced significantly. There were only about 400 infections of light intensity per year. Also, there was an increase in productivity as the population got healthier. The funding of this project was hardly a problem since analyses showed how efficient this treatment was also economic-wise: By investing one US\$ in the distribution of medication, the productivity of the people increased so much that the financial return was more than 4 US\$.

### **Upcoming problems and challenges**

Although this intervention was really effective it might not be sustainable enough. The drug distribution has to be repeated every year or the high prevalence of infections will return eventually. The WHO has to think of ways to help these areas to be able to contain the health of the population without a continuous support by the WHO. With the Sustainable Development Goals in mind the WHO should rather try to develop and support the countries' independency and means to help themselves in the fight against those obstacles.

There are other disease that need at least as much attention as Schistosomiasis where funding is more difficult. One example is the human African trypanosomiasis. This disease, also known as the sleeping sickness, is transmitted by the tsetse fly. It is a very dangerous disease that will often lead to death if it remains untreated. It is mainly common in rural areas in Africa. There is hardly any awareness of this disease in the western media so that the Department of NTDs struggles with financing interventions of therapeutic, preventive or any other manner. Nevertheless, it's a dangerous disease that has to be put much more in the focus in the following years.

The information given in the lecture was complemented by facts from the WHO website. For further details feel free to visit: [http://www.who.int/neglected\\_diseases](http://www.who.int/neglected_diseases)

von Lena Grubert

## **2.8 TDR – tropical disease research (Dermot Maher)**

### Allgemeine Informationen

Globales Programm, das der Bekämpfung der sog. 'diseases of poverty' dient. Dies sind Krankheiten, welche vermehrt in ärmeren Schichten zu finden sind und bei der Armut der wichtigste Risikofaktor ist. Weltweit sind die drei größten 'poverty related diseases' (PDRs): AIDS / HIV, Tuberkulose und Malaria. In Entwicklungsländern beträgt die globale Prävalenz von AIDS 95%, von Tuberkulose 98%. Zudem lassen sich alleine in Subsahara-Afrika 90% aller Malariatoten finden.

Masern, Lungenentzündungen und Durchfallerkrankungen sind behandelbare und vermeidbare, in armen Bevölkerungen jedoch häufiger auftretende Krankheiten. Weiterhin spielen umwelt- und soziokulturelle Einflüsse eine Rolle. Wie der Zugang zu sauberem Trinkwasser, Sanitäreinrichtungen, Mangelernährung und auch ein erschwerter oder gar kein Zugang zu Bildung und ärztlicher Behandlung. Dadurch verstärken Armut und Krankheiten sich gegenseitig.

### TDR-Programm

Das Programm besitzt drei Schienen:

- Research Capacity Strenghtening and Knowledge Management
- Implementation and Intervention Research
- Vectors, Environment and Society

Mit dem TDR-Programm wird also erforscht, wie Programme zur Bekämpfung dieser Krankheiten effektiver gemacht werden können. Wie die Interventionen bzw. Therapien überhaupt zugänglich gemacht und verbessert werden können. Was die Hintergründe der Krankheiten sein könnten. Auch spielt die Ausbildung des Personals für Forschungsarbeiten und Behandlung eine eminente Rolle. Die offiziellen zwei voneinander abhängige Hauptziele sind: Fördern der Erforschung und Kontrolle von Infektionskrankheiten und vor allem es den betroffenen Länder zu ermöglichen, selbstständig ihr Gesundheitswesen zu betreiben, die Behandlung der Krankheiten und das Einbringen neuer Erkenntnisse zu realisieren.

Im Jahre 1975 wurde es von der WHO gegründet. Die Finanzierung erfolgt durch das United Nations Children's Fund Programme (UNICEF), dem United Nations Development Programme (UNDP), der Weltbank und WHO.

### Ausbildung

Für die Ausbildung des Personals existieren weltweite Partnerschaften mit Universitäten für ein 'postgraduate training scheme'.

- University of Ghana, Accra
- American University of Beirut, Lebanon
- University of Zambia, Lusaka
- Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia
- University of Witwatersrand, Johannesburg, South Africa
- BRAC University, Dhaka, Bangladesh
- Gadjah Mada University, Yogyakarta, Indonesia

Dazu gehört auch das EDCTP-Programm (European and Developing Countries Clinical Trials Partnership). Hierbei handelt es sich um eine gemeinsame Partnerschaft von europäischen Staaten, Entwicklungsländern, anderen Spendern und Pharmakonzernen. Dabei werden klinische Versuche zur Erforschung der Krankheiten und auch die Translation von neuen medizinischen Erkenntnissen bis hin zur Einführung der klinischen Anwendung ermöglicht.

Spezielle, eigens vom TDR errichtete Trainingszentren dienen der weiteren Spezialisierung. Sie befinden sich in den jeweiligen WHO-Regionen.

- CIDEM, Cali, Columbia
- UGSPH, Accra, Ghana

- GMU, Yogyakarta, Indonesia
- AMU, Astana, Kazakhstan
- RITM, Manila, Philippines
- Institut Pasteur de Tunis, Tunisia

### Herausforderungen

Speziell afrikanischen Staaten fehlt es Forschung bzw. Forschern. Es besteht somit eine zu hohe Nachfrage bei zu wenig Personal. Dadurch ist eine lokale / regionale Expertise im Sinne einer Selbstständigkeit nicht gegeben.

Die UN hat als 'convenient stakeholder' die Aufgabe, betroffene Staaten zueinander zu bringen und miteinander zu reden. Etwa um den Personalmangel zu bewältigen oder sich beim Bedarf von materiellen Gütern im Gesundheitsbereich zu unterstützen. Leider funktioniert dies aus politischen und wirtschaftlichen Gründen nicht immer.

### Zur Person

Maher Dermot, Irland

Medizinstudium im UK (Cambridge, Oxford), Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner, anschließend weitere Spezialisierung in Innere Medizin und Infektionskrankheiten.

Als klinischer Forscher Stationen in Malawi und Uganda zur Erforschung von Tuberkulose und HIV.

