

Global Health

Wahlfach der Universitäten Witten/Herdecke und Münster mit
einer Exkursion nach Genf

29. September bis 03. Oktober 2025



Universität
Münster



medizinische
fakultät
Universität Münster

Inhaltsverzeichnis

Tag 1: Einführung in Münster	3
1.1 Einführung in Global Health	3
1.2 Vorstellung von GLOHRA	6
1.3 State of Health Globally.....	6
1.4 Migration and Health	7
1.5 Climate Change and Health.....	8
1.6 Decolonising Gloabal Health	9
Tag 2: Big Players, NGOs und One Health	11
2.1 Organisationen und Big Players	11
2.2 Global Mental Health	13
2.3 Vorstellung der German Doctors	15
2.4 Die GLZ als Akteur der Globalen Gesundheit – Einblicke der Arbeit im In- und Ausland.....	17
2.5 Gender, Maternal and Child Health	19
2.6 One Health – Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt im Zusammenhang	21
Tag 3: UNHCR in Genf.....	23
Tag 4: WHO in Genf	26
4.1 Einführung in die WHO – Shagun Khare.....	26
4.2 Vaccine Hesitancy – Jun Orbina	26
4.3 Anti-microbial-resistance – Benedikt Huttner.....	28
4.4 Polio Eradication – Oliver Rosenbauer	29
4.5 Sexual and Reproductive Health and Rights – Venkatram Chandra-Mouli	30
4.6 Working for an International Organisation: Career session – Hans Willmann.....	31
Tag 5: FIND, ICRC und Palais de Nations	32
5.1 FIND.....	32
5.2 ICRC	34
5.3 Palais de Nations	35
Danksagungen	37
Anmerkungen.....	37

Tag 1: Einführung in Münster

1.1 Einführung in Global Health

Inhaltlich begonnen wurde die Woche mit einer Diskussionsrunde zu den Begrifflichkeiten Health, Public Health, Global Health und Planetary Health.

Die WHO definiert Gesundheit als „state of complete physical, mental, and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“ (WHO, 1948). Es wurde also bereits Augenmerk auf ein ganzheitliches Wohlbefinden und nicht lediglich die Abwesenheit von Krankheit gelegt.

Vierzig Jahre später definierte die WHO dann auch den Begriff *Public Health* als „art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society“ (WHO, 1988). Es wurde also die Wichtigkeit öffentlicher Systeme für die Prävention von Krankheiten und Gesundheitsförderung sowie Verbesserung bereits bestehender medizinischer Systeme hervorgehoben.

Während sich *Public Health* auf lokale bzw. nationale Angelegenheiten beschränkt, umfasst *Global Health* hingegen transnationale Themen, wie bspw. Pandemien, Mangelernährung, Migration und Klimawandel. Definiert wurde der Begriff *Global Health* als „area of study, research and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide“ (Koplan et al, 2009) und als „collaborative trans-national research and action for promoting health for all, emphasising the critical need for collaboration“ (Beaglehole and Bonita). *Global Health* soll demnach grenzüberschreitend auf globale Schwierigkeiten reagieren und so die Gesundheit für alle Menschen verbessern. Als weiterer, etwas in den Hintergrund gerückter, Begriff lässt sich *International Health* abgrenzen, welcher vor allem durch Entwicklungszusammenarbeit geprägt wurde und vor allem auf Hilfe für LMICs abzielt.

Planetary Health erweitert den Fokus: Sie beschreibt die Gesundheit menschlicher Zivilisationen in Abhängigkeit von den natürlichen Systemen der Erde (The Rockefeller Foundation–Lancet Commission, 2015). Bspw. könnten verschiedene Wetterbedingungen unterschiedliche Auswirkungen auf das Herz-Kreislauf-System haben, vor allem der Klimawandel spielt in diesem Ansatz eine große Rolle.

Nach Klärung der Begrifflichkeiten stellten wir uns die Frage, welche Akteure in Global Health involviert sind: Neben großen Organisationen wie der WHO, diversen NGOs, den Vereinten Nationen, ÄrztInnen und PolitikerInnen sind dies auch diverse WissenschaftlerInnen, die nicht direkt zum Gesundheitspersonal gehören.

Historisch entwickelte sich der Begriff Global Health folgendermaßen: **Global Health 1.0** nannte sich Tropenmedizin und setzte den Fokus auf den Schutz europäischer Kolonialbeamter im Ausland. **Global Health 2.0** entspricht der Internationalen Gesundheit, wobei Akteure aus HIC den LMICs helfen. **Global Health 3.0**, auch

heutzutage noch hauptsächlich manifestiert, beschreibt Forschung von HICs in LMICs. **Global Health 4.0** gewinnt zunehmend an Bedeutung und zielt ab auf Kooperation und lokaler Führung: Forschende und Gesundheitsfachkräfte aus LMICs sollen führende Rollen übernehmen.

Wegweisende Initiative für den Ansatz von Global Health war die Alma-Ata (1978). Die Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung definierte Gesundheit als grundlegendes Menschenrecht. Zentrale Punkte waren: „Health for all“ als globales Ziel, Beteiligung der Bevölkerung an Planung und Umsetzung von Gesundheitsstrategien, Verantwortung der Regierungen für die Gesundheit ihrer Bürgerinnen und Bürger sowie die Stärkung der primären Gesundheitsversorgung als Basis nachhaltiger Entwicklung.

In Gruppenarbeit wurden die ab dem Jahr 2000 entwickelten MDGs und SDGs näher betrachtet.

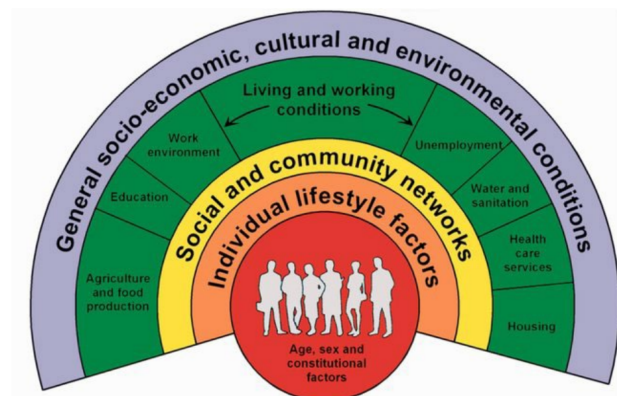
Die **Millennium Development Goals** (MDGs, 2000–2015) wurden im Jahr 2000 von den Vereinten Nationen verabschiedet, um Armut, Hunger und Krankheiten weltweit zu bekämpfen. Sie bestanden aus 8 Zielen und 21 Unterzielen. Ihr Fokus lag stark auf den ärmsten Ländern und auf grundlegenden Entwicklungsbereichen – insbesondere Gesundheit, Bildung und Geschlechtergleichheit. Als zentrale Gesundheitsziele lassen sich Reduktion der Kindersterblichkeit (MDG 4), Verbesserung der Müttergesundheit (MDG 5) und die Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten (MDG 6) nennen. Erfolgreich beobachtet wurde bereits eine deutliche Senkung der Kinder- und Müttersterblichkeit, starker Rückgang bei HIV-Infektionen, Malaria- und Tuberkulosefällen sowie die Mobilisierung internationaler Finanzmittel und politischer Aufmerksamkeit für globale Gesundheit. Kritisiert wird eine zu enge Fokussierung auf einzelne Krankheiten statt auf Gesundheitssysteme, die Vernachlässigung nichtübertragbarer Krankheiten (z. B. Herz-Kreislauf, Krebs), zu geringe Beachtung der Ungleichheiten zwischen und innerhalb von Ländern sowie eine zu geringe Beteiligung der betroffenen Länder an der Zielformulierung.

Die **Sustainable Development Goals** (SDGs, 2015–2030) gelten als breiterer, integrierter Ansatz und entstanden 2015 als Nachfolgeagenda der MDGs. Die Agenda 2030 umfasst 17 Ziele mit 169 Unterzielen, die ökonomische, soziale und ökologische Nachhaltigkeit miteinander verbinden. Sie gelten für alle Länder – nicht nur für Entwicklungsländer – und betonen Nachhaltigkeit und globale Verantwortung. Ziel 3 („Gesundheit und Wohlergehen“) strebt ein gesundes Leben für alle Menschen an und umfasst nicht nur Infektionskrankheiten, sondern auch nichtübertragbare Krankheiten, mentale Gesundheit, Verkehrssicherheit, Umweltfaktoren und universelle Gesundheitsversorgung (UHC). Herausfordernd ist die Komplexität des Ansatzes sowie die Schwierigkeiten bei Messung, Finanzierung und globaler Koordination.

