



Bericht über die Exkursion nach Genf im Rahmen des

Wahlfachs *Global Health*

der Universitäten Witten/Herdecke und Münster

vom 30. September bis 04. Oktober 2024



Inhalt

Tag 1 - Vorbereitungen in Münster (30.09.2024)	2
Einführung in Global Health	2
Global Health and the MDGs and SDGs: Past, Present, Future	3
Global Burden of Disease, Social Determinants, and Health Inequities	3
Migration and Health	4
Nutrition and Health	5
Tag 2 - Vorbereitungen in Witten (01.10.2024)	5
German Doctors	5
Decolonising Global Health	6
Climate Change and Health	8
Globale Gesundheit: Beispiele aus der Arbeit der GIZ	9
Global Mental Health	10
Tag 3 - Besuch UNAIDS in Genf (02.10.2024)	11
Tag 4 - Besuch WHO in Genf (03.10.2024)	12
Introduction to the WHO & the Management of Health Emergencies	12
Vaccine Hesitancy	13
Tag 5 - Besuch ICRC, GAIN & Palais des Nations (04.10.2024)	18
ICRC	18
GAIN	20
Palais des Nations Tour	22
Danksagung	23

Tag 1 - Vorbereitungen in Münster (30.09.2024)

Einführung in Global Health

Direkt der erste Tag des Wahlfaches hielt für die Studierenden aus der Universität Münster und Witten Herdecke einige hochkarätige Vorträge zum Einstieg in das Thema „Global Health“ bereit: Der Heidelberger Prof. für Global Health PD Dr. Olaf Horstick leitete in Münster zur Annäherung und Diskussion des Themengebiets „Global Health“ einen Workshop zum Thema. Der Wissenschaftliche Leiter des Instituts für Globale Gesundheit der Universität Heidelberg kann als Ehemaliger Mitarbeiter sowohl der WHO als auch der GIZ auf mannigfaltige praktische Erfahrung in dem Bereich Global Health zurückgreifen und wusste mit seiner dezidierten und trotzdem praxisnahen Themensetzung sehr zu überzeugen.

Über den Vormittag ging es vor allem um zentrale Begriffe des Public and Global health sowie die Relevanz der „Globalen Gesundheit“ als festen Bestandteil in Curricula medizinischen Ausbildungsprogrammen. Es wurde die Geschichte der Nachhaltigen Entwicklungsziele der WHO aufgezeichnet und die Rolle der Kontrolle ansteckender Erkrankungen sowie vernachlässigter tropischer Erkrankungen näher beleuchtet.

Eine genaue Definition des Begriffes „Gesundheit“ ist schwer und umfasst meist mehr als nur die bloße Abwesenheit von Krankheit. Die Definition von Gesundheit, die von der WHO ab 1948 verwendet wurde, beschreibt Gesundheit im Englischen als „A state of complete physical, mental, and social well being and not merely the absence of disease or infirmity“. Das weithin gebrauchte Modell der sozialen Determinanten von Gesundheit, welches von Dahlgren G. Whitehead 1991 entwickelt wurde, sieht verschiedene Aspekte zum Gewinn und Erhalt von Gesundheit unerlässlich:

Generelle sozioökonomische, kulturelle Bedingungen, Lebens- und Arbeitsbedingungen, soziale und Gemeinschafts-Netzwerke sowie individuelle Lebensstilfaktoren.

Als öffentliche Gesundheit, oder „Public Health“, wird im Englischen als „The science and art of promoting and protecting health and well-being, preventing ill-health and prolonging life through the organised efforts of society.“ definiert.

Wo „Public Health“ sich vor allem auf Gesundheitsthemen die eine Bevölkerung eines Bestimmten Landes oder einer bestimmten Gemeinschaft beschäftigt, transzendiert „Global Health“ durch eine Erweiterung seines Wirkungsgrades nationale Grenzen und beschäftigt sich mehr als „Public Health“ mit der Entwicklung und Implementierung von Gesundheitslösungen die Globale Kooperation voraussetzen.

Verschiedene Wissenschaftler beleuchten mit Ihren Definitionen verschiedene Aspekte von Global Health: Eine Stellung als eigenes Studienfach unterstreicht hier vor allem die Definition von Koplan und Kollegen von 2009: „[Global Health is] an area for study, research, and practice

that places a priority on improving health and achieving health equity for all people worldwide.“

Um die Vielzahl an mehr oder weniger vernetzten Regierungs- und nicht-Regierungs-Organisationen, die sich mit Themen und Problemen der Globalen Gesundheit zu beschäftigen, eine messbare Zielsetzung zu setzen, inkludierten die Vereinten Nationen „Good Health and Well-Being“ als das dritte ihrer Insgesamt 17 Nachhaltigen Gesundheitsziele (SDGs). Die SDGs, und ihr geistiger Vorgänger, die Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) waren auch Thema einer Präsentation, die von der Münsteraner Studierenden Milena Gütermann gehalten wurde.

Global Health and the MDGs and SDGs: Past, Present, Future

Die Gesundheitsbezogenen Ziele, die im dritten der 17 SDGs, die im Jahre 2016 mit einer Laufzeit von 15 Jahren in Kraft traten, zusammengefasst werden, sind vielfältig und berühren in nahezu jedem Aspekt ein Thema der Globalen Gesundheit.

Bis 2030 soll die weltweite Müttersterblichkeitsrate auf weniger als 70 pro 100.000 Lebendgeburten gesenkt werden. Auch die Beendigung vermeidbarer Todesfälle von Neugeborenen und Kindern unter 5 Jahren ist ein Ziel: Die Sterblichkeitsrate von Neugeborenen soll auf 12, die von Kindern unter 5 Jahren auf 25 pro 1.000 reduziert werden. Die Reduzierung nichtübertragbarer Krankheiten und Förderung der psychischen Gesundheit, die Förderung universeller Gesundheitsversorgung sowie die Reduzierung der Umweltverschmutzung und Todesfälle durch gefährliche Chemikalien sind weitere Erklärte Ziele.

Die Fortschritte beim Erreichen der SDGs der UN sind je nach Unterziel gemischt: Es gab zwar Erfolge bei Impfkampagnen und Kindersterblichkeit, jedoch haben viele Herausforderungen, insbesondere die COVID-19 Pandemie, die weltgemeinschaftliche Zusammenarbeit zum Erreichen der SDGs gestört.

In einem weiteren Vortrag, den die Münsteraner Studentin [REDACTED] vorbereitet hatte, ging es um die aktuelle globale Krankheitslast sowie um soziale Determinanten von Gesundheit.

Global Burden of Disease, Social Determinants, and Health Inequities

Die 2021 veröffentlichte „Global Burden of Disease Study“ stellt mit über 607 Milliarden standardisierten Einschätzungen von Gesundheit mit Erfassung von 459 health outcomes und Risikofaktoren in 204 Ländern eine der größten bis dato unternommen Bestrebungen dar, die Globale Krankheitslast zu quantifizieren.

Schlüsselergebnisse waren ein Absinken der Weltweiten Lebenserwartung um 1,6 Jahren durch die COVID-19 Pandemie sowie die Erkenntnis, dass die Geburtenraten in 97% der Länder ab 2100 wahrscheinlich nicht mehr hoch genug sein werden, um einen Bevölkerungszuwachs zu gewährleisten.

Eine weitere relevante Erkenntnis war die außerordentliche Rolle von vermeintlichen Erkrankungen (sog. „Communicable diseases“) in Ländern mit niedrigem Einkommen:

Tuberkulose, die immer öfter von resistenten Erregern ausgelöst wird, betrifft jährlich 10 Millionen neue Menschen. Auch die Malaria, die im Jahr mit 229 Millionen neuen Erkrankten und 409,000 Todesfällen assoziiert wird, betrifft vor allem arme Bevölkerungsgruppen in Afrika.

Auch nicht-vermittelbare Erkrankungen belasten vor allem Menschen in Ländern mit niedrigen bis mittleren Einkommen.