E-Mail-Kontakt: [maherd@who.int](mailto:maherd@who.int)

*von Moritz Schmöe*





### 3 Weitere Besuche in Genf

#### 3.1 International Committee of the Red Cross (ICRC)

##### Kurze Zusammenfassung

Der Vortrag beim Internationalen Komitee vom Roten Kreuz in Genf begann mit einem Panoramafilm, der das Spektrum der Arbeit des IKRK gezeigt hat. Die wichtigsten Themen waren hier die Schwierigkeiten, die in Einsätzen des Roten Kreuzes auftreten können, beispielsweise bei Einsätzen in Kriegsgebieten, und ein Überblick über die vielen unterschiedlichen Einsätze des Roten Kreuzes. Dem Film schloss sich ein Vortrag von Cédric Clerc an, einem langjährigen Rotkreuzmitarbeiter, bei dem die Kernelemente der Rotkreuzarbeit noch einmal zur Sprache kamen. Interessant waren hier neben der Entstehung des Rotkreuzgedankens vor allem die persönlichen Erfahrungen des Rotkreuzmitarbeiters. Viele Informationen über die konkreten Widrigkeiten in Einsätzen findet man nicht in Büchern, sondern kann sie sich nur bei Gelegenheiten zum persönlichen Nachfragen holen. Das machte auch hier den Besuch in Genf besonders wertvoll.

Ein weiterer Vortrag folgte nach einer kurzen Pause. Selbst die Pause wurde dabei noch zu Nachfragen genutzt – jeder Teilnehmer fand einen anderen Aspekt wichtig. Der zweite Vortrag von Chiara Zanette behandelte die Gefährdung der Gesundheitsversorgung von Menschen in Krisengebieten. Besonders bei kriegesischen Auseinandersetzungen leidet diese unter der Diskriminierung von Helfern und Opfern und der Behinderung von Hilfsarbeit. Hilfsorganisationen sehen sich Angriffen ausgesetzt, obwohl der Angriff auf Hilfskräfte ein Kriegsverbrechen darstellt. Das kann dazu führen, dass Hilfseinsätze sogar gestoppt werden müssen. Lösungen für diese Situationen sind schwierig umzusetzen, doch weiterhin wird versucht, auch in sehr schwierigen Lagen Hilfe zu leisten. Wie gefährlich das sein kann, zeigen leider auch Fälle von getöteten Rotkreuzmitarbeitern.





### Detaillierteres Protokoll

Nach einer kurzen Begrüßung begann der Vormittag beim Internationalen Komitee vom Roten Kreuz mit einem Panoramafilm. Die bewegten Bilder lieferten einen guten Einblick in die Situation der verschiedenen Einsätze des Roten Kreuzes weltweit. Angesprochene Themen waren das Überleben in bewaffneten Konflikten, die Schwierigkeit des Zuführens von Verletzten zu medizinischer Hilfe oder die Trennung von Familien durch Katastrophen oder Kämpfe. Das Internationale Komitee vom Roten Kreuz, IKRK, und die Rotkreuzföderation arbeiten Hand-in-Hand, um den Menschen in Not Hilfe zu verschaffen.

Konkret wurde im Film deutlich gemacht, dass jedes Jahr Millionen von Menschen auf der Flucht sind. Die Ursachen sind sehr vielfältig und reichen von Naturkatastrophen über Konflikte zwischen Staaten oder staatenähnlichen Akteuren bis hin zu Bürgerkriegen oder politischer Verfolgung. Die Lage der Menschen ist dann oft schlecht und die medizinische Versorgung ist nicht mehr gewährleistet. Das Rote Kreuz versucht dann, die Menschen in Not zu unterstützen, unter anderem mit medizinischem Personal, Zelten, Decken und weiteren Hilfsgütern.

Ein weiteres großes Betätigungsfeld ist der internationale Suchdienst des Roten Kreuzes. In den oben genannten schwierigen Situationen kann es passieren, dass sich Verwandte verlieren und Familien getrennt werden. Der Suchdienst versucht daraufhin, die Menschen wieder zusammenzuführen. Auch im Falle Toter, die nicht mehr identifiziert werden können, bietet das Rote Kreuz seine Expertise an um Menschen, z. B. nach Naturkatastrophen, ihren Angehörigen zurückgeben zu können.

Auf der ganzen Welt werden zur Zeit etwa 500'000 Gefangene durch das Rote Kreuz betreut. In den Gefängnissen wird unter anderem überprüft, ob die Menschenrechte aller Gefangener eingehalten werden. Das Wachpersonal wird besonders darin geschult, die Menschenrechte zu achten. Sofern Menschenrechte verletzt werden, dokumentiert das Rote Kreuz sie als unabhängige, überstaatliche Institution, was den Menschen eine Möglichkeit gibt, ihre Rechte einfordern zu können.

Ähnliche Schulungen durch das Rote Kreuz werden auch bei Armeen durchgeführt. Soldaten werden darüber aufgeklärt, dass jeder Mensch Menschenrechte hat, die nicht verletzt werden dürfen.

Daneben wird in den Unterrichten erläutert, welche kriegserischen Handlungen Kriegsverbrechen darstellen können – hierzu zählt zum Beispiel der Beschuss von Hilfskräften.

Im Falle von Naturkatastrophen sorgt das Rote Kreuz auch dafür, dass zerstörte Häuser wiederaufgebaut werden und die Infrastrukturen wiederhergestellt werden. Besonders wichtig sind die Wasserver- und Entsorgung, um Hygiene und Trinkwasser bereitzustellen und Krankheiten vorzubeugen.

Andere Projekte wie Mikrokredite in Entwicklungsländern finden unabhängig von Krisensituationen statt. Dabei erhalten Kleinbauern günstige Kredite, die sie in absehbarer Zeit abzahlen können. Damit können diese beispielsweise Tiere erwerben oder ihre Anbauflächen vergrößern, was auf lange Sicht zu einer Verbesserung ihrer Situation führt. Ähnliche Ziele verfolgt ein Projekt, bei dem Bauern Kühe zur Verfügung gestellt werden. Durch die Milch der Kühe erlangen die Landwirte ein regelmäßiges Einkommen und verbessern ihre finanzielle Situation dadurch.

Auch die Versorgung von Verwundeten, die nach ihrer Verletzung auf Prothesen angewiesen sind,

wird durch das Rote Kreuz unterstützt. Sogenannte „orthopedic centers for wounded“ wurden schon mehrfach in kriegsgebeutelten Ländern aufgebaut. Von dort können verletzte Menschen eine prothetische Versorgung erhalten, weil gerade in ärmeren Ländern ohne Sozialsystem eine Körperbehinderung zu Armut durch Erwerbsunfähigkeit führt.