Sustainable Development Goals



Zur Klärung der Hauptursache gesundheitlicher Ungleichheiten zwischen und innerhalb von Ländern beschäftigten wir uns folgend mit **sozialen Determinanten**: laut WHO (2019) sind die Lebensbedingungen, in denen Menschen geboren werden, aufwachsen, arbeiten, leben und altern – geprägt durch politische, wirtschaftliche und gesellschaftliche Systeme. **Beispiele für Determinanten sind** Einkommen und Bildung, Geschlecht, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen, Wohnumfeld, Soziale Unterstützungssysteme und Zugang zu Gesundheitsdiensten. Gesundheitliche Ungleichheiten sind demnach **vermeidbar** und **sozial bedingt**. In dem Zusammenhang betrachteten wir auch den wichtigen Unterschied der Begriffe „**Equity**“ und „**Equality**“: „**Equity**“ bedeutet bedarfsgerechte Verteilung von Gesundheitschancen – im Gegensatz zu „**Equality**“, also reiner Gleichbehandlung.



Dahlgreen and Whitehead, 1991

Beispiele aktueller Herausforderungen sind die **doppelte Krankheitslast** (Infektions- und nichtübertragbare Krankheiten in LMICs), globale Gesundheitskrisen wie COVID-19, ungleich verteilte Ressourcen und Forschungskapazitäten sowie Klimawandel und Umweltzerstörung als Bedrohung für Planetary Health.

1.2 Vorstellung von GLOHRA

Die Global Health Research Association (GLOHRA), ein deutschlandweites Netzwerk zur Förderung interdisziplinärer Forschung im Bereich **Global Health** wurde uns von Torben Heinsohn vorgestellt.

Es wurde 2019 gegründet und wird vom **Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF)** unterstützt. Ziel der Allianz ist es, Forschende aus unterschiedlichen Disziplinen – Medizin, Sozial- und Naturwissenschaften, Politik, Wirtschaft und Umweltforschung – zu vernetzen, um globale Gesundheitsprobleme ganzheitlich zu untersuchen und nachhaltige Lösungen zu entwickeln. GLOHRA fördert:

- **Forschungsprojekte**, die internationale Partnerschaften aufbauen, besonders mit Ländern des Globalen Südens,
- **Wissenschaftlichen Austausch und Nachwuchsförderung**,
- **Politikberatung** durch evidenzbasierte Erkenntnisse für globale Gesundheitsstrategien.

Damit trägt GLOHRA wesentlich dazu bei, Deutschlands Rolle in der globalen Gesundheitsforschung zu stärken und Wissen in konkrete Maßnahmen für weltweite Gesundheit und Gerechtigkeit umzusetzen.

1.3 State of Health Globally

Global Health bezeichnet Lehre, Forschung und Praxis mit dem Ziel, **Gesundheit weltweit zu verbessern** und **Gesundheitsgerechtigkeit** über Ländergrenzen hinweg zu fördern (vgl. Koplan et al., 2009). Bei Betrachtung der globalen Gesundheitsentwicklung lässt sich erkennen, dass die **weltweite Lebenserwartung** seit 1950 stetig anstieg – von etwa **48 Jahren (1950)** auf rund **73 Jahre (2023/24)**. Auch der globale Gesundheitszustand verbesserte sich, jedoch **ungleicher** zwischen und innerhalb von Ländern.

Die Krankheitslast wird durch **DALYs (Disability-Adjusted Life Years)** gemessen, die sowohl verlorene Lebensjahre (YLL) als auch Jahre mit Krankheit oder Behinderung (YLD) erfassen. Im Jahr 2000 waren Infektionen (z. B. Atemwegsinfektionen, Durchfall, HIV/AIDS, Malaria) die Hauptursachen. Ab 2019 dominierten dann **nichtübertragbarer Krankheiten (NCDs)** wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Schlaganfall, Diabetes – Zeichen des **epidemiologischen Übergangs**.

Gesundheitsprobleme variieren stark nach Region: in LMICs dominieren **Infektionskrankheiten und Mangelernährung**. In HICs überwiegen **NCDs, Umweltbelastungen und Alterskrankheiten**. Auch **innerhalb einzelner Länder** bestehen deutliche **Gesundheitsdisparitäten**, abhängig von Einkommen, Bildung, Lebensbedingungen und sozialem Umfeld.

Soziale Determinanten bedingen sich dabei gegenseitig und erfordern **koordinierte, sektorübergreifende Maßnahmen**.

Durch neue Technologien wie **Künstliche Intelligenz (KI)** und **Telemedizin** entsteht neues Potenzial zur Effizienzsteigerung, besseren Diagnostik und Versorgung entlegener Regionen. Gleichzeitig entstehen neue ethische und datenschutzrechtliche Herausforderungen.

In der globalen Agenda besonders relevant ist SDG 3: „*Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages*“. Umsetzungsmöglichkeiten könnten Tabakkontrolle, Impfprogramme, Notfallvorsorge, Finanzierung und Personalaufbau im Gesundheitssystem sein.

1.4 Migration and Health

„Migration and Health“ beschäftigt sich mit den gesundheitlichen und sozialen Herausforderungen, die mit Migration und Flucht verbunden sind. Migration wird als längerfristige Verlagerung des Lebensmittelpunktes über eine Grenze hinweg definiert, während Flucht meist eine Reaktion auf lebensbedrohliche Umstände wie Krieg, Gewalt oder Verfolgung darstellt. Weltweit gibt es rund 304 Millionen Migrantinnen und Migranten, was etwa 3,7 Prozent der Weltbevölkerung entspricht. Besonders gefährlich sind die Fluchtrouten über das Mittelmeer, bei denen Menschen auf unsicheren Wegen, in überfüllten Booten und unter extremen Bedingungen reisen. Sie sind großen Gefahren wie Entführungen, sexueller Gewalt, Ausbeutung, mangelnder medizinischer Versorgung, unzureichender Ernährung und psychischem Stress ausgesetzt.

Nach ihrer Ankunft in Europa, etwa in Lagern wie Camp Kara Tepe 2, stoßen Migrantinnen und Migranten auf weitere Probleme: überfüllte Camps, begrenzten Zugang zu Gesundheitsversorgungen und rechtlichen Unsicherheiten. Die COVID-19-Pandemie verschärfte die Situation zusätzlich, da Infektionen in den Lagern schwer zu kontrollieren waren. Neben körperlichen Leiden stellen psychische Erkrankungen eine große Belastung dar. Viele Betroffene leiden an posttraumatischen Belastungsstörungen, Angststörungen, Depressionen oder Panikattacken als Folge der erlebten Traumata während der Flucht. Auch chronische Krankheiten wie Diabetes mellitus Typ II treten bei Migrantinnen und Migranten deutlich häufiger auf als bei der einheimischen Bevölkerung, was auf kulturelle, psychosoziale, strukturelle und umweltbedingte Faktoren zurückgeführt wird.

Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang dem **UNHCR** zu: Es sorgt für medizinische Versorgung, Impfungen, Traumabehandlung, hygienische Infrastruktur, Schwangerschaftsvorsorge und die Versorgung mit Medikamenten und nahrhaften Lebensmitteln in Notfallgebieten. Auch die Aufklärung über Krankheiten wie AIDS oder COVID-19 ist Teil der globalen Gesundheitsarbeit.

1.5 Climate Change and Health

Der Klimawandel bezeichnet langfristige Veränderungen von Klimafaktoren wie Temperatur, Wind und Niederschlag, die sowohl natürliche Ursachen (z. B. Sonnenaktivität, Vulkanausbrüche) als auch anthropogene Ursachen – vor allem den Ausstoß von Treibhausgasen – haben. Seit 1995 steigt die globale Temperatur um etwa 0,26 °C pro Dekade, bezogen auf das vorindustrielle Niveau. Laut WHO könnten zwischen 2030 und 2050 jährlich rund 250.000 Todesfälle auf die Folgen des Klimawandels zurückzuführen sein.

Die wichtigsten Treibhausgase entstehen durch Energieerzeugung, Verkehr, Landwirtschaft, Abholzung, Abfallwirtschaft und Industriegase. Die direkten gesundheitlichen Auswirkungen reichen von Hitzeschlägen, Herz-Kreislauf-Belastungen und Dehydrierung über Atemwegsprobleme bis hin zu Verletzungen durch extreme Wetterereignisse. Besonders gefährdet sind ältere Menschen, Kinder und Kranke. Hitze und Wasserknappheit erschweren zudem die Ernährungssicherheit und Hygiene, was zu sozialem Stress führen kann.