Die wichtigsten körperlichen Risikofaktoren, die die Gesundheit weltweit bedrohen, sind Bluthochdruck, hoher Nüchternblutzucker, geringes Geburtsgewicht, ein hoher BMI, hohes Serum-LDL und Niereninsuffizienz. Behaviorale Risikofaktoren sind Rauchen und Alkoholkonsum, ein umweltbedingter Risikofaktor ist zum Beispiel Luftverschmutzung. Soziale Determinanten, die mit einer durchschnittlich besseren Gesundheit einhergehen, sind ein hoher Bildungsstand, Einkommens- und Jobsicherheit, Zugang zu Gesundheitssystemen und Leben in einer gesundheitsförderlichen Umwelt.

Migration and Health

Der Vortrag „Migration und Flucht und Gesundheit“ von [REDACTED] beleuchtet die gesundheitlichen Herausforderungen und Bedürfnisse von Migranten und Geflüchteten. Diese Personengruppen sind häufig mit spezifischen Gesundheitsrisiken konfrontiert, die von infektiösen Krankheiten über psychische Belastungen bis zu eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsdiensten reichen. Der Vortrag deckt wesentliche Themen wie die gesundheitlichen Risiken in den Phasen „Pre-Migration“, „Movement“ und „Arrival and Integration“ ab.

Wichtige Gesundheitsaspekte:

- **WASH** (Water, Sanitation, Hygiene): Der Zugang zu sauberem Wasser und sanitärer Versorgung ist für Migranten und Geflüchtete essenziell, insbesondere in den Transit- und Ankunftsphasen. Mangelnde Hygiene kann die Ausbreitung wassergebundener Krankheiten fördern.
- **Psychosoziale Faktoren:** Traumatische Erlebnisse wie Krieg und Vertreibung belasten viele Geflüchtete. Diskriminierung und soziale Isolation im Aufnahmeland erhöhen zudem das Risiko psychischer Erkrankungen.

Barrieren im Gesundheitssystem: Formelle und informelle Hürden, wie sprachliche Barrieren und kulturelle Unterschiede, erschweren oft den Zugang zu medizinischer Versorgung. Die rechtliche Situation (z.B. Asylstatus) beeinflusst ebenfalls die Verfügbarkeit von

Gesundheitsleistungen. Initiativen wie Medibuddies und MEDGuide unterstützen die medizinische Begleitung und sprachliche Verständigung.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass der Zugang zu Gesundheitsversorgung und soziale Integration entscheidend für das Wohlbefinden von Migranten und Geflüchteten sind sowie sich positiv auf die Gesellschaft des Aufnahmelandes auswirken.

Nutrition and Health

Der Vortrag „Gesundheit und Ernährung“ von [REDACTED] befasst sich mit den Herausforderungen der Fehlernährung im Kontext der globalen Gesundheit und skizziert Lösungsansätze zur Verbesserung der Ernährungssicherheit. Zentrale Themen umfassen die Problematik der *Fehlernährung*, die durch Mangel oder Überversorgung an Nährstoffen entsteht. Die doppelte Last der Mangelernährung betrifft heute viele Länder, wobei eine erhebliche Zahl der Weltbevölkerung unter Übergewicht leidet, während andere untergewichtig sind. Besonders problematisch sind Mikronährstoffmängel, die oft als *hidden hunger* bezeichnet werden, da sie schwer zu erkennen sind, aber gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit haben können.

Ursachen: Der Vortrag untersucht die Rolle von Globalisierung und Urbanisierung, die die Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln und damit die Fehlernährung beeinflussen. Auch volkswirtschaftliche und gesundheitspolitische Faktoren spielen eine Rolle, die oft miteinander verknüpft sind. Nationale Gesetzgebungen und Handelsabkommen werden als Mechanismen zur Förderung der Nahrungsmittelsicherheit betrachtet, wobei Transparenz und Nachhaltigkeit wichtige Bestandteile dieser Initiativen sind.

Lösungsansätze und Herausforderungen bei der Hilfeleistung: Strategien zur Bekämpfung der Fehlernährung umfassen die Förderung lokaler Lebensmittelproduktion und Resilienz gegenüber klimatischen Veränderungen. Jedoch wird auf die Risiken hingewiesen, die sich aus Hilfsleistungen ergeben, wie Abhängigkeiten, politische Einflussnahmen und die Gefahr, lokale Märkte zu verzerren. Um diese Herausforderungen zu überwinden, werden nachhaltige und kultursensible Lösungen vorgeschlagen, die langfristige Projekte und klare Verantwortlichkeiten einschließen.

Dieser Vortrag bietet eine kompakte Einführung in die globalen Herausforderungen der Ernährungssicherheit und konnte uns Medizinstudenten wertvolle Einblicke in die Komplexität der globalen Gesundheit und Ernährung geben.

Tag 2 - Vorbereitungen in Witten (01.10.2024)

German Doctors

German Doctors (GD) ist eine gemeinnützige Organisation, die sich seit ihrer Gründung im Jahr 1983 der medizinischen Hilfe in Ländern des globalen Südens verschrieben hat. Mit ihrem ganzheitlichen Ansatz möchte die Organisation vor allem im Bereich der Gesundheitsförderung, Krankheitsprävention, Hygiene und Water & Sanitation nachhaltig Gesundheitsinfrastrukturen stärken. Dabei arbeitet die Organisation vor allem in Ländern mit

prekären Gesundheitssystemen, die durch Armut, Konflikte oder Naturkatastrophen besonders betroffen sind.

Die Arbeit von GD besteht aus zwei Säulen. In der ersten geht es die primäre Gesundheitsversorgung vor allem in entlegenen Gebieten. Die Organisation entsendet ehrenamtliche Ärzte, Ärztinnen und medizinisches Fachpersonal, die in medizinischen Einrichtungen oder mobilen Kliniken in lokalen Teams eingebettet arbeiten. Diese medizinischen Missionen richten sich insbesondere an Menschen, die aufgrund von geografischen oder finanziellen Barrieren keinen Zugang zu regulärer Gesundheitsversorgung haben. Die Arbeit der Ärzte umfasst eine Vielzahl von medizinischen Disziplinen, von der allgemeinen Versorgung über die Behandlung von Infektionskrankheiten bis hin zur Notfallmedizin. Besonders in Regionen, die unter einer schlechten Infrastruktur leiden, sind die mobilen Kliniken ein wichtiger Bestandteil der Hilfe, da sie den Patienten direkt vor Ort zur Verfügung stehen.

In der zweiten Säule engagiert sich GD auch im Aufbau einer nachhaltigen lokalen Gesundheitsinfrastruktur. Dabei wird ein Fokus auf strukturfördernde Projekte, die Ausbildung lokaler Fachkräfte sowie die Gesundheitsedukation der Bevölkerung gesetzt.

Die Organisation finanziert ihre Arbeit durch Spenden und ist auf die Unterstützung von Menschen angewiesen, die sich für eine gerechtere Verteilung von Gesundheitsressourcen einsetzen. Im Rahmen ihrer Arbeit pflegt German Doctors enge Partnerschaften mit lokalen Organisationen, NGOs und anderen internationalen Hilfsorganisationen, um Synergien zu schaffen und die Hilfe dort zu leisten, wo sie am dringendsten benötigt wird. Aktuell ist GD in 6 Ländern mit 15 Standorten präsent. Konzeptionell basiert die Projektarbeit auf 1. Entwicklungszusammenarbeit, 2. humanitärer Arbeit in akuten Situationen und 3. Friedensarbeit.

Ein Beispielprojekt ist ein pädiatrisches Ausbildungsprogramm in Sierra Leone. Hier finanziert und unterstützt GD personal die Ausbildung medizinischen Fachpersonals zu pädiatrischen Clinical Officers in Zusammenarbeit mit dem lokalen Gesundheitsministerium. Nach der 5-jährigen Ausbildung unterstützen die Clinical Officers die Ärzt*innen vor Ort und stärken so die lokale Gesundheitsinfrastruktur.

Zuletzt entsteht eine lebendige Diskussion um das Thema White Saviorism auf Grundlage eines Videos von MSF bzgl. White Saviorism gefördert durch Werbe- und Spendekampagne von und für westlich geprägte Akteur*innen (siehe Decolonising Global Health).