Nach dem Film, der in seiner Laufzeit eine Vielzahl an Themen behandelte, folgte ein Vortrag des Mitarbeiters des IKRK, Herrn Cédric Clerc. Er ist zurzeit im Bereich Marketing & Sourcing eingesetzt und sichert so über Öffentlichkeitsarbeit und Finanzierung Verständnis und Förderung für die Projekte des Roten Kreuzes. Zuvor war er dreißig Jahre als Anästhesiepfleger „in field“, also in Krisengebieten als Helfer eingesetzt und ist dadurch über die praktischen Probleme sehr gut informiert.

Herr Clerc begann seinen Vortrag mit der Entstehung des Roten Kreuzes im Jahre 1859, als Henry Dunant, ein schweizer Kaufmann, die Grausamkeiten der Schlacht von Solferino miterlebte und daraufhin beschloss, dass etwas für die Opfer des Krieges getan werden müsse. Aus dieser Überlegung heraus gründete er ein Freiwilligenkorps, das als erste Gruppe von Menschen bezeichnet werden kann, die ohne Rücksicht auf Herkunft oder andere Eigenschaften jedem Menschen Hilfe zukommen ließ, der sie brauchte. Dieser Grundgedanke ist bis heute Credo des Roten Kreuzes: Jedem Menschen, der Hilfe braucht, zu helfen, unabhängig von Rasse, Geschlecht oder Herkunft.

Das IKRK oder Englisch ICRC ist heute in über 80 Ländern präsent und verfügt über ein Budget von etwa 1,6 Milliarden CHF für direkte Hilfeleistungen, also Einsätze in allen Ländern, und über 200 Millionen CHF für Aufgaben des Hauptquartiers in Genf. 11660 Mitarbeiter der Missionen kommen dabei aus den jeweiligen Einsatzländern selbst. 2160 Mitarbeiter entstammen den mobilen Einheiten, während 964 Mitarbeiter im Hauptquartier tätig sind.

Das Rote Kreuz ist dabei strukturiert aufgebaut. Das ICRC ist die Organisation, die im Konfliktfall tätig wird, also unter anderem in Kriegen. Es sorgt auch für die Regelung des Krieges durch Konventionen. Es ist die einzige in den Genfer Konventionen genannte Einrichtung. Die nationalen Rotkreuzgesellschaften sind dagegen zuständig für die Unterstützung der Landesbevölkerung und leisten auch im Frieden Hilfe in Form des Rettungsdienstes etc. Die Rotkreuzföderation wiederum wird aktiv in Fällen von Naturkatastrophen und sorgt sonst auch für die Einrichtung von nationalen Rotkreuzgesellschaften, wenn noch keine solchen etabliert sind. Auch die Koordinierung aller Maßnahmen der nationalen Vereinigungen im Einsatzfall ist Aufgabe der Föderation.

Aktuelle Probleme bei der Hilfeleistung sind sehr vielfältig. Die Vervielfachung der Zahl bewaffneter Gruppen führt zu Problemen, weil man mit jeder Gruppe Verhandlungen führen müsste. Geregelt werden muss der Abtransport von Verletzten, Feuerpausen und die Einhaltung der Menschenrechte und möglicherweise auch der Genfer Konventionen. Die Urbanisierung mit der Entstehung von „megacities“ ist eine weitere große Hürde, weil die Versorgung hier durch fehlende Anbindung an große Transportwege schwierig ist und bei Unglücksfällen schnell sehr viele Menschen betroffen sind. In den entwickelteren Ländern ist zu beobachten, dass der soziale Schutz bröckelt. Dadurch sind die Menschen eher auf Schutz durch Hilfsorganisationen angewiesen als dies der Fall wäre, wenn das Sozialsystem verletzte, alte und kranke Menschen versorgen könnte. Dort, wo eine Gesundheitsversorgung bereits etabliert ist, müssen der Zugang dazu und der Respekt vor diesem System erhalten werden. In Zeiten des Verlusts der altbekannten sozialen Netze stellt dies eine

besondere Hürde dar.

Tatsächlich führt schon allein die schiere Zahl an verschiedenen Hilfsorganisationen dazu, dass die Abstimmung von Hilfsmaßnahmen schwieriger wird. Die Kommunikation zwischen vielen Organisationen ist schwierig.

Auch der demographische Wandel stellt die humanitäre Hilfe vor Herausforderungen, weil ältere, möglicherweise bereits morbid Menschen schwieriger zu versorgen sind als jüngere, belastbarere Menschen. Hinzu kommen beispielsweise NCDs, also non-communicable diseases, sogenannte nichtübertragbare Krankheiten. In diese Gruppe fallen Erkrankungen wie Diabetes, Krebs oder plötzliche Ereignisse wie Schlaganfälle. Die zunehmende Prävalenz verschlechtert die allgemeine Gesundheitslage in einem Land und stellt so eine Schwierigkeit dar.

Insgesamt beruht die Arbeit des IKRK auf vier Kernaktivitäten:

1. assistance
2. cooperation
3. protection
4. prevention

Das bedeutet im Einzelnen: assistance meint, die vorhandenen Strukturen zu ergänzen, statt neue zu schaffen, wo dies sinnvoll ist. Cooperation heißt, die vorhandenen Hilfsmaßnahmen werden begleitet und unterstützt. Protection meint, dass Schutz gewährt wird, wenn dies nötig ist, das kann auch bedeuten, dass die Genfer Konvention Schutz garantiert. Prevention bedeutet, dass Krisen- und Krankheitsvorsorge betrieben wird, statt nur die Folgen eines Ereignisses abzudämpfen.

Beachtung verdient hierbei die Tatsache, dass nationale Gesellschaften möglicherweise zu nah an den Konfliktparteien stehen können. In diesem Fall kann es sinnvoll sein, die Hilfe nur von außen zu organisieren, statt die nationale Gesellschaft zu nutzen.

Bereiche, die man nicht sofort mit humanitären Missionen verbindet, sind zum Beispiel das EOD<sup>24</sup>-Department des ICRC. Diese Experten sorgen für eine Räumung von Waffen wie Landminen im Einsatzgebiet, um eine sichere Mission zu gewährleisten. Auch die Beseitigung von B- und C-Waffen gehört zu ihren Aufgaben. Zur Durchführung der Missionen kann es sinnvoll sein, Partnerschaften mit lokalen Einrichtungen einzugehen. Dazu gehören Behörden, Hilfsorganisationen oder etablierte private Helfer. Wichtig ist auch der direkte Kontakt zu den Betroffenen, um eine Bindung an das Rote Kreuz zu schaffen und das Vertrauen zu stärken. Ziel ist es, für die Bevölkerung erreichbar zu sein und Verantwortung zu zeigen.