Indirekt trägt der Klimawandel zur Ausbreitung von Infektionskrankheiten bei. Vektorübertragene Krankheiten wie Malaria, Dengue, Zika oder FSME nehmen zu, da sich die Lebensräume von Mücken und anderen Überträgern ausweiten. Auch wasserbasierte Erkrankungen wie Cholera oder Typhus verbreiten sich durch veränderte Niederschlagsmuster und steigende Temperaturen. Bis 2050 könnte das Risiko für Hunger und Mangelernährung um 20 % steigen, da höhere CO₂-Konzentrationen die Nährstoffdichte (z. B. Eisen und Zink) von Getreide verringern und Dürren oder Überschwemmungen zu Ernteaussfällen führen können.

Darüber hinaus verschlechtern sich Luftqualität und psychische Gesundheit: Smog, Rauch und Schadstoffe fördern Atemwegserkrankungen, während Phänomene wie „Eco-Anxiety“ und Traumata nach Extremwetterereignissen zunehmen. Migration, wachsende Ungleichheit und eine Überlastung der Gesundheitssysteme werden zunehmen.

Zur Anpassung und Prävention sind nachhaltige Lebensweisen, klimaresiliente Infrastrukturen, personelle Aufstockung und Schulungen im Gesundheitswesen notwendig. Städte sollten durch Begrünung, Schattenplätze, Trinkwasserstationen und Hitzeschutzpläne widerstandsfähiger werden. Individuelle Maßnahmen – etwa Mückenschutz, Impfungen und hygienische Wasseraufbereitung – sowie internationale Kooperation sind essenziell, um die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels einzudämmen.

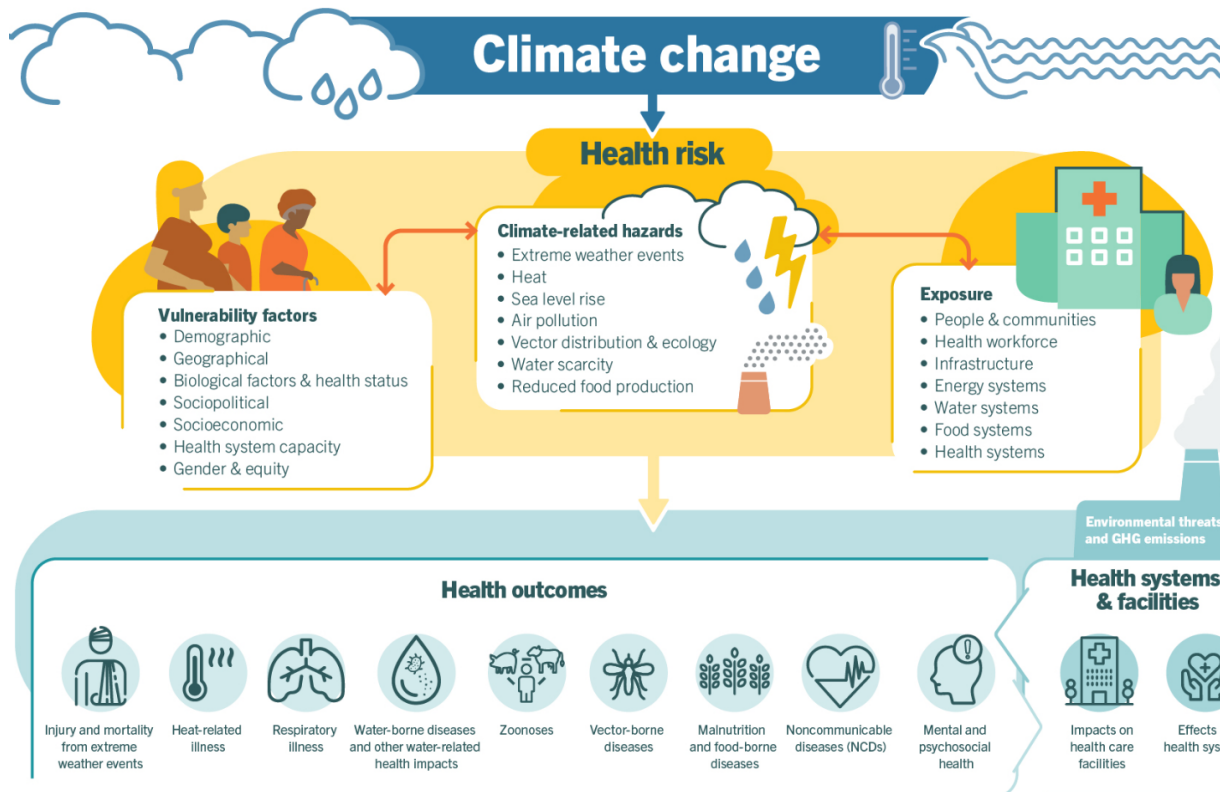


Schaubild 1: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>

1.6 Decolonising Global Health

Abschließend setzen wir uns mit dem Begriff „Decolonising Global Health“ auseinander und betrachteten kritisch die kolonialen Kontinuitäten in der globalen Gesundheitsforschung und -praxis. Bis heute sind viele Strukturen und Machtverhältnisse von kolonialen Denkmustern geprägt, passend dazu ist auch die vierphasige Entwicklung des Global Health Begriffs (s. o.).

Zentral ist die Kritik an sogenannten „**Parachute Research**“-Praktiken, bei denen Wissenschaftler aus dem globalen Norden kurzfristig in Partnerländer reisen, Daten sammeln und diese ohne substanzielle lokale Beteiligung veröffentlichen. Diese Form der Forschung verstärkt Ungleichheiten, da sie lokale Expertise ignoriert und wissenschaftlichen Nutzen ungleich verteilt. Ähnliche Kritik richtet sich gegen „Voluntourismus“ und das „White Saviour“-Phänomen: Gut gemeinte, kurzfristige Hilfsprojekte westlicher Freiwilliger können bestehende Abhängigkeiten zementieren und mehr Schaden als Nutzen anrichten.

Auch die globale Gesundheitspolitik ist ökonomisch ungleich. Die größten Geldgeber im globalen Gesundheitswesen sind Länder des globalen Nordens, vor allem die USA, Großbritannien, Frankreich, Deutschland und Japan, während der globale Süden meist Empfänger bleibt. Die ungleiche Verteilung von COVID-19-Impfstoffen ist ein weiteres Beispiel für strukturelle Ungleichheit in der globalen Gesundheitsversorgung.

Abschließend diskutierten wir im Rahmen einer Meinungsaufstellung einige Aussagen: „Ist es ethisch vertretbar, wenn Studierende aus reichen Ländern in ärmeren Ländern medizinisch arbeiten?“ Als positive Aspekte aufgeführt wurden hier die Förderung interkulturellen Lernens, Solidarität und kurzfristige Abmilderung personeller Engpässe im Gesundheitswesen. Andererseits wurden auch erhebliche ethische und strukturelle Probleme betont: Es besteht die Gefahr von Machtasymmetrien, da Studierende aus dem Globalen Norden häufig mit der impliziten Annahme, „helfen“ zu können, anreisen, obwohl sie oft weniger klinische Erfahrung haben als lokale Fachkräfte. Dadurch reproduzieren sie koloniale Muster, in denen westliches Wissen und Handeln über lokale Expertise gestellt wird. Daraus kann außerdem ein ungleiches Nutzenverhältnis resultieren, da die Besuche den Studierenden häufig zur persönlichen und beruflichen Bereicherung („Global Health Experience“) dienen, während der Nutzen für die lokale Bevölkerung begrenzt bleibt oder gar Risiken birgt – etwa durch mangelnde Qualifikation oder fehlende Kontinuität in der Versorgung. „Bringen kurzzeitige Global-Health-Einsätze mehr Schaden als Nutzen?“ Hier wurde mit ziemlicher Mehrheit die Meinung vertreten, dass jene Kurzeiteinsätze oft Machtungleichheiten verstärken, da Akteure aus dem Globalen Norden als „Helfer“ auftreten und lokales Wissen übergehen. Solche Einsätze sind meist nicht nachhaltig, dienen eher der Ausbildung der Teilnehmenden und können bestehende Strukturen schwächen. Im Sinne von *Decolonising Global Health* sollten Gesundheitsprojekte stattdessen **partnerschaftlich, langfristig und lokal geführt** sein.

Dekolonisierung von Global Health ist also kein rein theoretisches, sondern ein praktisches und ethisches Anliegen, welches **Gleichberechtigung, Machtverteilung, Diversität und strukturelle Gerechtigkeit** in den Mittelpunkt stellen muss.

Tag 2: Big Players, NGOs und One Health

Den zweiten Tag begannen wir mit einer Aufstellung, die Patrick Rebacz anleitete. Dabei wurde eine Altersspanne von 20 bis 31 Jahren ersichtlich, die Geburtsorte reichten von Münster bis nach Singapur und neben der klassischen Kombination aus Deutsch und Englisch offenbarte sich eine Vielsprachigkeit, die Sprachen wie Russisch, Japanisch, Französisch, Farsi, Swahili, Spanisch oder Türkisch einschlossen. Schnell war klar – ein bisschen Globalität steckte auch in unserem Seminarraum in Münster.