Decolonising Global Health

Nach dem spannenden Vortrag von German Doctors hat uns [REDACTED] einen Einblick in das Thema "Decolonizing Global Health" gegeben. Hierin beleuchtete sie die tief verwurzelten kolonialen Strukturen im globalen Gesundheitswesen und zeigte auf, wie diese auch heute noch Auswirkungen auf die Gesundheitssysteme und -praktiken haben.

Der Vortrag begann mit einer historischen Rückschau auf die Zeit des Kolonialismus, als westliche Mächte koloniale Strukturen nutzten, um Erkenntnisgewinne in den Forschungsbereichen der Mikrobiologie und Humanmedizin zu gewinnen. Hierbei haben die damit einhergehenden verstärkt genutzten Handelsrouten zu einer Ausbreitung von Infektionskrankheiten in hierfür immungenetisch nicht gewappnete Bevölkerungsgruppen geführt. Zudem wurde tropische Medizin, der Vorläufer der heutigen Tropenmedizin, vor allem zum Schutz der Gesundheit der Kolonisierten vor den Kolonialisierten gedient.

Nach den globalen Kriegen kam es während der ideologischen Zweiteilung der Welt (Kalter Krieg) zur Gründung der UN und der Weltbank (1945) sowie der WHO (1948) und zum Ansatz der Alma Ata Deklaration, die 1978 am politischen Willen scheiterte, und eine bis heute andauernde Weiternutzung der kolonialen Strukturen im internationalen Gesundheitssektor bedingt hat.

Im Rahmen des aufsteigenden Neoliberalismus nach Ende des Kalten Krieges kam es zur vermehrten Privatisierung vieler Gesundheitsstrukturen und nachfolgend zu starken Einschnitten in dem öffentlichen Gesundheitssektor sowie zum Brain Drain in Länder des globalen Nordens, der bis heute anhält und bestehende Ungleichheiten verstärkt.

Ein weiteres zentrales Thema des Vortrags war das sogenannte „White Savior Narrativ“, das in vielen internationalen Gesundheitsinitiativen zu finden ist. Dieses Narrativ stellt westliche Akteure als Retter dar, die den „entwicklungsbedürftigen“ Ländern mit Lösungen und Heilmitteln aushelfen. Dabei werden die betroffenen Gemeinschaften in Afrika, Asien oder Lateinamerika oft als passive Empfänger von Hilfe dargestellt, während die westlichen Helfer als die aktiven Akteure gelten. Dieses Narrativ ignoriert jedoch die lokale Expertise und das Wissen in diesen Regionen, wodurch die Eigenverantwortung und die Entwicklung lokaler Lösungen untergraben werden. Der Vortrag kritisierte diese Perspektive als paternalistisch und erklärte, dass eine echte Dekolonialisierung nur dann möglich ist, wenn die betroffenen Gemeinschaften als gleichwertige Partner und nicht als hilfsbedürftige Opfer betrachtet werden.

Zu einer Dekolonialisierung gehört allen voran das Voranstellen von Gesundheit als Grundrecht, statt als Wohlfahrt oder emotional validierende Erfahrung für privilegierte Westliche. Zusätzlich sollte sich eine Dekolonialisierung vorrangig auf drei Pfeiler zur Stärkung der Zivilgesellschaft stützen: Unterstreichen des soziopolitischen Kontextes bei jeglichen Aktivitäten, Förderung von demokratischen Entscheidungen in jeglichen Organisationen und Strukturen sowie einer konstanten Reflexion der Machtverhältnisse. Zum Abschluss ein passendes Zitat von Hannah Mugaragu: „Entwicklungszusammenarbeit ist extrem kritisch zu betrachten und spätestens dann abzulehnen, wenn ihr explizites Ziel nicht in letzter Konsequenz die eigene Abschaffung ist.“

Climate Change and Health

Das Thema "Klimawandel und Global Health - wie Extremwetterereignisse unsere Gesundheit beeinflussen" wurde uns am Dienstag von [REDACTED] näher gebracht.

Der Klimawandel, insbesondere die steigenden globalen Temperaturen und die damit verbundenen extremen Wetterphänomene, stellt eine erhebliche Bedrohung für die menschliche Gesundheit dar. Diese Veränderungen in den Wetterbedingungen haben weitreichende Konsequenzen, die nicht nur die Umwelt, sondern auch das Wohlbefinden der Menschen auf der ganzen Welt betreffen.

Ein zentrales Thema des Vortrags war die Zunahme von Extremwetterereignissen wie Überschwemmungen, Waldbrände, Dürren, Stürmen, Hitzewellen und tropischen Wirbelstürmen. Diese Ereignisse treten zunehmend häufiger und intensiver auf, was auf die durch den Klimawandel bedingten Veränderungen im globalen Klimasystem zurückzuführen ist. Besonders hervorzuheben ist die Tatsache, dass diese extremen Wetterereignisse direkte und indirekte Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit haben. Die WHO hat den Klimawandel schon als die "größte Gesundheitsbedrohung für den Menschen betitelt." Derzeit leben rund 3.6 Mrd. Menschen in Gebieten, die anfällig für Schäden durch die Klimakrise sind. Zwischen 2030-2050 wird mit jährlich etwa 250.000 zusätzlichen Todesfällen durch Mangelernährung, Malaria, Diarrhoe und Hitze gerechnet.

Überschwemmungen und Stürme fördern die Verbreitung von Krankheiten, die durch verunreinigtes Wasser übertragen werden, wie beispielsweise Cholera oder Typhus. Diese Infektionskrankheiten treten vermehrt in Gebieten auf, die durch Starkregen oder Überschwemmungen betroffen sind, da die Infrastruktur oft nicht in der Lage ist, mit den plötzlich auftretenden Wassermengen umzugehen.

Waldbrände werden durch den Klimawandel in ihrer Häufigkeit und Intensität verstärkt und verursachen eine erhebliche Luftverschmutzung, da beim Brand von Pflanzenmaterial große Mengen an Rauch und giftigen Substanzen sowie alveolengängiger Feinstaub (PM_{2,5}) freigesetzt werden. Dies führt zu Atemwegserkrankungen wie Asthma und Bronchitis, Reizungen der Augen und Hornhautschäden sowie zu einem erhöhten Risiko für neuronale und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Besonders gefährdet sind Menschen mit Vorerkrankungen, Kinder und ältere Menschen. In Regionen, in denen Waldbrände häufig auftreten, stellt die durch den Rauch verursachte Luftverschmutzung eine zunehmende Gesundheitsgefahr dar. Zudem beeinträchtigen Waldbrände Ökosysteme und zerstören die Lebensgrundlagen vieler Menschen, besonders in ländlichen Gebieten, sowie die hier besonders benötigte Gesundheitsinfrastruktur. Dürren wiederum beeinträchtigen die Verfügbarkeit von sauberem Trinkwasser und Nahrungsmitteln, was zu Mangelernährung und einem erhöhten Risiko für Krankheiten führt, die mit unsauberen Wasserquellen in Verbindung stehen.

Ein weiteres zentrales Thema des Vortrags war die soziale Ungleichheit, die durch den Klimawandel verstärkt wird. Besonders ärmere und vulnerable Bevölkerungsgruppen sind den Auswirkungen von Extremwetterereignissen am stärksten ausgesetzt. In Entwicklungsländern, die oft weniger gut auf solche Ereignisse vorbereitet sind, führt der Klimawandel zu einer Verschärfung bestehender gesundheitlicher und sozialer Probleme. Diese Bevölkerungsgruppen haben oftmals weniger Zugang zu Gesundheitsversorgung, sauberen Wasserquellen und sicheren Lebensbedingungen. Dies könnte den Klimawandel in Zukunft zu einem Hauptfluchtgrund machen und den Wettstreit um Ressourcen wie Wasser, Nahrungsmittel und Weideland verschärfen.