Allgemein gilt, dass Hilfsmaßnahmen stufenweise aufgebaut sein müssen. Basis ist stets die Grundversorgung, z. B. Notfalleinrichtungen, in der zweiten Stufe folgen präventive Maßnahmen, z. B. Malariaphylaxe, und im dritten Schritt können kurative Maßnahmen organisiert werden.

Nach der Leistung erster Hilfe folgen primary-, secondary- und tertiary care. Damit ist gemeint, dass nach notfallmäßiger Versorgung eine stufenweise Weiterbehandlung erfolgt. Besondere Relevanz haben im Einsatzfall „trauma surgeons“, in Deutschland entspräche dies einem Unfallchirurgen.

Die Verletzten werden unterteilt in

---

24 Explosive Ordnance Disposal - Sprengstoffräumung

1. surgical non weapon wounded
2. weapon wounded
3. Obs & Gyn patients
4. medical patients

Für die Helfer des Roten Kreuzes werden spezielle Schulungen angeboten, beispielsweise der ERTC (Emergency Room Trauma Course) oder der WSS (War Surgery Seminar).

Nicht vergessen werden soll auch der mental health support – sehr viele Opfer von Kriegen oder Katastrophen erleiden auch seelische Verletzungen.

Nach dem ersten Vortrag zur Arbeit des ICRC folgte im zweiten Teil des Besuchs beim ICRC ein Vortrag über HCID. Diese Abkürzung steht für „health care in danger“. Das ICRC beschäftigt eine eigene Abteilung für die Probleme, die mit den gefährlichen Situationen in den humanitären Einsätzen entstehen können.

Frau Chiara Zanette, ein program officer aus dieser Abteilung, unterrichtete uns in einem kurzen Vortrag über die Charakteristika solcher Gefahren im Einsatz.

Die Gesundheitsversorgung eines Landes kann gerade bei kriegerischen Auseinandersetzungen schnell zerstört werden. Ob nun die Einrichtungen selbst zerstört werden oder der Zugang zu Gebäuden verhindert wird, ist dabei unerheblich. Im Ergebnis wird Menschen die medizinische Behandlung vorenthalten, was für sich schon ein Kriegsverbrechen darstellt.

Verletzte werden durch Diskriminierung oder Angriffe davon abgehalten, sich medizinisch versorgen lassen zu können. Auch Helfer werden von Konfliktparteien am Zugang zu ihren Tätigkeitsstätten gehindert oder bedroht.

Kräfte des Roten Kreuzes sind darüber hinaus Gefahren wie Sprengstoffanschlägen ausgesetzt, wogegen sie sich fast nicht schützen können. Die Genfer Konventionen, die Angriffe auf Hilfskräfte verbieten, werden regelmäßig missachtet.

Dadurch bedingt kann das ICRC beschließen, Einsätze mit sehr hohem Risiko für ihre Mitarbeiter zu stoppen. Größtes Leid löst dies bei den dann unversorgten Opfern der Auseinandersetzungen aus. Das ICRC erarbeitet Lösungen für diese Bedrohungen. Insbesondere Lösungen in Form von

1. ethical solutions
2. military practice
3. civil society
4. national legislation

Diese Ansätze müssen für jeden Konflikt individuell geprüft werden. Maßnahmen daraus sind unter anderem das Schaffen eines Bewusstseins für das Unrecht bei allen Konfliktparteien, das Schulen des militärischen Personals oder die Etablierung von Gesetzen, die derartiges handeln unter Strafe stellen. Auf höchster Ebene können auch HCID- oder UN-Resolutionen dazu beitragen, die Sicherheit der Hilfsmission zu stärken.

Seit neuestem ist ein MOOC online verfügbar, über das eine Fortbildung zu den typischen Gefährdungen humanitärer Missionen möglich ist.

Am Ende ihres Vortrages ermöglichte auch Frau Zanette noch einige Nachfragen. Dabei erfuhren wir, dass zuletzt Ende 2016 ein spanischer Physiotherapeut bei einer Rotkreuzmission in Afghanistan ums Leben kam. Im Februar verstarben sechs weitere Angehörige des Roten Kreuzes bei einer Mission. Problematisch ist oft die Erfassung der Daten solcher im Einsatz Getöteter, weil dem ICRC Ressourcen für die Erfassung fehlen. Insgesamt beobachtet das ICRC eine Zunahme der Angriffe auf humanitäre Missionen, nicht nur des Roten Kreuzes. Das ICRC spricht sich im Übrigen gegen die Einführung von Kampfroobotern aus, da diese große ethische Probleme mit sich bringen, Sie führen zum Verlust der Verantwortung im Kampf, was dazu führen kann, dass Kriegsverbrechen stark zunehmen. Das ICRC verhandelt auch mit nicht-staatlichen Akteuren, wenn dies geboten scheint. Ob auch mit den Taliban verhandelt wurde, war nicht zu eruieren.

Für Nachfragen steht Frau Zanette unter [czanette@icrc.org](mailto:czanette@icrc.org) zur Verfügung.

*von Thomas Behrends*

### **3.2 Médecins Sans Frontières (MSF)**

Presentation of the organization was done by Camille Michel while Evelyne Devaud explained the opportunities and the way of how to get involved as medical staff.

#### The MSF Movement

##### **1. History**

Created in 1971 by a group of French journalists and doctors who had worked in the Biafra war in Nigeria, the intention of the founding members was to provide humanitarian aid while denouncing human rights violations and thus go against the strict doctrine of silence imposed by the International Committee of the Red Cross (ICRC). The core aims were and still are a) to ACT (= medical assistance) and b) to SPEAK OUT, hence attire public's attention on e.g. crisis that have been forgotten or not revealed yet.

##### **2. MSF – Structure worldwide**

MSF is a network organization; thus 23 MSF associations work together under the guidance of the "International General Assembly". Each association is related to an operational center of which five do exist worldwide, all based in Western Europe: one in Geneva, Brussels, Paris, Amsterdam and Barcelona. The location has recently been topic of discussion and plans of decentralization exist but will not be realized within the next 5 years. While the operational centers do field work also, MSF international is limited to its coordination role only and does not have any executive role. Currently, MSF programs are implemented in more than 70 countries. Regarding MSF Switzerland, the biggest missions (in terms of budget) are in South Sudan, Cameroon, Lebanon and in the Democratic Republic of Congo.