2.1 Organisationen und Big Players

Anschließend leiteten Veronika Jäger und Antonia Bartz in die Vielfalt der Global Players ein, die in Größe und Aufgabenbereichen eine weite Bandbreite abdecken. Dazu teilten wir uns in fünf Gruppen auf, beschäftigten uns mit den Strukturen, Zuständigkeiten, Finanzierungen und Herausforderungen einer Internationalen Organisation und kamen für die Präsentation wieder im Plenum zusammen.

Die erste Organisation waren die **United Nations (UN)**. Diese besteht aus 193 Mitgliedsstaaten. In der Generalversammlung diskutieren alle Mitgliedsstaaten Resolutionsentwürfe, das Sekretariat stellt das Verwaltungsorgan dar, der Sicherheitsrat besteht aus 15 Mitgliedsstaaten und ist für die Wahrung des Weltfriedens und der internationalen Sicherheit zuständig und der internationale Gerichtshof ist das Rechtssprechungsorgan der UN. Der Wirtschafts- und Sozialrat koordiniert funktionale, regionale und Sonderkommissionen. Unter letzteren ist die Weltgesundheitsorganisation WHO einzuordnen. Die Hauptorgane der WHO sind die Weltgesundheitsversammlung, der Exekutivrat und der Generalsekretär. Die Aufgaben der Organisation sind der Kampf gegen übertragbare Krankheiten, globale Impfprogramme, das Erheben und Analysieren von Daten und der Aufbau von Gesundheitssystemen. Ferner führt die WHO eine Modellliste unentbehrlicher Arzneimittel, verfasst den Weltgesundheitsbericht, leistet medizinische Hilfe in Notfallsituationen und reguliert über Leitlinien und Standards. Die Finanzierung der UN setzt sich aus freiwilligen Beitragsleistungen, Pflichtbeiträgen zum ordentlichen Haushalt und Pflicht-Beitragsumlagen zusammen. Die WHO verfügt über ein jährliches Volumen von 3,3 Mrd. US\$. Kritisch zu betrachten ist das historisch erwachsene Vetorecht, das einigen wenigen Ländern in den UN die Möglichkeit gibt, Entscheidungen grundlegend zu blockieren.

Die zweite vorgestellte Organisation war die **Weltbank**. Diese hat das Ziel, wirtschaftlich schwächere Länder in ihrer Entwicklung – ursprünglich nach dem zweiten Weltkrieg – zu unterstützen. Dazu investiert sie in verschiedene Projekte und arbeitet mit regionalen Entwicklungsbanken zusammen. Das meiste Geld geht von den Wohlstandsnationen aus, die ideologisch hauptsächlich an kapitalistische Wirtschaftssysteme gekoppelt sind. Damit einher geht auch eine ungleich verteilte Macht: So liegen allein bei den USA

60 % der Stimmrechte. Weitere Probleme sind Verschuldungen von Staaten, die meisten Kredite sind an Zinsen gekoppelt. Die Sprache ist von einer „Schuldenfalle im Kontext Neokolonialismus“. Entsprechend hart fällt das Fazit der Gruppe aus: Obgleich der Ansatz, allen Wohlstand ermöglichen zu wollen, lobenswert ist, geht es in der Praxis eher um den eigenen Profit und das Überstülpen des eigenen westlichen Wirtschaftssystems.

Weiter ging es mit **philanthropischen Organisationen**, die auf private Initiative hin durch den Einsatz freiwilligen Vermögens gemeinnützige Zwecke fördern, meist in Form einer Stiftung. Allen voran steht dabei die Gates-Foundation mit einem Kapital von 67 Mrd. €. Ihre Finanzierung beruht vor allem auf einer anfänglichen Großspende, die sich seitdem durch Kapitalanlagen und -erträge jährlich so vermehrt, dass pro Jahr 6 Mrd. € ausgegeben werden können. Wohin das Geld genau fließt, entscheidet ein kleines Komitee. Durch die unbürokratische Organisationsweise können zum Beispiel Impfprogramme einfach koordiniert und Forschungsprojekte direkt unterstützt werden. Tatsächlich sollten wir den Namen „Gates-Foundation“ die darauffolgenden Tage noch bei der ein oder anderen Internationalen Organisation hören. Ein Problem sahen die Präsentierenden dennoch in der Macht, die bei Einzelpersonen, etwa bei Bill Gates, liegt. Trotz des humanitären Ansatzes sind philanthropische Organisationen nicht demokratisch.

Die nächste Gruppe beschäftigte sich mit dem Wesen von **Nicht-Regierungs-Organisationen (NGOs) und Global Health Initiativen**. Diese vertreten transnationale politische, gesellschaftliche, soziale und ökonomische Ziele. Sie setzen Themenschwerpunkte in den Medien, vertreten politische Interessen und sind in konkreter Projektarbeit involviert. Einige Global Health Initiativen wie etwa Der Globale Fonds zur Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria, die Internationale Fazilität zum Kauf von Medikamenten (Unitaid) oder die Global Financing Facility legen ihren Fokus auf Fundraising für Global Health Initiativen. Die Organisation Ärzte ohne Grenzen (MSF) konzentriert sich auf die direkte Gesundheitsversorgung und auf das Aufdecken von Missständen. Sie ist föderativ und dezentral organisiert und verfügt über verschiedene Organisationszentren. Die finanziellen Mittel sind begrenzt, aber auch unabhängig und speisen sich aus privaten Spenden, Bußgeldern, Mitgliederbeiträgen und Erbschaften. Eine Stärke der Organisation ist das unabhängige, neutrale, flexible Arbeiten in enger Nähe zu betroffenen und der Einsatz fachlicher Expertise. Allerdings sind die Freiwilligen nicht langfristig vor Ort und der Ressourcenaufbau ist kurzfristig. Allgemein stehen sämtliche NGOs bei einem steigenden humanitären Bedarf vor medizinischen und logistischen Herausforderungen.

Zuletzt wurden die Rolle **akademischer Institutionen** im Kontext von Global Health ergründet. Einige Universitäten haben Institute für Global Health und bieten entsprechende Studiengänge an, etwa der Bachelor Global Health an der Hochschule Fulda. In Deutschland sind das Robert-Koch-Institut und die German Alliance for Global Health Research (GLOHRA) nennenswerte Einrichtungen. Forschungsanträge,

Finanzierungen, Kooperationen und Praxispartnerschaften gehen dabei unter anderem von Gesundheitsministerien, NGOs, Stiftungen und Berufsverbänden aus. Konkrete Arbeitsfelder umfassen Forschung, Ausbildung, Community Work, Innovationen und Advocacy. Eine Stärke ist die Autorität und die damit einhergehende Glaubwürdigkeit akademischer Institutionen. Forschungsergebnisse werden weitergeleitet an Regierungen und an die WHO. Die Finanzierungsgelder sind oftmals zweckgebunden. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung investiert jährlich um die 20 Mrd. € in Anträge von akademischen Institutionen, wovon auch Gelder in Forschung zu Global Health fließt und eine nachhaltige Finanzierung ermöglichen. Akademische Institutionen sind stark in Expertise und Evidenz, stehen aber auch vor Interessenkonflikten durch die Abhängigkeit von Forschungsmitteln.

In der abrundenden Diskussion im Plenum wurden die **Herausforderungen und Paradoxa der Global Player** noch einmal stark hervorgehoben: Verfolgen die reichsten Länder durch ihre Entscheidungsgewalt in Organisationen wie der World Bank nicht doch nur ihre eigenen Interessen? Ist es nicht absurd, dass in philanthropischen Organisationen wohlhabende Menschen ihr Geld für Länder einsetzen, wo die Rohstoffe herkommen, mit denen sie reich geworden sind? Sind in den akademischen Institutionen, die sich mit Global Health beschäftigen nicht subtile koloniale Strukturen zu finden? Und können sich die UN demokratisch nennen, wenn fünf Staaten ein Vetorecht haben?

Nichtsdestotrotz reflektierten wir auch unser kritisierendes Denken, wobei uns auffiel, dass wir dazu neigen, Stiftungen, die sich im Kern um positiven Wandel bemühen, für ihre Unvollkommenheiten kritisieren, obgleich große Companies aus anderen Bereichen wie etwa Google über enorme Summen Geld verfügen, wovon unseres Wissens nach kein signifikanter Teil in Global Health fließt. Unser Fazit: Das Feld der Global Health ist enorm breit, es gibt viele engagierte Organisationen und Initiativen, die zwar einige Grundannahmen und Strukturen überdenken sollten, aber dennoch bereits viel Hilfe geleistet und gewichtige Fortschritte angestoßen haben.