Der Klimawandel hat auch Auswirkungen auf die mentale Gesundheit, da extremere Wetterereignisse und Umweltveränderungen zunehmend Stress und Angstzustände verursachen. Naturkatastrophen wie Überschwemmungen, Stürme und Waldbrände können traumatische Erfahrungen hervorrufen und langfristige psychische Belastungen wie posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS), Angstzustände und Depressionen auslösen. Zudem kann die ständige Konfrontation mit den Folgen des Klimawandels zu einem Phänomen führen, das als "klimatische Angst" bezeichnet wird, bei dem Menschen aufgrund der Ungewissheit über die Zukunft Angst und Sorgen entwickeln.

Im abschließenden Teil des Vortrags wurde betont, dass der Klimawandel eine gesundheitliche Krise darstellt, die globale Lösungen erfordert und im Sinne des One Health Konzeptes eine Ergänzung zu Planetary Health in den Fokus rücken sollte.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass der Klimawandel eine der größten Herausforderungen für die öffentliche Gesundheit im 21. Jahrhundert darstellt. Extremwetterereignisse wirken sich direkt und indirekt auf die menschliche Gesundheit aus und verstärken bestehende gesundheitliche Ungleichheiten. Der Vortrag verdeutlichte die Dringlichkeit, sowohl Anpassungsstrategien zu entwickeln als auch auf globaler Ebene konkrete Maßnahmen zur Bekämpfung des Klimawandels zu ergreifen.

Globale Gesundheit: Beispiele aus der Arbeit der GIZ

Die GIZ ist ein Bundesunternehmen, die im Auftrag verschiedener Bundesministerien arbeitet. Aber auch die UN, Europäische Kommission oder die Weltbank sind Auftraggeber der GIZ. Die GIZ hat fast 25000 Mitarbeiter*innen in über 120 Ländern, von denen die Mehrheit lokale Arbeitskräfte sind. Derzeit unterhält die GIZ rund 1700 Projekte.

Maja Opua skizziert am Beispiel einer ugandischen Familie, wie ein schlecht ausgebautes öffentliches Gesundheitssystem zu einem Teufelskreis immer schlechterer Bildung und sozioökonomischen Status führt. In Uganda gibt es keine Krankenversicherung. Ist ein Familienmitglied krank, muss die Familie sparen, um die Gesundheitskosten zu decken. Oft wird dann am Schulgeld für die Kinder gespart und gerade für die Töchter kann das Schulgeld dann nicht mehr bezahlt werden. Die Mädchen erhalten keinen Zugang zu Bildung mehr, können sich dann später nicht selbst versorgen und verlieren ihre Unabhängigkeit. Sie bleiben

arm. Die Referentin möchte an diesem Beispiel verdeutlichen, wie (fehlende) Gesundheit und mangelhafte Gesundheitssysteme auch zu anderen Problemen führen. Als Herausforderung für Global Health betitelt Maja Opuia Pandemieprävention, den Klimawandel, Antibiotikaresistenzen, die Architektur der Hilfsorganisationen und neglected tropical diseases (NTDs). Die Leitungsprioritäten der GIZ seien die Bekämpfung von Hunger und Armut, feministische Entwicklungspolitik und der Umgang mit Pandemiefolgen und die Prävention einer erneuten Pandemie. Außerdem lege die GIZ Wert auf eine „just transition“, also einen gerechten Strukturwandel hin zu einem klimaneutralen und sozial gerechten Wirtschafts- und Sozialsystem.

Madeleine Kalisch stellt den „One Health“ Ansatz vor. One Health ist ein ganzheitlicher Ansatz, der sich mit der Gesundheit von Menschen, Tieren und Ökosystem und dem Zusammenspiel der Komponenten beschäftigt. Die GIZ arbeite seit 2015 nach diesem Ansatz. Die Arbeit der GIZ im Bereich One Health besteht aus der Politik- und Fachberatung des BMZ, näher in der Entwicklung von Methoden, Portfolioanalysen und der Erstellung von Positionspapieren. Außerdem fördert die GIZ die Zusammenführung und den Austausch verschiedener Sektoren in der internationalen Zusammenarbeit, vergibt One Health relevante Studien und setzt sich für Wissensmanagement und Innovationsförderung in der Erfassung und Verarbeitung von Daten ein.

Zum Abschluss zeigen die beiden uns ein Video eines Krankenhausprojektes in Indien. Dies wird nach Abschluss des Vortrags unter den Seminarteilnehmer*innen aber kritisch unter dem Aspekt „White Saviourism“ diskutiert.

Global Mental Health

Die Definition von „Gesundheit“ der WHO haben wir in den letzten beiden Kurstagen bereits öfter besprochen. Doch was ist eigentlich Mental Health? Wir erarbeiten gemeinsam, dass Mental Health „ein Zustand des psychischen Wohlbefindens [ist], der es den Menschen ermöglicht, mit Stress umzugehen, ihre Fähigkeiten zu erkennen, gut zu lernen/zu arbeiten und einen Beitrag zur Gemeinschaft zu leisten. Sie hat einen intrinsischen und instrumentellen Wert und ist ein wesentlicher Bestandteil unseres Wohlbefindens.“. Es gibt sowohl externale, als auch internale Faktoren, die zum Mental well-being beitragen. Beispiele für externale Faktoren wären soziale, kulturelle, ökonomische und politische Begebenheiten oder auch Umwelteinflüsse. Hier kann man weiterhin in strukturelle und individuelle Risikofaktoren unterteilen. Zu den strukturellen Risikofaktoren gehören sozioökonomische Ungleichheiten wie Armut und mangelnder Zugang zur Gesundheitsversorgung, Public Health Notfälle wie Pandemien, die Klimakrise und Humanitäre Notfälle wie Umweltkatastrophen oder bewaffnete Konflikte. Individuelle Risikofaktoren sind geringe Bildung, genetische Prädisposition, Drogenkonsum, Übergewicht und chronische Erkrankungen. Auch Sexueller Missbrauch und Gewalterfahrungen stellen persönliche Risikofaktoren dar.

Internale Faktoren werden vor allem durch die persönliche Resilienz und Vulnerabilität bestimmt, also durch die Fähigkeit mit (negativen) Gedanken und Gefühlen umzugehen. Weltweit leben 13% der Bevölkerung mit mental disorders. Mental Illness beeinträchtigt auch die körperliche Gesundheit. So sterben Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen 10-20 Jahre früher und Selbstmord ist die führende Todesursache bei 15-29 Jährigen. Mental Health wird an dem Punkt zu Global Mental Health, wenn 73% der weltweiten Selbstmorde in low- and middle income countries stattfinden.

Ein Beispiel für eine weltweite Mental Health Belastung war die Covid-19 Pandemie. Es konnte ein Anstieg von Depression/Anxiety um 25% festgestellt werden. Gründe dafür waren v.a. soziale Isolation, Angst vor Ansteckung, finanzielle Sorgen und Trauer um Angehörige. Verschärft wurde die Situation durch fehlenden Zugang zu mental health support. Betroffen waren meist sowieso schon benachteiligte Personengruppen: Menschen mit bereits bestehenden Erkrankungen, sozio-ökonomisch benachteiligte Menschen, junge Frauen und ethnische Minderheiten. Dadurch wurden bestehende Ungleichheiten verstärkt, aber auch die Wichtigkeit von psychischer Gesundheit aufgezeigt.

Obwohl psychische Gesundheit weltweit unter den Top 10 Ursachen für Gesundheitsschäden ist, werden nur 2% der weltweiten Gesundheitsausgaben für mental health ausgegeben. Der Mental Health Action Plan möchte dieser Ressourcenlücke durch nationale Entwicklung von Präventionsprogrammen entgegenwirken. Beispiele hierfür sind das „Friendship Bench Project“ aus Zimbabwe, in dem Großmütter mit depressiven jungen Menschen reden oder „Home Again“ aus Indien, das obdachlosen Frauen mit Mental Disorders ein Zuhause bietet. Stand 2022 haben ca. die Hälfte der Länder das Ziel der Entwicklung von 2 Präventionsprogrammen erfüllt. Im Kurs haben wir uns jedoch gefragt, ob diese nationalen Programme wirklich der Global Burden of Mental Disease entgegenwirken können. Sinnvoller erschien uns ein höheres Budget für mental illnesses, um qualifizierte Unterstützung anbieten zu können. Wir waren uns einig, dass Global Mental Health angesichts der steigenden Anzahl von Klimakatastrophen und bewaffneten Konflikten zukünftig ein immer wichtigeres Thema wird. 20% der von Naturkatastrophen betroffenen Menschen haben eine psychische Störung, aber nur ein sehr geringer Anteil dieser Menschen erhält diesbezüglich Unterstützung. Wichtige Ziele für die Promotion von mental Health sind die Aufklärung zum Abbau von Stigmata, Finanzierung der Behandlung und Forschung und Unterstützung der psychischen Gesundheit in humanitären Notsituationen. Helfen können dabei KI und Telemedizin in ressourcenarmen Gebieten und eine community-based care für eine verbesserte Zugänglichkeit.