##### **3. The Charter**

Like the ICRC, MSF follows the 4 "dunantistes" principles:

*Humanity – Neutrality – Independence – Impartiality*

Besides, the following principles guide MSF's actions:

*Medical Ethics – “Temoignage”, bearing witness – Accountability*

The main contrast to the ICRC is shown in the principle of the “Temoignage” as an important and core part of MSF's work, meaning that attention must be drawn to “extreme need and unacceptable suffering when access to lifesaving medical care is hindered, when medical facilities come under threat, when crises are neglected, or when the provision of aid is inadequate or abused people”. Moreover, the NGO sees itself as the organization that goes to areas and crisis situations in which others (e.g. other NGOs) cannot or do not want to go. This means on the other hand, that areas which are covered and supplied sufficiently with medical aid by other organizations do not stand in the focus of MSF.

#### 4. Additional Tasks

Besides the delivery of emergency medical aid there are more tasks MSF takes charge of:

- Medical Operational Research aiming at the decentralisation of health care and the improvement of the quality of care on epidemics, vaccines, preventive packages, chronic diseases and haemorrhagic fevers. One of the last achievements was the development of a Heat-Stable Oral Rotavirus vaccine. The research centre “Epicentre” is based in Paris, but research is also conducted in the field during ongoing interventions.
- Advocacy activities following the principle “Temoignage”. Current topics include the violence in South Sudan and the Lake Chad area, attacks against hospitals and the response to epidemics. However, “it is not about putting pressure on one or the other side but improve the overall situation”.
- Logistics, which play a crucial part of the MSF work and organization. Two big logistic centres exist that hold standardized equipment and kits on stand-by, always available for possible necessary interventions. One is located in Bordeaux and the other one in Brussels.

#### 5. Finance – MSF Switzerland

90% of the financial means are private donations coming from more than 236.000 private donors which makes the NGO's independence possible. Strict money policies exist, e.g. no anonymous funds are accepted, and foundations are chosen carefully regarding their investments. Since 2016, no more European funds are accepted as MSF does not agree nor approve the European migrant policy. However, one must consider that not every organisation has the “luxury” of a financial situation that allows returning a donation. Earmark funding is an exception which shows another difference to other organisations like the WHO for example.

### Human Resources

The whole MSF Movement accounts for about 36.000 employees in more than 60 countries. In 2016, MSF Switzerland had 471 Expat positions and 1.223 Departures (one person had 2 or more departures per year), 5.212 National positions and 285 Headquarter positions. Medical and paramedical staff make up 25% each, the other 50% are non-medical staff, working for example in logistics or administration.

Within the medical pool, Medical Doctors, Emergency Doctors, Surgeons, Pediatricians, Anesthetists, Gynecologists and Obstetricians, Psychiatrists (only a small proportion) and HIV- and TB-staff are employed. Main tasks and requirements include the supervision of medical activities, respecting MSF protocols, training of staff, medical reference for complicated cases. Therefore, it is also important to know second advisors and people to refer to back home or somewhere else in the world that one can ask when not knowing any further. You must be aware that when being sent to the field, you are expected to bring your expertise from the outside to delegate and teach the local staff; of course, medical tasks are part of the daily work, however, administrative, delegation and training duties are, too.

Before being sent anywhere, MSF offers a preparation course and project briefings. Before, during and after the missions, the organization provides psychosocial support. Moreover, a Peer Support Network exists where experiences, thoughts and problems can be exchanged with others that have been in the field. Debriefings are held after each mission.

The contract is usually valid for the duration of the mission, which can vary from 6 (mostly) to 12 to 24 months. A monthly salary is paid: during the first year, every MSF worker gets a basic salary plus a potential top up according to the mission country; the monthly basic salary within MSF Germany is 1609 EUR gross. After the 12 months, one enters the salary grid according to the profession. Additionally, a daily per diem is paid to cover daily costs.

In the field, MSF takes care of the visa, vaccinations, communal housing and transport, provides food, cooking and cleaning staff. The organization pays for basic health insurance during the stay and 3 months after the return. Every three months, one can have one week of holiday. However, it is not recommended to fly back home to ensure that the time off can really be spent to recover and not only to catch up with relatives and friends.

Before going to the field, one must realize that the security context in the host country might be unstable. Restrictive security guidelines exist and must be followed to ensure not only one's own security but also the security of colleagues and the whole project itself. Missions would be withdrawn if the security situation gets too insecure, e.g. when there are actual threats against the organization, the project or the person working in the project. Often, communication means are often limited, so it might be best to tell the ones "at home" that no news mean good news.

As MSF worker, one is associated with the organization. Wearing the "T-shirt", you represent the NGO. Thus, even though MSF works together with organizations like the WHO, MSF workers are sometimes not to be seen for example in a car together with people from other organizations like the WHO, UN or ICRC.

To be eligible for the NGO, one has to fulfil the following criteria:

- strong engagement for the MSF values
- professional clinical experience of a minimum of 2 years
- fluent language skills in English and possibly French
- computer skills
- availability of at least 6 months
- commitment for at least 1 year
- for Medical Doctors:
  - Diploma of MD (GP) and a minimum of 3 years of experience

**or**

- Diploma in specialization

Of course, personal qualities are very important, too and carefully considered.

The application process starts with sending in your own application via mail or a phone call.

Subsequently, interviews and group exercises are held, before you can be chosen for MSF work and start recruitment. About 50% of the Doctors applying are also being recruited. Once the recruitment process is completed, you enter the “Doctor Pool” from which people are chosen when a new mission is planned. However, there usually is some waiting time before being sent away and sometimes the pool might be very full, so one might consider a reapplication.

Regarding the choice of country, you can express your absolute “No-Go” countries. Beyond this, the host country cannot be influenced.