2.2 Global Mental Health

Laut den UN leidet jede zehnte Person an einer psychischen Erkrankung. Damit sind psychische Erkrankungen nach Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen die dritthäufigste Krankheitsursache. Dabei interagieren psychische Erkrankungen mit der körperlichen Gesundheit und sozialen Teilhabe. Im Schnitt senken sie die Lebenserwartung um zehn Jahre, die Lebensqualität ist meist erheblich vermindert. So gibt es etwa in Deutschland dreimal mehr Tote durch Suizid als durch einen Verkehrsunfall. Weltweit werden jährlich über 700.000 Suizide verzeichnet, wovon sich 75 % in Low- und Middle-Income Countries

(LAMICs) ereignen. Das ist unter anderem darauf zurückzuführen, dass Suizidprävention nicht priorisiert wird, die finanzielle Unterstützung mangelhaft ist und gravierende Probleme bei der Versorgung von Depressiven bestehen. So kommt im Schnitt ein*e Psychotherapeut*In auf 500.000 Einwohner*Innen.

Geschichtlich ist ein Aufschwung der Psychiatrie und Neurologie seit Ende des 19. Jahrhunderts zu verzeichnen. Allerdings waren diese Disziplinen in ihren Anfängen noch kolonialistisch geprägt. So bedurfte die Frage, ob psychiatrische Erkrankungen überhaupt universell sind, erst einmal Klärung. Erst seit den 1950ern fand man heraus, dass es Schizophrenie überall gibt.

Die globalen Behandlungslücken versuchen Organisationen wie die WHO durch Programme wie etwa das „Mental Health Gap Action Programme“ zu bekämpfen, welches seit 2008 Leitlinien für nicht-spezialisierte Gesundheitskräfte in der Primärversorgung erstellt. Das Ziel ist, bis 2030 die Suizide um 10 % zu senken. Aktuell arbeitet zudem die Organisation Movement for Global Mental Health im Bereich Vernetzung, während sich die Grand Challenges in Global Mental Health Initiative für die Entwicklung kostengünstigen Therapien einsetzt.

Ferner lassen sich globale Risikofaktoren für psychische Erkrankungen herausstellen, unter ihnen Diskriminierung, Armut und schlechte Arbeitsbedingungen, Pandemien, Kriege und Konflikte sowie der Klimawandel. Allein die Corona-Pandemie ging mit einem Anstieg von 50 Mio. Depressionen und 75 Mio. Angststörungen einher. Maßnahmen bei Pandemien sind frühe Hilfe, mehr Therapieplätze und neue Finanzierungsmöglichkeiten. Durch den Ukraine-Krieg sind 7,5 Mio. Kinder einem extremen psychischen Gesundheitsrisiko ausgesetzt. Hier setzt das WHO-Programm „Leave no one behind“ an, was einen erleichterten Zugang zu psychiatrischen Programmen für Geflüchtete fördert. Naturkatastrophen und langfristige Umweltveränderungen schüren Unsicherheit und Angst. Ironischerweise kommen 77 % der Studien, die sich mit dieser Problematik auseinandersetzen aus High-Income Countries, wobei Menschen aus LAMICs mehr betroffen sind. Das Schließen dieser Forschungslücke ist ebenso notwendig wie Resilienzförderung, Aufklärung und bessere Evaluierungsverfahren.

Anschließend an den Vortrag schloss sich eine Diskussion im Plenum, die Aspekte wie den Mangel an Erhebungen psychischer Erkrankungen in westafrikanischen Ländern betonte, die psychische Gesundheit in Blue Zones anriss und Möglichkeiten eruierte, wie man Fortschritt im Bereich Global Mental Health messen kann, etwa durch die Verfügbarkeit von Psychopharmaka.

2.3 Vorstellung der German Doctors

Vortrag von Selene Grube und Anja Bujak

Die German Doctors sind eine NGO mit Sitz in Bonn, die 1983 gegründet wurde. Sie ist international tätig und führt nur Projekte im Ausland. Der Ansatz ist ganzheitlich im Bereich Gesundheit, wobei sowohl Gesundheitsförderung als auch Krankheitsprävention Teil dessen sind. Die German Doctors unterstützen vulnerable Menschen, die einen unzureichenden Zugang zu Gesundheitsversorgung haben.

Die Vision der Organisation ist es, lokale Gesundheitsorganisationen nachhaltig zu stärken und aufzubauen. Lokale Partnerorganisationen – derzeit in Sierra Leone, Uganda, Kenia, Indien, Bangladesch, den Philippinen und im Mittelmeerraum – werden unterstützt, wobei man bemüht ist, Parallelstrukturen zu vermeiden. Dabei stellt Anja Bujak klar: „Im existierenden Machtgefälle ist die Arbeit auf Augenhöhe eine Illusion.“ Orientiert am Recht auf Gesundheit vermitteln die German Doctors Wissen über bestehende Zugänge und leisten Gesundheitsaufklärung. Auch direkte humanitäre Hilfe wird geleistet, neben den Ländern, in denen Partnerorganisationen ansässig sind (s.o.), gibt es auch humanitäre Programme in der Ukraine, Somalia und Syrien. Durch Aus- und Weiterbildung von Fachkräften, z.B. in Sierra Leone, soll ein nachhaltiger Beitrag für lokale Systeme geleistet werden. Direkte medizinische Versorgung wird durch Ärzt*innen-Einsätze gestellt, von denen allein im letzten Jahr 230 durchgeführt wurden. Zudem bestehen Programme zum Schutz vor Gender-based Violence. Konzeptionell orientieren sich die German Doctors am „Triple Nexus“, bei dem eine Arbeit in den Bereichen der humanitären Hilfe, nachhaltigen Entwicklung und Friedensbildung zusammenspielen. Die German Doctors konzentrieren sich derzeit allerdings nur auf die ersten beiden Bereiche. Selene Grube fasst zusammen: „Der Triple Nexus ist eine Wunschvorstellung, die es aktuell noch nicht gibt.“

Ein konkretes Beispiel aus der Arbeit der German Doctors sind die Kurzzeit-Ärzt*innen-Einsätze. Bei diesen werden freiwillige Ärzt*innen mit mindestens drei Jahren praktischer Berufserfahrung in einem der sechs Länder, in denen eine Kooperation mit den Partnerorganisationen besteht, für sechs Wochen eingesetzt. Neben harten Bedingungen wie Englischkenntnissen auf B2-Niveau, Tropentauglichkeit und einem maximalen Alter von 70 Jahren beim Ersteinsatz werden Auslandserfahrungen, eine Ausbildung in Tropenmedizin und Erfahrungen mit Entwicklungszusammenarbeit präferiert. Ein obligatorisches Vorbereitungsseminar leitet in die Arbeit vor Ort ein, die immer eingebunden in nationale Ärzt*innen-Teams erfolgt. In den nationalen Teams sind lokale Ärzt*innen durch Projektgelder finanziert permanent angestellt. Aus Projektsicht vorteilhafter als die Kurz-Einsätze sind Aufenthalte von drei bis sechs Monaten. Das Problem ist, dass es in Deutschland schwer mit den meisten Arbeitgeber*innen zu verhandeln ist. Daher wünscht sich Selene Grube ein „Anrecht auf internationalen Austausch im medizinischen Bereich“.

Das Vorgehen der Organisation beim Aufbau neuer Projekte beginnt mit einem Needs-Assessment im Land vor Ort, das sich mit der Frage beschäftigt, wo der nationale Bedarf am größten ist. Hier wird mit nationalen Beratern kooperiert. Im Anschluss erfolgt eine Ausschreibung, bei der sich nationale Organisationen für eine Kollaboration bewerben können und ein Programm ausarbeiten. Im Folgenden werden einige der Projekte vorgestellt:

In Bomani, Kenia, kooperieren die German Doctors seit 2021 mit kenianischen Partner-Organisationen und haben die Kapazitäten einer bereits bestehenden staatlichen Ambulanz mit einer Geburtsstation auf 165 Patient*innen pro Tag erweitert. Das Einzugsgebiet umfasst 15.000 Menschen. Außerdem werden drei weitere Ambulanzen unterstützt und Health Information Points bei Schulen und Kirchen betrieben, die sich auf Gesundheitsbewusstsein und Prävention konzentrieren. Bemerkenswert ist die starke Vernetzung mit dem kenianischen Staat und die enge Zusammenarbeit mit dem County-Government. Dabei ist das langfristige Ziel, dass der Staat die finanzielle Unterstützung schrittweise übernimmt. Fortschritte durch das Projekt sind ein starker Rückgang von HIV-Übertragungen von Müttern auf ihre Kinder, eine steigende Compliance bei chronischen Erkrankungen, ein Rückgang an Kinder-Mangelernährung und eine bessere Versorgung von Tuberkulose-Patient*innen. Studierende aus lokalen Universitäten sind in das Projekt eingebunden.