Tag 3 - Besuch UNAIDS in Genf (02.10.2024)

Nachdem wir über Nacht mit dem Zug von Köln nach Genf gefahren waren, checkten wir alle in unserer Unterkunft ein, bevor wir mit UNAIDS noch unsere erste Organisation in Genf

besuchten. UNAIDS ist ein UN-Programm zur gemeinsamen Bekämpfung von AIDS, die - wie wir in einem Vortrag erfuhren - vor allem verschiedene Akteure zusammenbringen, Geld mobilisieren und die Forschung vorantreiben möchte. Im Rahmen der SDGs soll die Zahl an AIDS-Erkrankten von 2010 bis 2030 um 90% sinken. Außerdem gibt es das 95-95-95-Ziel, das besagt, dass 95% der Erkrankten diagnostiziert sein sollen, davon wiederum 95% eine Therapie erhalten sollen und von diesen 95% eine ausreichend unterdrückte Viruslast haben sollen. Bisher hätten bereits eine verbesserte Kindersterblichkeit und ein Rückgang der Erkrankten um etwa 40% seit 2010 erreicht werden können.

Tag 4 - Besuch WHO in Genf (03.10.2024)



Introduction to the WHO & the Management of Health Emergencies

Dr. Margaret Harris, a public health doctor and WHO spokesperson, works in the organisation's communications department. She was the first lecturer of our day at WHO headquarters in Geneva, providing an overview of its structure and principles.

She explained that the WHO is governed by the World Health Assembly, which is composed of the 194 member states and some non-state members, f.e. Taiwan, Palestine) who due to their membership status have no voting rights. Decisions are made through votes by member state representatives, who act in their state's interests. She underlined that at the annual World Health Assembly one gets to witness "diplomacy at its best", as public health is inherently political with member states often holding diverse interests and priorities. Sensitive and stigmatised issues, like sexual health, add complexity to these discussions. Ideally, resolutions are reached by consensus, though formal votes also occur.

Dr. Harris used the COVID-19 pandemic as a recent example of these challenges, particularly debates over pharmaceutical patents and the need for faster compulsory licensing of vaccines. She noted that member states can create binding laws through treaties, such as the proposed pandemic accord. However, she acknowledged that the WHO fell short of its ideal of “achieving the highest possible level of health for all people” during the pandemic due to the global community’s failure to ensure equitable vaccine distribution.

The WHO’s core activities to improve global health and well-being involves mostly technical work, creating international guidelines, norms and standards, such as the International Classification of Diseases (ICD). It also plays a key role in coordinating global responses to medical emergencies.

The WHO's emergency information team monitors global data sources—government reports, social media, and rumours—to detect early signs of emerging threats. Each day, the team identifies several issues that might require global attention and are further investigated. While affected member states are required to notify the WHO of new pathogens within 24 hours, they often prove to be in compliant. For instance, it was this emergency information team that identified the COVID-19 outbreak through monitoring, as China had not reported it. Once aware of the threat, the WHO reached out to the member representative of the country, then the infectious diseases specialist in the country office and to the ministry of health to encourage voluntary disclosure. As maintaining trust and respecting sovereignty is essential for long-term collaboration between the WHO and member states, this allows the states to inform the world themselves about the health threat without “losing face”.

Vaccine Hesitancy

Presented by Jun Ryan Orbina

Global vaccination efforts face numerous challenges, including limited access, high costs, misinformation, fear of side effects, and distrust in healthcare systems. Hesitancy, which means being unsure or conflicted about vaccination, isn’t necessarily about being uninformed. On the contrary, Orbina stressed that there are many real-life reasons behind low vaccine uptake and not just a lack of education. Especially in low- and middle-income countries, practical issues play a big role. Inconvenient service hours, long waiting times, overcrowded clinics or religious beliefs can act as obstacles. Another key predictor of vaccine acceptance or vaccine hesitancy is the general trust in government. When people hold distrust in their authorities, they tend to rely more on „sources“ like social media or anecdotal evidence from friends and family.

Vaccination uptake is mainly driven by two domains: individual perceptions and emotions on the one side and social factors on the other side. People weigh the risk of the disease against their confidence in the vaccine: its safety and the trustworthiness of the healthcare system. This process is influenced by social norms, support from family, religious leaders or healthcare workers. However, even though motivation might have been established, the before mentioned practical barriers might still prevent people from accessing vaccines.

Hence, it is crucial to understand the actual core reason for the low vaccine uptake in the specific country of interest. Jun Ryan Orbina's role at WHO centers around this, as he is a researcher and co-author of guidelines. They apply tools from the social sciences to gain more knowledge, such as qualitative surveys. Depending on the reason for vaccine hesitancy, there are diverse options to intervene and increase vaccination uptake. To tackle motivational and knowledge-based skepticism, it can be helpful to employ information campaigns, dialogue-based interventions and one-to-one counselling. If vaccine hesitancy is more prominent in specific communities, it can be helpful to increase social engagement, using positive messages and having trusted figures from the community educate about and recommend vaccination. However, the biggest and quickest impact comes from fixing practical issues, like making vaccines affordable, improving access, and ensuring good service quality.

An effective approach has to combine multiple strategies tailored to the local context. The WHO's Behavioural and Social Drivers of Vaccination (BeSD) framework provides tools to identify barriers and develop targeted interventions. Their guides also help health workers and community leaders improve vaccination experiences and build trust. Improving vaccination rates isn't just about education—it's about understanding people's real-life challenges and creating solutions that work for them.

Antibiotic Resistance

Nach unserer Mittagspause in der sehr beeindruckenden WHO Cafeteria, hielt Benedikt Huttner, der Vorsitzende des "Essential medicines list team", einen Vortrag für uns über Antibiotika Resistenzen.

Unter Resistenz versteht man die Widerstandsfähigkeit von Mikroorganismen gegen Therapien. Im Englischen wird häufig von Antimicrobial Resistance (AMR) gesprochen, was außer Bakterien auch Pilze, Parasiten und Viren umfasst. In unserem Vortrag ging es aber ausschließlich um Antibiotikaresistenzen, also um Resistenzen bei Bakterien. Diese stellen ein universales Problem der Gesundheitsversorgung weltweit dar, weshalb es beispielsweise bei der UN-Generalversammlung in New York im September 2024 ein "high level meeting" zu Antibiotika Resistenzen gab.

Bereits im 19. Jahrhundert wurden die ersten antibiotischen Stoffe entdeckt, wie beispielsweise ein Arsen-basiertes Medikament gegen Syphilis von Paul Ehrlich oder das erste moderne Antibiotikum, ein Sulfonamid, auf das Gerhard Domagk 1931 stieß. Sehr bekannt ist auch die Entdeckung des Penicillins durch Alexander Flemming, welcher durch eine Verunreinigung seiner Bakterienkultur mit einem Schimmelpilz, dessen bakterizide Wirkung

erkannte. Das 1928 entdeckte Penicillin G wurde 1944 bei der Landung der Alliierten in der Normandie erstmals im großen Stil gegen sexuell übertragbare Krankheiten eingesetzt und verbreitete sich dank seines Erfolges von dort an schnell.