### Conclusion

MSF is one of the biggest and most-known NGO's providing humanitarian and medical emergency aid. While the WHO is a member-state organization and therefore has limited means of pressure and one of the highest values of the ICRC is its neutrality linked to confidentiality, the self-perception of MSF is dominated by the combination of speaking out and acting. The limitations that guide and encircle the possibilities of the WHO and ICRC (as examples) may build up and cause high levels of frustration. In contrast to that, MSF seems to be the organization with the least limitations and the most possibilities of action. The organization seems to always follow its ideology and principles. While the WHO sometimes would try to negotiate and cope with cases and situations in different countries not in public and handle them “under the radar” to avoid possible consequences for the affected country, MSF would call public attention to these situations, not to damage the government or the country but to pave the way for improvement and changing actions. Hence, negotiations with governments and ministries (e.g. of Ministry of foreign affairs or Ministry of Health) are always part of the MSF work, too. Moreover, from an outside point of view, the NGO itself seems to be very transparent: finances are published yearly as well as reports about the interventions. We were frankly told what we could expect from working with MSF including all restrictions and the actual salary that would be paid. However, we were also told what MSF would expect from us as possible employees. Interestingly, Camille Michel who has been working with MSF for several years said without hesitating that she couldn't imagine working anywhere else. For her, being part of the MSF movement is part of

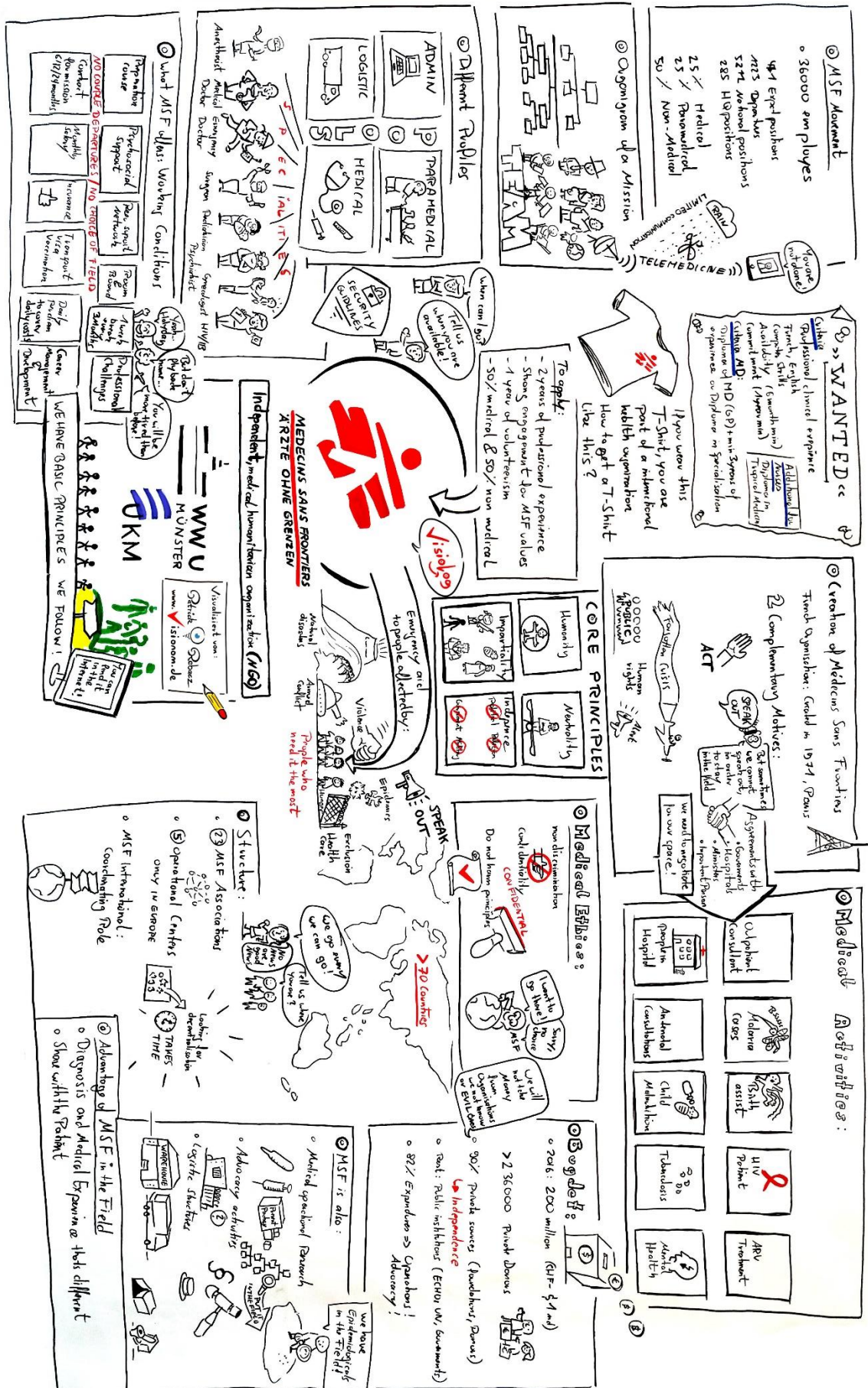


her life and often people that have worked with the organization once, say they were infected by the “Virus” and would never work anywhere else. This was mirrored by the atmosphere in the MSF office, too which was very positive and informal.

In Camille’s eyes, the experiences one can make by working with MSF as a doctor are of a high value. The best advantages are the clinical experience one can gain and the relationship with the patients which is usually completely different from the patient-doctor-relationship we know from Germany. Communication is even more important, and the different culture can be experienced intensely. Besides, the primarily non-medical tasks as the medical coordination and delegation lead extension of management skills. Moreover, if somebody is interested in research, MSF also offers the possibility to get involved.

In my eyes, MSF as well-known NGO with a great expertise on its field that has the luxury to mostly follow its principles offers a great possibility to doctors to get involved in humanitarian aid.

*von Frederike Butz*



### 3.3 United Nations High Commission of Refugees (UNHCR)

Two employees, Heiko and George, welcomed us at UNHCR. They gave us a short overview of UNHCR and public health.



#### General information

The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) was established in 1950 by the United Nations General Assembly. The agency is mandated to lead and coordinate international action to protect refugees and resolve refugee problems worldwide.

The **1951 Refugee Convention** states that “refugees should enjoy access to health services equivalent to that of the host population, while everyone has the right under international law to the highest standards of physical and mental health”.

UNHCR advocates for refugees, asylum seekers, internally displaced persons (IDP), returnees, stateless persons and host populations. This requires cooperations with refugees, local communities, governments and ministries, donors, WHO, UNICEF, UNFP, academic and research institutions and the private sector.

In 2016, 65.6 million people were displaced. Two thirds of them originate from three countries: South Sudan, Syria and Afghanistan. Turkey hosts about 2.9 million refugees, more than any other country. The latest emergency in which UNHCR is involved takes place in Bangladesh where people escape from Myanmar. This situation was declared level three by UNHCR - which means that all resources have to be mobilized. If UNHCR talks about emergencies, they use the term “situation” and do not refer to the country because the conflict might be international. Other situations where UNHCR is involved right now are in Uganda, which hosts about 1 Million people from South Sudan, in Nigeria and in Central African Republic, where they work with internally displaced persons.