Neben der Finanzierung setzt German Doctors zwei deutsche Ärzt*innen vor Ort ein. Die Referentinnen wünschen sich für die Zukunft, dass deren Aufgabe mehr in der Ausbildung als in der Behandlung liegen solle. Dabei sei der Einsatz deutscher Ärzt*innen vor Ort auch keine Notwendigkeit – man könne genau so gut lokale Ärzt*innen einsetzen. Allerdings sei diese Form der Beteiligung traditionell gewachsen und letztendlich eine Frage der Finanzierung, da Ärzt*innen, die im Einsatz waren, oft zu Spendenden werden und eine Multiplikator*innen-Rolle in Deutschland einnehmen würden.

Das Jhargram Projekt in West-Bengalen, Indien, ist ein weiteres Flaggschiff der German Doctors. Eine mobile Klinik mit einem Arzt oder einer Ärztin aus Indien und zwei Ärzt*innen aus Deutschland versorgt ca. 50 Dörfer. Pro Tag werden ca. 170 Patient*innen behandelt, was allerdings durch lokale Bedingungen stark fluktuiert. Eine Zusammenarbeit mit Clinical Assistants, die Medikamente ausgeben, besteht. Das Projekt gründet sich auf einen ganzheitlichen Ansatz. Seit 2024 wird die reine Behandlung um die Ausbildungskomponente erweitert. Zudem spielen Aufklärung, Advocacy-Arbeit, Ernährung und „WASH“ (Water, Sanitation, Hygiene) eine Rolle. Zum Beispiel werden Schulgärten betrieben und Frühstück für Kinder bereitgestellt, die von zu Hause aus keins erhalten. Die Vorbereitungsseminare konzentrieren sich hier u.a. auf Kindersicherheit und kulturelle Sensibilisierung. Auf Rückfrage einer Studentin hin wird angemerkt, dass „White Saviourism“ nicht thematisiert wird. In einem Video, das am Ende des Vortrags gezeigt wurde, wird allerdings darauf aufmerksam gemacht, dass bei der Organisation

„Ärzte ohne Grenzen“ weißes medizinisches Personal in der Berichterstattung überrepräsentiert war, während die meisten Ärzt*innen, die für die Organisation arbeiten, aus dem Südsudan stammen.

Ein weiteres vorgestelltes Projekt der German Doctors ist ein Zugang zu sexueller, reproduktiver Gesundheit und Rechte (SRGR) im ländlichen Sierra Leone, gefördert durch das Bundesentwicklungsministerium. Das Projekt ist in drei Distrikten ansässig: in Bo, Bombali und Tonkolili. Dort gibt es einen mangelnden Zugang zu SRGR, was sich z.B. in einer hohen Kinder- und Müttersterblichkeit ausdrückt. Das Projekt zielt u.a. auf eine Prävention von weiblicher Genitalverstümmung ab. Dafür werden Multiplikator*innen eingesetzt, Lobby-Advocacy-Arbeit betrieben und sensibilisierende Fortbildungen angeboten.

Die humanitäre Hilfe der German Doctors bezieht sich auf die Bereiche Gesundheit, WASH und Ernährung. Momentan liegt ein starker Fokus auf der Ukraine. Dort ist mit 30 % der Bevölkerung aktuell auch der Bedarf an mentaler Gesundheitsversorgung besonders hoch. Die Standorte orientieren sich grundsätzlich an bereits zuvor etablierten lokalen Strukturen. Aus Sicherheitsgründen wird die humanitäre Hilfe ohne Ärzt*innen geleistet. Als Teil des „Bündnis Entwicklung Hilft“ erhalten die German Doctors Anteile der Spenden, die sie für humanitäre Projekte einsetzen.

In der abschließenden Diskussion im Plenum werden zwei aktuelle Herausforderungen im Bereich Global Health deutlich: Zum einen führen Spaltungen von Organisationen nach Streit oder Meinungsverschiedenheiten zu einer erschwerten Koordination. So kann es z.B. sein, dass bei der Seenotrettungen verschiedene Organisationen ihre Schiffe alle am selben Tag in die Wartung schicken, was bei einer Koordination nur weniger, zusammenarbeitenden Organisationen vermeidbar wäre. Zum anderen gestaltet sich die Finanzierung als sehr herausfordernd, nachdem nicht nur die USA als größter Geldgeber im Bereich Global Health die finanzielle Unterstützung radikal verringert haben, sondern auch Deutschland starke finanzielle Kürzungen gezogen hat.

2.4 Die GIZ als Akteur der Globalen Gesundheit – Einblicke der Arbeit im In- und Ausland

Vortrag von Maja Opuja und Madeleine Kalisch

Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) ist ein Dienstleister der internationalen Zusammenarbeit. 2024 beschäftigte die Organisation weltweit ca. 25.000 Mitarbeitende, von denen ca. zwei Drittel nationale Mitarbeitende und über 50 % Frauen sind. Die GIZ ist in 120 Ländern weltweit vertreten.

Die GIZ unterstützt die Bundesregierung Deutschlands im Erreichen ihrer internationalen Ziele in den Bereichen Landwirtschaft, Ernährung, Klima, Umweltschutz, Migration und Demokratie, wobei die Komponente Gesundheit sich durch all diese Bereiche zieht. Im

Inland steht die Politikberatung des Bundesentwicklungsministeriums hinsichtlich thematischer Ausrichtung und internationalen Verhandlungen im Vordergrund. Im Ausland führt die GIZ Projekte und Kooperationen für langfristige Entwicklung durch. Aus Nachhaltigkeitsgründen sind Projekte im Ausland auf eine Zeit limitiert, in der die GIZ finanzielle Unterstützung zusagen kann. Die Gesellschaft muss die Interessen der Regierung umsetzen und ist finanziell abhängig von ihr: Die GIZ operiert mit einem Geschäftsvolumen von ca. 4 Mrd. €, wobei das Bundesentwicklungsministerium die meisten Gelder zur Verfügung stellt.

Das „Sektorvorhaben One Health“ ist auf einem nachhaltigen Ansatz begründet, der Mensch, Tier und Umwelt zusammen betrachtet. Es wird angenommen, dass die Zusammenarbeit verschiedener Sektoren für eine „lebenswerte Zukunft“ von Bedeutung ist. Konkret geht es v.a. um antimikrobielle Resistenzen (AMR), vernachlässigte Tropenkrankheiten, Prävention von Epidemien und Pandemien, gesunde sowie nachhaltige Ernährung und die Anpassung an die Folgen des Klimawandels sowie des Diversitätsverlustes an die Gesundheit. Outputs des Vorhabens sind z.B. internationale Fonds zur Pandemieversorgung, globale Pandemieabkommen und Erfolge in der Bekämpfung von AMR oder von Neglected Tropical Diseases. Letztere sind beispielsweise stark an sozioökonomische Gegebenheiten gebunden und betreffen insbesondere vernachlässigte Menschen, d.h. insbesondere Frauen, Kinder und in Armut lebende Menschen. Die WHO hat eine Liste erstellt, auf der etwa Parasiten, Pilze oder Schlangenbisse geführt werden. Im Ansatz der One Health wird dabei teils bereits bei den Tieren angesetzt, indem z.B. Hunde gegen Tollwut geimpft werden um ein Übertragen von Tollwut auf den Menschen durch einen Biss vorzubeugen.

Die Pandemievorsorge hat insbesondere durch die Covid19-Pandemie einen deutlichen Aufschwung erfahren. Gerechtigkeit und Multilateralismus sind leitende Prinzipien in dem Bereich der Pandemievorsorge. Das Ziel ist es, nicht erst zu reagieren, wenn eine Pandemie entstanden ist, sondern durch Prävention weitere Pandemien zu verhindern. Denn die Wahrscheinlichkeit, dass in den nächsten 25 Jahren erneut eine Pandemie ausbricht, beträgt 50 %. Konkret engagiert sich die GIZ in der Governance, also der Zusammenarbeit mit Regierungen, der Finanzierung von Pandemievorsorge und der gleichberechtigten Impfstoffverteilung.

„SAVax – Vaccines for Africa“ ist ein Programm der GIZ, welches darauf abzielt den Mangel, dass Afrika weniger als ein Prozent des von ihm benötigten Impfstoffes produziert und von Importen abhängt, zu bekämpfen. Das geht mit den Zielen der AU einher, bis 2040 60 % der Impfstoffe lokal zu produzieren, wobei insbesondere Südafrika gute Voraussetzungen als ein Produktionsland bietet. Herausforderungen bestehen in der Umsetzung, den Regulierungen, Kapazitäten, Mangel an Marktanalysen und Investoren. SAVax setzt sich daher für eine Impf-Verteilung ein, trainiert Experten, wirkt in den Bereichen Regulation und Marktformung. Dabei stehen dem Projekt 30 Mio. € zur

Verfügung, die zu über zwei Dritteln von der GIZ und ansonsten von der EU finanziert werden. Zusammenarbeit besteht zwischen der Gesellschaft und politischen Partnern vor Ort wie z.B. Gesundheitsministerien.