Natürliche Antibiotika werden also von Pilzen und auch von einigen Bakterien produziert. Diese Bakterien sind dann gegen die selbst produzierten Antibiotika von Natur aus resistent. Die Antibiotikaresistenz an sich ist also kein von Menschen gemachtes Problem, sondern ein natürliches Vorkommnis. Viele Antibiotika gibt es laut Wissenschaftler*innen, die anhand der Genvariabilität in Genen deren Alter errechnen können, schon seit Milliarden von Jahren. Genau so lange gibt es auch schon verschiedene Resistenz Mechanismen. Alle Bakterien ohne Zellwand besitzen beispielsweise eine natürliche Resistenz gegen Penicillin, da dieses an der Zellwand angreift.

Heutzutage entstehen ständig neue Resistenzmechanismen, weshalb in der Klinik häufig ein Antibiogramm, ein Test zur Resistenztestung der Bakterienkultur, angewendet werden muss, um ein wirksames Antibiotikum identifizieren zu können.

Die Zunahme in der Resistenzbildung ist unter anderem durch den Selektionsdruck, den vor allem empirische Antibiotika Therapien auf die Bakterien auswirken, bedingt. Eine empirische Antibiotikatherapie ist eine Behandlung, bei der der genaue Keim nicht bekannt ist und somit breit wirksame Antibiotika eingesetzt werden müssen. Dies veranlasst die genetisch sehr anpassungsfähigen Bakterien dazu, sich mit neuen Resistenzmechanismen zur Wehr zu setzen.

Es können zwar neue Antibiotika entwickelt werden, allerdings sind die Unterschiede zwischen menschlichen Zellen und Bakterien begrenzt, weshalb man aufpassen muss, dass neue Antibiotika nicht auch unsere Zellen angreifen. Sonst hätte man ein Chemotherapeutikum anstatt eines Antibiotikums hergestellt. Dies und andere Faktoren führen dazu, dass die Entwicklung neuer Substanzen nicht mit der Zunahme an Resistenzen mithalten kann, weshalb man andere Strategien benötigt, um die zunehmende Resistenzproblematik zu bekämpfen.

Hierzu gibt es drei Ansatzpunkte: Erstens müssen mehr Infektionen verhindert werden, um den Einsatz von Antibiotika zu minimieren. Dafür muss man beispielsweise die WASH-Problematik in LMICs und Krisengebieten angehen. Zweitens muss die Abgabe von Antibiotika, welche in vielen Ländern nicht verschreibungspflichtig ist, stärker reglementiert werden, um die Einnahme bei beispielsweise viralen Infekten zu verhindern. Zuletzt muss der Einsatz in der medizinischen Praxis zielgerichteter stattfinden, hierzu hat die WHO eine Guideline erstellt, in welcher Antibiotika in die Kategorien Access, Watch und Reserve eingeteilt wurden. Anhand dieser Einteilung werden Behandlungsempfehlungen gegeben, wobei die Access Antibiotika aufgrund ihres geringen Potentials zur Resistenzbildung am häufigsten eingesetzt werden sollten.

Abschließend wurde noch einmal betont, wie wichtig das Thema der WHO ist und dass sie sich als Ziel gesetzt hat, die Resistenz bedingte Mortalität um 10% zu senken. Dies ist aber nur möglich, wenn alle Menschen im medizinischen Bereich etwas zu diesem Ziel beitragen.

Prof. Dr. Andreas Reis, Co-Lead für Health Ethics & Governance bei der WHO, stellte zentrale Aspekte der globalen Gesundheitsethik vor. Diese Disziplin befasst sich mit ethischen Herausforderungen in der medizinischen Forschung, klinischen Praxis, öffentlichen Gesundheit und Governance. Ein Kernziel der WHO in diesem Bereich ist die Entwicklung von Leitlinien, um den internationalen Dialog zu fördern und einheitliche Standards zu etablieren.

Das Ethics Review Committee (ERC) spielt hierbei eine entscheidende Rolle. Es prüft alle von der WHO gesponserten Forschungsprojekte in monatlichen Sitzungen, um sicherzustellen, dass ethische Standards eingehalten werden. Derzeit wird das ERC extern evaluiert und arbeitet eng mit Ethikkommissionen weltweit zusammen. Zu den Schwerpunkten der letzten Jahre zählen Themen wie die Ethik bei vektorübertragenen Krankheiten, gerechter Zugang zu HIV-Behandlungen, ethische Begleitung der End-Tuberkulose-Strategie, ethische Fragen bei Krankheitsausbrüchen sowie öffentliche Gesundheitsüberwachung.

Ethische Herausforderungen während der COVID-19-Pandemie

Die COVID-19-Pandemie hat die Bedeutung ethischer Standards in Forschung und Interventionen unterstrichen. Die WHO erarbeitete Richtlinien für Forschungsethik während Gesundheitsnotlagen, etwa Vorgaben für die Schnellüberprüfung von Forschungsanträgen und Medikamenten sowie ethische Empfehlungen für digitale Tracking-Apps. Ähnliche Ansätze wurden während des Ebola- und Zika-Ausbruchs umgesetzt. Notfälle werfen schwierige ethische Fragen auf. Hier übernimmt die WHO eine Führungsrolle, um ethische Prinzipien in Governance- und Entscheidungsprozesse zu integrieren.

Training und Kapazitätsaufbau

Die WHO entwickelt kontinuierlich Schulungsressourcen, die sich auf ethische Fragestellungen zu Themen wie menschliche Genbearbeitung, künstliche Intelligenz und Big Data konzentrieren. Zudem wurde eine Ethik-Expertengruppe für das Management von Infodemie eingerichtet, um die Herausforderungen durch Informationsüberflutung in Krisenzeiten anzugehen. Künftige Leitlinien sollen auch Social Listening und Infodemie-Management abdecken.

Globale Zusammenarbeit und Vernetzung

Um die globale Vernetzung nationaler Ethikkommissionen zu fördern, organisiert die WHO den Global Summit of National Ethics Committees, der 2024 in San Marino und 2026 in Bangladesch stattfinden wird. Die UN-Inter-Agency Committee on Bioethics (UNIACB) unterstützt diese internationale Zusammenarbeit zusätzlich. Die Berücksichtigung ethischer Aspekte ist für die globale Gesundheitsarbeit essenziell. Die WHO spielt dabei eine zentrale Rolle, um ethische Standards zu definieren als Grundlage für ethische Entscheidungen, damit gesundheitliche Herausforderungen weltweit fair und nachhaltig bewältigt werden können.

Global Polio Eradication Initiative

Als letzter Tagespunkt bei der WHO stand das Polio-Ausrottungsprogramm, vorgestellt von Oliver Rosenbauer, dem Communications Officer der Global Polio Eradication Initiative der WHO, an.

Seit den 1950er Jahren gibt es Impfstoffe gegen das Poliovirus, mittels welcher die Erkrankung in HIC schnell ausgerottet werden konnte und somit eine der größten Ursachen für Lähmungen verschwand.

Da es in LMICs an den nötigen Mitteln für flächendeckende Impfkampagnen mangelte, begannen Rotary Clubs 1979 Gelder zu mobilisieren, um zunächst 600 Millionen Kinder auf den Philippinen zu impfen. 1988 wurde von Rotary International und der WHO die Global Polio Eradication Initiative ins Leben gerufen, die sich zum Ziel setzte, die Poliomyelitis bis zum Jahr 2000 auszurotten. Das heißt, dass über 3 Jahre keine Krankheitsfälle mehr auftreten und keine Viren im Abwasser nachweisbar sind.

Um einen Erreger ausrotten zu können, müssen verschiedene Kriterien erfüllt sein: Der Erreger darf keinen Host haben, die Infektionsperiode muss limitiert sein und es muss eine effektive Intervention, beispielsweise in Form einer Impfung, geben. Obwohl diese Kriterien bei Polio erfüllt sind und die Ausrottung eines Erregers bei den Pocken bereits einmal funktionierte, ist das Ziel heute, 24 Jahre nach dem ursprünglich angedachten Endpunkt, immer noch nicht erreicht.