There are not only short-term situations but also displacements for many years like in Somalia, Yemen, Iraq and Syria.

#### **Public health challenges in refugee camps:**

1. Provide primary health care to everyone to address most diseases
2. Decrease morbidity from chronic diseases
3. Improve childhood survival
4. Prevention and control of NCDs (non-communicable diseases), including mental health
5. Access to life-saving referral care
  - a) SOPs: defined criteria for referring patients
6. Ensure integration to national services and explore health-financing system

As resources are always limited, there is need to prioritize. This is why UNHCR focuses on pregnant woman and children. Primary health care is one part of the public health sector, but it also includes reproductive health, child health, nutrition, food safety, water and sanitation.

#### Nutrition

UN calculates its food rations with 2100kcal per person per day, no difference between child and adult. To supply food in refugee camps UNHCR works together with the World Food Program which is responsible for the logistics. If there is not enough food available, the portions will be shortened. This happened a lot recently.

Women are encouraged to breastfeed their children because this is the safest and most healthy meal they can get.

Today, you can also encounter cash-based interventions instead of direct food supply. This gives people the chance to decide freely on what they eat. Provided food is mostly rice, beans, sugar and some oil, but some people stay in the camps for over 20 to 40 years. The money is supposed to offer the opportunity to integrate in the local community. A limiting factor is that not all local markets are able to provide enough food and that prices might rise.

Another strategy is the “no camp policy” of Uganda. Refugees are settled in certain areas and get land as well as support to build a hut. This strategy has many advantages, but unclear ownership of the land can cause problems.

#### Women

A further important task in camps is to empower women. They need solutions to care for themselves and not to be unprotected. A common problem in camps is that women do not have self-determination. In situations of food shortages some started to prostitute to feed their children. Communication with community leaders is an important instrument to protect them.

#### HIV

People are not always healthy when they leave their homes as refugees. Also, chronic diseases like HIV need should be treated. In former times, there have been vertical programs for HIV intervention. Today, however, refugees are integrated in national HIV programs. These focus on different sex transmission and ARVT.

#### Water and Sanitation

Stagnation of water can be a huge problem especially in the rainy season. Open defecation leads to outbreaks of cholera and other gastrointestinal infections. Before latrines can be set up, a certain area

is marked for defecation to avoid spreading. Cultural circumstances should be considered. For example, some nomads did not use provided toilets in a camp because they were not used to it. Consequently, they needed information and education about this hygiene issue.

#### In case of emergency...

As soon as a new refugee emergency arises, the first question is: Is anybody there to manage it, or is anybody needed? UNHCR works on request of governments; thus, they need an invitation.

Initial assessment is done based on reports and health profiles of the countries of origin as well as the host countries.

Primary health care resources are set up: For 10.000 people, there should be one doctor, one nurse, one midwife and one community health worker. Some staff is international but many organizations recruit local staff. The facilities are set up as modules.

*George's career at UNHCR included field work in Congo (field officer), Mali, Tschad, Ethiopia, Algeria, West Sahara and head quarter in Geneva where he represents field operations.*

*von Katja Krämer*

### **3.4 Informelles Gespräch mit Mitarbeitern aus dem *Public Health* Sektor**

*Dieser Programmpunkt in Genf fand in einem informellen und daher privaten Rahmen statt. Wir freuen uns, dass zwei langjährige Mitarbeiter des UN-Systems unserer Einladung gefolgt sind und uns am Vorabend unseres WHO-Besuchs in unserer Unterkunft besuchen. Hier haben wir die einmalige Gelegenheit, sehr persönliche und kritische Fragen zu stellen, auf die wir keine politisch korrekten, sondern möglichst aufrichtige und direkte Antworten erwarten. Im Gegenzug erklären wir uns bereit die Namen unserer Gäste für diese Dokumentation zu verändern:*

Am ersten Abend unserer Studienreise nach Genf bekommen wir die Chance, ein langes und sehr persönliches Gespräch mit Herrn Dr. Who, der ein Medical Officer bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist, und Frau Dr. Vihsida, welche für UNAIDS arbeitet, zu führen. Dr. Who kann aus 13 Jahren Erfahrung bei der WHO berichten, Dr. Vihsida ist seit 13 Jahren bei UNAIDS tätig und arbeitete davor 4 Jahre bei der WHO. So können wir von langjähriger Arbeitserfahrung profitieren, die ganz offen und zwanglos mit uns geteilt wird. Das Besondere und Schöne an dem Gespräch mit den Beiden ist, dass wir all die Fragen stellen können, die sich uns auftun und Antworten bekommen, die glaubwürdig und ehrlich sind. Ein solches Setting bietet uns nun die Möglichkeit nicht nur viel über die Arbeit in den beiden Gesundheitsorganisationen zu erfahren, sondern auch kritische Fragen und Überlegungen diskutieren zu können. Schon während der Vorbereitungsphase in Münster wurden von uns immer wieder hinterfragende Äußerungen zu verschiedenen Institutionen und Vorgehensweisen im Bereich der internationalen Gesundheit in den Raum geworfen. Dies betraf vor allem Themen wie fragliche Finanzierungswege, finanziell gesteuerte Abhängigkeiten von Geldgebern oder mangelnde

Transparenz in Organisationen, die der Weltgesundheit dienen sollen. Nun können wir hier genauer nachhaken und erfahren, welche Probleme aber auch Erfolge es aus anderen Sichtweisen noch gibt.

Zuerst beginnt Dr. Vihsida damit, über ihre Arbeit für UNAIDS zu berichten - ein Projekt, welches 1996 aus dem „Global Program on HIV/AIDS“ der Weltgesundheitsorganisation und 11 weiteren UN Agencies als Co-Sponsoren entstand. HIV/AIDS sei ein komplexes Thema, bei dem nicht nur gesundheitliche Aspekte eine wichtige Rolle spielen, sondern ebenso soziale, finanzielle oder geschlechtsspezifische Angelegenheiten, Bildung, Unterkünfte und Sicherheit von tragender Bedeutung für Erfolge sind. Da die WHO sich traditionell auf „health services“ fokussiert, scheint es hier sinnvoll und vor allem effektiv, dass sich diesem Problem ein eigenes Hilfsprojekt zuwendet, das sich als Pionier des patientenzentrierten Ansatzes im Kampf gegen HIV und AIDS sieht. Auch Dr. Who selbst sieht die Arbeit von UNAIDS als „incredibly successful“ und spricht von einem „realistic approach“, wenn UNAIDS sich unter anderem direkt an Regierungen wendet und hier Druck ausüben kann. So brachte die Gruppe zum Beispiel in Uganda eine Regierung, die gleichgeschlechtliche Sexualität zu kriminalisieren versuchte, erfolgreich vor Gericht. Dies wäre laut den Beiden mit der hauptsächlich den Regierungen dienenden, jedoch nicht als Fürsprecher einzelner Gruppen fungierenden WHO wohl nicht möglich gewesen.