Des Weiteren stützt sich die GIZ auf Innovationen, z.B. in der Forschung zu ionisierbaren Lipiden, und finanziert einen präklinischen Mpox-Impfstoff-Kandidaten. Sie fährt Strategien zur Bekämpfung von Impfskepsis und stellt COVID19-Impfungen direkt bereit.

In der anschließenden Plenumsdiskussion wurde noch auf die Themen „White Supremacy“ und langfristige Finanzierung eingegangen. Zudem wurde noch einmal klargestellt, dass das Bundesentwicklungsministerium keine wirtschaftlichen Interessen hat, sondern an internationale Abkommen gebunden ist. Zudem habe Deutschland aus Eigeninteresse ein politisches Interesse an der globalen Pandemievorsorge.

2.5 Gender, Maternal and Child Health

Seit dem Jahre 2000 sank die Müttersterblichkeit um 40 % und die Kindersterblichkeit um 50 %. Dieser Trend stagniert allerdings seit 2015 und es sind global weiterhin erhebliche Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung zu verzeichnen. Problematisch sind insbesondere „harmful practices“ wie Kinderehen und weibliche Genitalverstümmelung. Zudem sind schwangere Frauen unter 20 Jahren einem erhöhten Risiko für Fistelbildungen, Frühgeburten, Dammrissen und postpartalen Depressionen ausgesetzt. Lösungsansätze zielen auf Personal, Medikamente und Infrastrukturen zur Bewältigung von Notfällen ab, Gesundheitssysteme können durch Hebammen, ländliche Gesundheitszentren, eine Aufklärung der lokalen Bevölkerung und politische Maßnahmen gegen Diskriminierung gestärkt werden.

Ein weiterer defizitärer Bereich ist die Entscheidungsfreiheit über sexuelle und reproduktive Gesundheit. Ca. 260 Mio. Frauen hatten im Jahre 2023 keinen Zugang zu modernen Verhütungsformen. Eine von 15 Frauen stirbt im ländlichen Niger an geburtsbedingten Komplikationen. Auch Bildungsmangel wirkt sich auf die reproduktive Entscheidungsfreiheit aus. So gingen 2023 ca. 129 Mio. Mädchen nicht zur Schule und zwei Drittel der analphabetischen Weltbevölkerung sind Frauen. In manchen Regionen ist die Schulbildung von Mädchen allerdings als „Investition in die nächste Generation“ priorisiert. Außerdem sind Frauen wirtschaftlich benachteiligt: Global verdienen Frauen durchschnittlich 20 % weniger als Männer, in manchen Regionen durchschnittlich bis zu 50 % weniger. Dadurch, dass Frauen nur 26 % der Parlamentssitze einnehmen, werden die Gesetze zur reproduktiven Gesundheit oft von Männern entschieden.

Auch Jungen erfahren geschlechtsspezifische Gewalt: So erlebt einer von vier Jungen körperliche Bestrafungen oder Gewalt, einer von sechs Jungen sexuelle Gewalt vor dem 18. Lebensjahr. 90 % der Kindersoldaten sind Jungen. Auch Demütigungen durch von

toxischer Maskulinität geprägte Rollenbilder treten auf. Hier besteht eine erhebliche Gefahr für das Entwickeln chronischer Schmerzen, einer posttraumatischen Belastungsstörung oder eines Alkoholabusus. Das Suizid-Risiko steigt und durch die soziale Stigmatisierung wird ein Hilfesuchen vermieden. Zudem gehen auch global ca. 133 Mio. Jungen nicht zur Schule.

Wie anfangs erwähnt, ist die weibliche Genitalverstümmelung (FGM) eine schädliche Praxis. Es gibt im Gegensatz zur männlichen Beschneidung nie eine medizinische Indikation. Demnach verstößt das Durchführen einer FGM gegen die UN Menschenrechtscharta und gilt als geschlechtsspezifische Gewalt. Die Verstümmelung geht mit gravierenden körperlichen und psychischen Beschwerden einher wie z.B. Blutungen, Schmerzen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung. Man unterscheidet vier Formen der FGM: Die Klitoridektomie, die Exzision, die Infibulation und sonstige. Weltweit sind über 230 Mio. Frauen und Mädchen betroffen, jährlich kommen vier Millionen weitere hinzu. Insbesondere in Teilen Afrikas und Asiens ist die Genitalverstümmelung verbreitet. Durch Migration und Flucht leben aber auch in Deutschland über 100.000 Betroffene. Eine FGM qualifiziert eine weibliche Person in Deutschland zwar für einen Flüchtlingsstatus, allerdings liegt die Bringschuld bei der Betroffenen. Das heißt, sie muss die FGM schlüssig darlegen. Die Durchführung einer FGM ist historisch und kulturell erwachsen und ist motiviert durch wirtschaftlichen Druck, Schönheitsideale, der Kontrolle über das weibliche Geschlecht sowie die weibliche Lust und wird auch teils als religiöse Pflicht betrachtet. Allerdings distanzieren sich alle Weltreligionen von FGM. Dass durch eine FGM hygienische und gesundheitliche Vorteile einhergehen, ist ein Mythos.

Ein aufkommender Trend in Ländern wie Ägypten ist die Medikalisierung der FGM. Das heißt, dass die Verstümmelung von geschultem medizinischen Personal und nicht durch traditionelle Beschneider*innen durchgeführt wird. Das geht zwar mit weniger gesundheitlichen Folgen einher, verstößt aber gegen den ärztlichen Ethos des „Nicht-Schadens“.

UNICEF hat verschiedene Strategien zum Beenden der FGM vorgelegt, z.B. Girlsclubs. Therapien der FGM sind immer multimodal, bestehend aus einer konservativen oder chirurgischen Komponente im Sinne einer Defibulation oder Rekonstruktion und einer psychotherapeutischen sowie sexualmedizinischen Anbindung. Präventiv können sogenannte Schutzbriefe eingesetzt werden, die Mädchen und Frauen gegeben werden, die durch das Aufgreifen der strafrechtlichen Komponenten abschrecken sollen.

Im Plenum wurde anschließend zum Vortrag das Phänomen der Medikalisierung der FGM diskutiert. Festzuhalten ist, dass durch eine Medikalisierung einerseits eine bessere Hygiene bei der Durchführung gewährt wird und ein Ausgang für die Menstruation erhalten bleiben kann. Zudem könnte es einen kultursensiblen Ansatz in einer Übergangsphase hin zum vollständigen Unterlassen darstellen. Andererseits ändert auch eine Medikalisierung nichts daran, dass der Eingriff gegen den Willen der Betroffenen

durchgeführt wird und ein Gefühl der „Unvollständigkeit“ sich auch bei einer professionell durchgeführten FGM einstellen kann. Zudem legitimiert eine Medikalisierung den an sich schädlichen Eingriff und könnte eine vollständige Abwendung von der FGM verlangsamen oder verhindern.

2.6 One Health – Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt im Zusammenhang

One Health ist ein kollektiver, vereinender Ansatz, der versucht, die Gesundheit von Menschen, Tieren und dem Ökosystem nachhaltig ins Gleichgewicht zu bringen und zu optimieren. Damit ist das Modell zwischen Global Health und Planetary Health einzuordnen.

Die Relevanz des Ansatzes zeigt sich, wenn man sich vor Augen führt, dass 60 % der humanen Infektionskrankheiten von Wild-, Nutz- oder Haustieren stammen, dass die Abholzung des Regenwaldes neue Krankheiten fördert oder dass ein Landnutzungswandel die Hauptursache neuer Zoonosen ist. Daher ist One Health bestrebt, Zoonosen zu verhindern und zu kontrollieren, Antibiotika-Resistenzen zu bekämpfen und eine gesunde Umwelt zu fördern. Interdisziplinäre Zusammenarbeit ist dabei sehr wichtig.

Beispiele für konkrete Projekte sind z.B. das INFORBIO-Projekt des WWF, bei dem bis 2030 100.000 Hektar Wald im Kongobecken, das als Hotspot für Zoonosen gilt, geschützt werden soll. In Deutschland ist die One Health Region Vorpommern Vorreiter. Hier werden etwa interaktive Theaterprojekte oder Bodenuntersuchungen mit Schnelltesten für die Gesundheit eines Bodens durchgeführt. Das Helmholtz-Institut für One Health forscht interdisziplinär mit Feldstudien sowohl in Afrika als auch in Mecklenburg Vorpommern. Das Ziel besteht dabei in der Identifikation von Krankheitserregern, der Prävention von Pandemien und einer langfristigen Datensammlung. Feldforschung im Nationalpark der Elfenbeinküste arbeitet z.B. mit Abstrichen von Blättern, um die biologische Diversität zu kartieren.