Dies liegt unter anderem daran, dass bei dem ursprünglichen Ausrottungsplan politische Situationen nicht berücksichtigt wurden. So wird die Polio-Impfung in LMICs beispielsweise immer wieder als politisches Druckmittel benutzt, um als Bedingung Unterstützung für andere Projekte, wie den Ausbau der Infrastruktur, zu erhalten.

Momentan zirkuliert Polio endemisch nur noch in der Grenzregion zwischen Afghanistan und Pakistan. Diese Region ist aufgrund ihrer Infrastruktur und politischen Instabilität leider schwer zu erreichen, was die Kampagnen stark einschränkt. Seit der Machtübernahme der Taliban hat sich die Situation für die Impfkampagne in Afghanistan etwas gebessert, da die Taliban sich zuvor weigerten, mit der Initiative zusammenzuarbeiten, solange diese auch mit der Regierung kooperierte. Da jetzt das ganze Land den Taliban untersteht, ist eine Kooperation möglich, was Hoffnung für einen weiteren Fortschritt in der Polio-Ausrottung gibt.

Einen weiteren Ausbruch gibt es momentan im Gazastreifen, in dem die Impftrate vor den Eskalationen im Oktober 2023 noch sehr hoch war und auch jetzt noch 88% beträgt. Dies ist weit höher als beispielsweise in der Schweiz mit 70%. Um eine Transmissionskette zu unterbrechen, müssen aber alle Kinder durchgeimpft sein. Ein großes Problem der Impfkampagne stellt der aktive Krieg dar. Bisher wurde eine Feuerpause von 12 Tagen

gewährt, in der 600.000 Kinder geimpft werden konnten. Dies wird aber nicht ausreichen, vor allem nicht, wenn der Krieg noch weiter andauert. Ein weiteres Problem ist der Mangel an WASH (Water, Sanitation, Hygiene), wodurch Übertragungen verhindert werden könnten. Außerdem hat die bei akuten Ausbrüchen eingesetzte Schluckimpfung bei Proteinmangel und Diarrhoen eine eingeschränkte Wirksamkeit und kann bei immunsupprimierten Kindern derivieren, wieder aktiv werden und somit zu einem neuen Ausbruch führen.

Es gibt zwar noch einen inaktivierten Impfstoff, dieser reicht aber nicht aus, um Transmissionsketten zu unterbrechen und wird daher nur eingesetzt, um die Bevölkerung zu schützen, nachdem mit der Schluckimpfung der Ausbruch unter Kontrolle gebracht wurde.

Ob das Poliovirus in den nächsten Jahren ausgerottet werden kann, ist vor allem aufgrund politischer Schwierigkeiten fraglich. Laut einer Berechnung der Harvard Universität wird sich das Virus in dem Fall, dass es nicht ausgerottet werden kann, aber wieder zunehmend in der Welt verbreiten.

Der eingeschränkte Erfolg des Polio Ausrottungsprogramm führt dazu, dass zum Beispiel in der Diskussion über eine potentielle Masern Ausrottung heute auch politische Einflüsse in den Modellen berücksichtigt werden. Außerdem wird die durch die Global Polio Eradication Initiative aufgebaute Infrastruktur auch für die Detektion und Versorgung anderer Krankheiten genutzt. Somit können wir , auch falls die Polio-Ausrottung fehlschlagen würde, trotzdem von der Global Polio Eradication Initiative profitieren.

Tag 5 - Besuch ICRC, GAIN & Palais des Nations (04.10.2024)

ICRC

Den Freitag begannen wir mit dem Besuch des *International Committee of the Red Cross (ICRC)*. Hier lernten wir zunächst etwas über die allgemeinen Aufgaben und die Geschichte des Internationalen Roten Kreuzes, bevor es spezifischer um *Digital Health in Conflicts* ging.

Das Rote Kreuz wurde 1863 von Henry Dudant in Genf gegründet und wird als eine Reaktion auf die von ihm bei einer Schlacht beobachtete unzureichende Versorgung von Soldaten gesehen. Mit der Zeit wuchs das ICRC zu einer der größten internationalen Organisationen im Bereich der humanitären Hilfe heran. Seither beruft es sich auf sechs Leitprinzipien: Neutralität, Humanität, Unabhängigkeit, Freiwilligkeit, Einheit und Universalität. Dabei ist es sowohl auf internationaler Ebene als auch in nationalen Organisationsstrukturen (wie dem Deutschen Roten Kreuz) in den Bereichen der primären Gesundheitsversorgung, Erste Hilfeleistung, Krankenhausversorgung, Rehabilitation (z.B. Prosthetik), der Krankenversorgung von Gefangenen und psychischer Gesundheit aktiv.

Digital health sei in all diesen Bereichen von wachsender Bedeutung. So können digitale Hilfsmittel bei der Triage von Patient:innen assistieren, telemedizinische Sprechstunden mehr Patient:innen erreichen oder Medikamentenbestände und -ausgaben in Apotheken digital effizienter dokumentiert werden. Beispielhaft warfen wir einen Blick auf die Verwendung des ALMANACH in Nigeria und eines *Digital Center Management Systems*, das in Gaza angewandt wird.

Beim ALMANACH (*Algorithm for the Management of Childhood Illness*) werden geschulte Mitarbeiter des Gesundheitssystems mithilfe einer App durch ein Protokoll geführt, das systematisch Befunde (wie Fieber) von Kindern unter fünf Jahren erfasst und zu konkreten Diagnosen und Therapieempfehlungen zusammenführt. Erste Erfolge konnten schon verzeichnet werden. So sank etwa die Rate von verschriebenen Antibiotika in Nigeria von 78% in 2018 auf 30% im Jahr 2020, nachdem der ALMANACH vermehrt eingesetzt wurde (1). Durch Zusammenarbeit mit dem nigerianischen Gesundheitsministerium soll zudem die Nachhaltigkeit des Projekts garantiert werden und von einer zunächst lokalen Anwendung auf nationale Ebene ausgeweitet werden. Herausforderungen hierbei seien, wie auch in vielen anderen Projekten im Bereich *digital health*, dass oft ein Bezug zu digitalen Medien fehlt. Außerdem gäbe es teils sprachliche und kulturelle Barrieren. Ebenso müsse eine gewisse Infrastruktur vorhanden sein, sodass Zugangs- und Chancengleichheit nicht immer gegeben seien.

Ein weiteres Beispiel ist der Einsatz eines *Digital Center Management Systems* (DCMS) im *Artificial Limb and Polio Center* in Gaza. Hier werden Patient:innendaten wie Vorerkrankungen und Prothesengrößen miteinander verknüpft und gespeichert, was eine deutliche Effizienzsteigerung im Vergleich zum zuvor bestehenden analogen Vorgehen oder sogar Fehlen eines Dokumentationssystems bedeutet. Mit dem seit Oktober 2023 weiter eskalierten Konflikt mit Israel zeigte sich hier eine weitere Herausforderung von *digital health* in Konfliktgebieten. Und zwar wurde vielerorts die Hardware des DCMS bei Evakuierungen zurückgelassen, was einen großen Datenverlust bedeutete. Hieraufhin wurde eine neue SOP entwickelt, die die Mitnahme von Speicherboxen auch in Evakuierungssituationen vorsieht. Ebenfalls soll Hardware – auch im Hinblick auf Einsätze in durch den Klimawandel vermehrt vorkommenden Naturkatastrophen Gebieten – deutlich resistenter gestaltet werden.

Während und nach dem Vortrag kam es zusätzlich zu spannenden Diskussionen im Hinblick darauf, was Neutralität bei der Arbeit des ICRC eigentlich bedeutet. So unterscheide das ICRC sich z.B. von Ärzte ohne Grenzen dahingehend, dass es keine politischen Statements abgibt. Auch redet das Rote Kreuz grundsätzlich mit allen Seiten eines Konflikts, unabhängig davon, ob Terrororganisation oder gewählte Regierungen gerade die Kontrolle über ein Gebiet haben und bietet ihre Hilfe an. Soweit es der Organisation möglich ist, hilft sie dann der jeweiligen

Seite in dem Maß, wie Hilfe erwünscht ist. Auch wenn es nach außen zunächst wie einseitige Hilfeleistung wirken könnte, wenn eine Seite ggf. die Hilfe ablehnt und eine andere sie annimmt, sei dies somit nach dem Leitprinzip Neutralität vereinbar.