Als für sie die größten Erfolge von UNAIDS nennt Dr. Vihsida, dass mittlerweile 20 Millionen Menschen weltweit mit HIV/AIDS adäquat therapiert werden, dass für die Organisation frei verfügbare Pflichtbeträge in den Jahren von nur 20% auf 45% angestiegen sind, und dass teilweise ganze Gesundheitssysteme umgestellt werden konnten und in der Kontrolle von HIV/AIDS somit schon große Fortschritte gemacht werden konnten.

Wie sehr die HIV/AIDS-Problematik die Gesundheitssysteme einiger Länder belastet, führt Dr. Vihsida am Beispiel Kenias an, wo die Kosten für HIV-Medikamente sechsmal höher sind als der Rest des Gesundheitsetats und ohne das Engagement von UNAIDS damit untragbar wären. Wie sehr sich die Budgetverteilung letzten Endes jedoch auf die Versorgung Einzelner auswirkt, zeigte uns die Aussage, dass man als Diabetespatient in Südafrika fast von Glück sprechen könne, zudem auch noch HIV-positiv zu sein, da man als solcher mehr Zugang zu Gesundheitsfürsorge erhalte als nur mit der Diagnose Diabetes allein.

Die Erfolge und die scheinbar große Effektivität von UNAIDS gegenüber der WHO lenkt uns auf die Frage, ob eine Organisation bzw. ein Projekt wie dieses die WHO in Zukunft mal überholen und evtl. ablösen wird. Die Antwort der Experten darauf lautet, dass hierfür Kapazitäten und vor allem auch viel technisches Knowhow fehlen würden. Uns wird deutlich, dass kleine Projekte mit weniger Mitarbeitern und Bürokratie und mehr Flexibilität und Absprachemöglichkeiten Teilziele im Gegensatz zu sehr großen und staatlich dienenden Organisationen wie der WHO schneller und scheinbar leichter erreichen können. Trotz all der Schwierigkeiten, die entstehen, wenn man 194 Mitgliedsstaaten und Regierungen gerecht werden muss, scheint eine große vereinende Organisation wie die WHO sehr wichtig und unverzichtbar zu sein. Dr. Who hält dazu dieses afrikanische Sprichwort für uns bereit:

*„If you want to go fast, go alone. And if you want to go far, go together.“*

Auf unsere Frage hin, wozu man als Mitarbeiter der Vereinten Nationen ein Medizinstudium absolviert haben sollte, entgegnet Dr. Vihsida, dass ihr der Studienabschluss die Akzeptanz gegenüber den in die Arbeit involvierten Ärzten verschafft habe und ihr der akademisch erlangte holistische Denkansatz zudem mehr Verhandlungsspielraum gegenüber der WHO ermögliche.

Daraufhin hat Dr. Who noch viel zu erzählen und beantwortet unsere Fragen. Natürlich interessieren wir uns zunächst für seinen persönlichen Werdegang: Parallel zum Medizinstudium studierte er ein zweites international ausgerichtetes Fach und absolvierte später ein Praktikum bei der WHO. Nach dem Studium folgte eine Facharztausbildung, ein Public Health-Studiengang und eine Beschäftigung an einem nationalen Public-Health-Institut. Die ersten Jahre bei der WHO waren für ihn eine „success story“ geprägt von intellektueller und emotionaler Verbundenheit mit der WHO. Nach einigen Jahren gibt es nun jedoch durchaus auch Momente der Frustration. Als problematisch erwähnte er unzulängliche logistische Kapazitäten, die Abhängigkeit der WHO von ihren Mitgliedsländern, den Mangel an Transparenz und Glaubwürdigkeit, den Egoismus Einzelner sowie das System der Kurzzeitverträge, die den Mitarbeitern die Arbeitssicherheit nehmen sowie des Mobilitätskonzepts, das familiäre Stabilität und Planungsmöglichkeiten erschwere.

Beispielhaft führte er an, dass die Organisation im Rahmen der 2009/10 aufgetretenen H1N1 Influenza-Pandemie stark an Glaubwürdigkeit verloren habe, als durch die WHO Panik und Unruhe eines vermeintlich unangemessenen Ausmaßes generiert wurden und Schlagzeilen wie „Bezahlte Pharmaindustrie für Panik vor Schweinegrippe?“ (welt.de) auf finanzielle Verstrickungen in der Branche aufmerksam machten.

Ebenso wird viel Positives genannt, was das Arbeiten in der WHO so spannend und begehrenswert macht: Das Team ist multikulturell, man hat mit sehr interessanten Leuten zu tun, man ist umgeben von viel Knowhow und man arbeitet trotz aller Kritik immer noch für die internationale Gesundheit, die für die Menschheit so wichtig ist wie kaum ein anderes Gut.

Der Erfolg der WHO scheint außerdem recht abhängig von den Persönlichkeiten, die sie anführen, zu sein. Seit Mai 2017 steht Tedros Adhanom Ghebreyesus aus Äthiopien an der Spitze der WHO, und es wird sich zeigen, in welche Richtung der Politiker die WHO lenken wird.

Wir diskutieren anschließend über mögliche förderliche Veränderungen und kommen zu dem Schluss, dass vor allem eine bessere Zusammenarbeit, Datenweitergabe und Kommunikation ein Schritt in die richtige Richtung wären. Es bräuchte außerdem ein gutes Management und weniger Angst vor Fehlern und Sanktionen gepaart mit Mut und multidimensionalem Denken.

Nach einer fast dreistündigen Erzähl- und Fragerunde sind wir gegen 22 Uhr dankbar für die geteilten Erfahrungen und mit geballtem Vorwissen bereit, die WHO am nächsten Tag endlich persönlich kennenzulernen.

*von Svenja Brakemeier*