Auf die Finanzierung angesprochen, die ja schnell zu Abhängigkeiten führen könne und somit den Leitprinzipien von Unabhängigkeit und Neutralität widerspräche, lernten wir, dass das ICRC üblicherweise erst das Geld für etwaige Projekte investiert und diese dann quasi im Nachhinein den Geldgebern (etwa der Schweiz oder den USA) in Rechnung stellt. Aus dem Vorgehen ergibt sich allerdings auch, dass sich einzelne ICRC-Projekte nicht auf weitere Geldquellen bewerben dürfen, wie es bei anderen Organisationen durchaus üblich ist - selbst wenn sie für eigentlich genau passende Projekte ausgeschrieben sind, was durchaus ein Problem darstellen kann.

Ziel für die Zukunft von *digital health* beim ICRC sei, die einzelnen bereits genutzten Anwendungen besser zu verknüpfen. Außerdem sollte mehr unter den einzelnen Unterorganisationen zusammengearbeitet werden, sodass nicht zwei nationale Rot-Kreuz-Organisationen am gleichen Problem arbeiten, sondern bestehende Lösungen untereinander ausgetauscht werden.

Quellen außerhalb des Vortrags:

1. <https://articles.nigeriahealthwatch.com/almanach-revolutionising-the-management-of-childhood-illnesses-in-adamawa-state/> (abgerufen 16.11.24)

GAIN

Die *Global Alliance for Improved Nutrition* (GAIN) ist eine durch eine UN-Versammlung gegründete, aber nicht direkt zur UN gehörige Organisation, die eine Verbesserung der Welternährungssituation zum Ziel hat. Dazu arbeitet sie in mehreren Projekten mit UN-Organisationen wie UNICEF, aber auch NGOs, Landesregierungen und Stiftungen wie der *Bill & Melinda Gates Foundation* zusammen. Ernährung sei ein wesentlicher Bestandteil der globalen Gesundheit. Etwa die Hälfte der Weltbevölkerung ist von Fehlernährung (Über- und Unterernährung) betroffen. Zudem seien sieben der zehn weltweit tödlichsten Erkrankungen mit Ernährung assoziiert. Im *Centre d'Accueil Genève Internationale* wurden uns in schönem Ambiente zwei der Themenbereiche und Projekte von GAIN konkreter vorgestellt.



Im Vortrag lernten wir, dass das Problem der Verbesserung der Ernährung auf globaler Ebene schon bei der Datengrundlage beginnt. Wie ernähren sich die Menschen in Bangladesh? Wie in den USA? Wie ist es auf dem Land? Wie in der Stadt? Gerade wenn man bedenkt, dass es sich um eine zweiseitige Schieflage mit sowohl Über- als auch Unterernährung handelt, bedarf es regional unterschiedlicher Lösungsansätze. Das *Global Diet Quality Project* soll helfen, hier einerseits die nötigen Daten zu sammeln und andererseits anderen Institutionen wie etwa Landesregierungen zu zeigen, wie einfach eine vernünftige Datenerhebung auch durch sie selbst möglich ist. Mithilfe der Daten ließe sich dann beispielsweise ableiten, ob die WHO-Empfehlungen für stillende Frauen erfüllt werden oder vermehrt ernährungsbedingte Risiken für die Entstehung von NCDs vorliegen.

Dazu werden mit standardisierten Fragebögen repräsentativ Menschen in verschiedenen Ländern zu ihrer Ernährung befragt. Die Fragebögen sind dabei so aufgebaut, dass bestimmte Ernährungskategorien anhand von ländertypischen Nahrungsmitteln abgefragt werden (z.B. Kohlenhydratquellen). In einem Land wird für eine typische Kohlenhydratquelle z.B. eher nach Kartoffeln in anderen Regionen eher nach Reis gefragt.

Insgesamt entsteht so dann eine Datengrundlage, die Schlüsse auf die Ernährungssituation der Bevölkerung zulässt. Für Rückschlüsse der Ernährung auf Individualebene sind die Daten allerdings ungeeignet. Da die Umfragen i.d.R. nicht längsverlaufend gemacht werden, können lokale Feierlichkeiten und Saisonalität für Limitationen der Daten sorgen. Eine Ausnahme stellt beispielsweise Ruanda dar, wo für zwei Jahre lang alle zwei Wochen Fragebögen ausgefüllt wurden, um auch einen Längsverlauf abbilden zu können.

Mittlerweile sind etwa 85% der Weltbevölkerung abgedeckt (93 Länder). Interessanterweise sei es schwieriger, Finanzierungsquellen für die Datenerhebung in europäischen Ländern zu bekommen, als in vielen LMICs. Unter <https://www.dietquality.org/countries> sind die bisherigen Daten einsehbar. Auswertungen haben bereits neben länderspezifischen Unterschieden auch Differenzen zwischen ländlichen und urbanen Regionen gezeigt, sowie teilweise auch geschlechtsspezifische Unterschiede. Ebenfalls konnten auch Defizite bei der Ernährung in High-Income Countries wie den USA gezeigt werden, in denen über 50% der Bevölkerung nicht alle essentiellen Nahrungsgruppen abgedeckt haben.

Im zweiten Teil des Vortrags ging es dann um die Minderversorgung mit Mikronährstoffen, die wiederum über die Hälfte der Weltbevölkerung umfasst. Das Stärkerwerden von pflanzen-basierten Ernährungsformen auch im Rahmen von *planetary health* könnte dieses Problem ggf. verstärken, da viele Mikronährstoffe, v.a. in tierischen Produkten besonders angereichert und biologisch leicht zugänglich vorkommen. Weitere Probleme seien, dass durch Klimawandel und Massenproduktion von Nutzpflanzen, diese zusätzlich an Mikronährstoffen verlieren. Man müsse letztendlich einen Grad finden zwischen der Abdeckung der Nährstoffe für die Bevölkerung einerseits und den planetären Auswirkungen der Nahrungsmittelherstellung andererseits. Außerdem seien erneut v.a. Frauen und LMIC von dem Nährstoffmangel gefährdet. In der anschließenden Diskussion sprachen wir u.a. noch über Gentechnik als einen möglichen Lösungsansatz.

Palais des Nations Tour

Als letzter offizieller Programmpunkt stand dann noch eine Führung durch den Palais des Nations an. Hier wurden wir über das Gelände geführt, das seit 1933 als Sitz des Völkerbundes diente und heutzutage neben New York City Sitz der UN ist, in dem jährlich mehrere große Versammlungen stattfinden. Im *Library*-Trakt des Gebäudekomplexes konnten wir einen Blick in das UN-Museum werfen. Hier waren spannende Exponate wie die Friedensnobelpreis-Medaillen, die an UN-Organisationen verliehen wurden zu sehen oder auch die Ein- und Austrittserklärungen Deutschlands in und aus dem Völkerbund nach dem Ersten und vor dem Zweiten Weltkrieg. Die Führung endete mit der Besichtigung des großen Sitzungssaals, in dem noch die letzten Minuten der Versammlung des *Human Rights Committees* zu sehen waren. Insgesamt war es noch einmal ein interessanter Blick über die globale Gesundheit hinaus hin zu globaler Zusammenarbeit im Allgemeinen.

Danksagung

Am Ende möchten wir uns noch einmal besonders bei Veronika Jäger, Antonia Bartz und Patrick Rebacz für die tolle Organisation der Exkursion und die Auswahl von wirklich vielfältigen und spannenden Organisationen bedanken! Es hat uns allen großen Spaß gemacht und sicherlich auch das Verständnis für die Bedeutung von Global Health auf vielseitigen Ebenen gestärkt.

Auch wollen wir uns bei den Referent*innen der Organisationen bedanken, die uns gute Einblicke in ihre Arbeit geben konnten. Ebenso gilt unser Dank dem DAAD und der Uni Münster, die im Rahmen des PROMOS-Programms die Exkursion finanziell unterstützt haben.