Herausforderungen in dem Feld One Health sind interdisziplinäre Differenzen, mangelnde Ressourcen und Finanzierung sowie politische und gesellschaftliche Barrieren.

Chancen dagegen bestehen in der Entwicklung neuer Methoden für Diagnostik, die Nutzung von künstlicher Intelligenz zur Risikoeinschätzung, dem Schutz der Biodiversität und einer besseren Surveillance. Zudem eröffnen einheitliche Datenstandards, ein erhöhtes Bewusstsein in der Bevölkerung und einer Stärkung der globalen Solidarität neue Möglichkeiten.

Nach einem intensiven Seminartag traten wir dann am Abend von Köln aus die Reise nach Genf an.



Tag 3: UNHCR in Genf

Präsentiert von Michael Chiribau

Nach der Anreise mit dem Nachtzug und einem kurzen Stopp im Hostel trafen wir gegen Mittag Herrn Michael Chiribau, der uns im Namen von *Switzerland for UNHCR* empfing und eine Einführung in die Arbeit der Flüchtlingshilfe der UN gab.



Die direkte Basis der heutigen Organisation war die Genfer Flüchtlingskonvention von 1951, in der erstmalig der Begriff „Flüchtling“ (refugee) und seine Rechte und Pflichten sowie internationale Standards für seinen Schutz definiert wurden. Sie war eine Reaktion auf die Millionen von Flüchtlingen in Europa, die der zweite Weltkrieg mit sich brachte, und sollte zunächst nur für drei Jahre operieren. Nicht zuletzt wegen der massiven Flüchtlingsbewegungen in den Jahren der Dekolonialisierung wurde sie 1967 global ausgeweitet.

Heute unterscheidet man im UNHCR verschiedene Begriffe: Ein Flüchtling (**refugee**) ist eine Person, die „aus der begründeten Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will“. Solange dies nicht in einem Asylverfahren festgestellt wurde, werden die Menschen als Asylsuchende (**asylum seeker**) bezeichnet. 60% der weltweit vertriebenen Menschen sind jedoch sogenannte Binnenflüchtlinge (**IDP = internally displaced people**), die bei der Flucht keine Grenzen übertreten. Rückkehrer*innen (**returnees**) sind Flüchtlinge, die in ihr Herkunftsland zurückgekehrt sind, was durchschnittlich nach zwölf Jahren der Fall ist. Als letzte Menschengruppe unter dem Schutz des UNHCR sind Staatenlose (**stateless people**) zu nennen: Diese Menschen sind aus unterschiedlichsten Gründen in keinem Staat gemeldet – sei es durch Auflösungen/territoriale Änderungen von Staaten oder, weil sie selbst auf der Flucht geboren wurden. Besonders hier sind oft individuelle Lösungen gefragt – eine *one-size-fits-all solution* gibt es nicht!

Klar getrennt davon werden Migrant*innen (**migrants**): Im Unterschied zu Flüchtlingen geschieht hier die Ausreise aus dem Heimatland aus eigenem Antrieb, z.B. auf der Suche nach besseren Arbeits- oder Lebensbedingungen. In dem Kontext sprachen wir über die sog. Klimamigration (**climate migration**), deren Status noch unzureichend definiert ist: Obwohl die Entscheidung zum Verlassen der Heimat z.B. durch Umweltkatastrophen unfreiwillig geschieht, fallen diese Menschen momentan noch unter den Begriff der

Klimamigrant*innen und sind somit nicht durch die Genfer Flüchtlingskonvention geschützt.

Das UNHCR gibt drei fundamentale Prinzipien vor: **non-discrimination** (keine Diskriminierung aufgrund des Flüchtlingsstatus), **non-penalisation** (Immunität dafür, gegebenenfalls illegal Grenzen übertreten zu haben) und **non-refoulment** (keine erzwungene Rückkehr in das Herkunftsland, außer die Person ist aus schwerwiegenden Gründen als eine Gefahr für die Sicherheit eines Landes anzusehen, z.B. nach einem verurteilten Verbrechen).

Momentan kommen die meisten Flüchtlinge weltweit aus Venezuela (6,2 Mio), Syrien (6 Mio), Afghanistan (5,8 Mio) und der Ukraine (5,1 Mio). Der Großteil, 73%, kommen in low- und middle-income countries (LMICs) unter. Die Hilfe des UNHCR dabei kann je nach Situation ganz unterschiedlich aussehen, folgt jedoch vier wesentlichen Punkten:

1. Flüchtlingen internationalen Schutz gewähren
2. Langfristige Lösungen suchen
3. Nationale Regierungen unterstützen und beraten
4. Freiwillige Rückkehr zu erleichtern

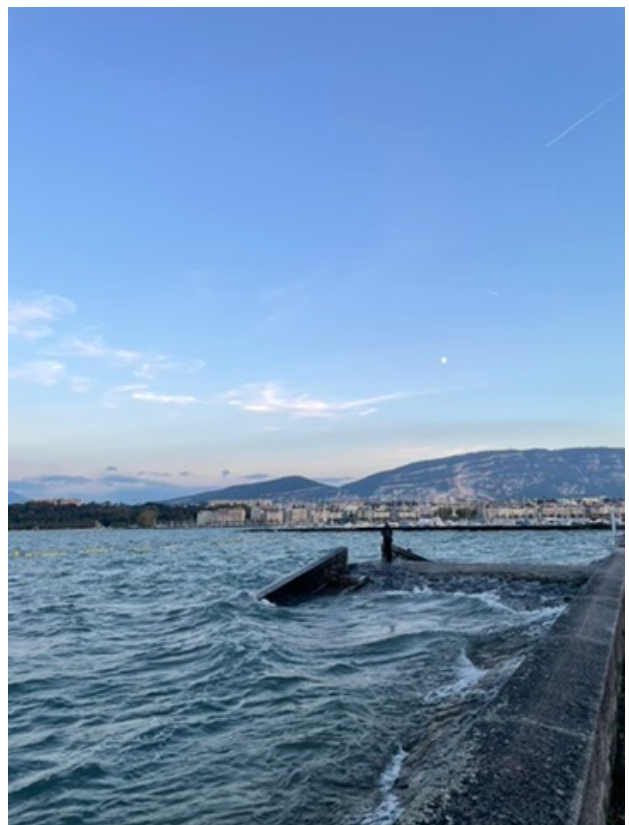
Kommt es auf der Welt zu einer neuen Krise, hat das UNHCR den Anspruch, innerhalb von 72h Hilfe vor Ort zu leisten. Am effektivsten ist es dabei, den Flüchtlingen Zugang zu Arbeit zu ermöglichen, da so beide Seiten profitieren: Die Menschen haben die Möglichkeit, eigenständig Geld zu verdienen und unterstützen gleichzeitig die Wirtschaft des gastgebenden Landes. Dementsprechend leben die meisten der internationalen Flüchtlinge in Städten; Flüchtlingscamps, wie man sie in den Medien häufig sieht, sind eigentlich nur die letzte Wahl.

Zum Ende hin kamen wir noch auf verschiedene Problematiken zu sprechen.

Ein Thema, das uns die ganze Woche verfolgte, war das des Vetorechts der fünf ständigen Mitglieder des Sicherheitsrats. Dadurch können viele Entscheidungen aufgrund von nationalen Interessen blockiert werden.

Auch ist die Finanzierung ein Problem: Durch neu aufgetretene Krisen steigen die Zahlen vertriebener Menschen. Die verfügbaren Mittel des UNHCR deckten allerdings 2024 das erste Mal weniger als die Hälfte des Bedarfs. Nur 1% wird direkt durch die UN finanziert, 83% durch direkte Spenden der Mitgliedsstaaten. Davon wiederum ist ein Großteil zweckgebunden, was die Flexibilität des UNHCR einschränkt.

Nicht zuletzt aufgrund der mitreißenden persönlichen Motivation unseres Redners war es ein spannender Auftakt in die Welt von Global Health in Genf.



Tag 4: WHO in Genf

Am zweiten Tag unseres Aufenthalts in Genf hatten wir die Möglichkeit, einen ganzen Tag an der WHO, der Weltgesundheitsorganisation, zu verbringen. Wir erhielten einen Einblick in ganz verschiedene Projekte und Aufgabenbereiche der WHO, die uns von verschiedenen Mitarbeitenden vorgestellt wurden.

4.1 Einführung in die WHO – Shagun Khare

Zunächst erhielten wir eine Einführung in die WHO von Shagun Khare, die im Bereich Health emergencies in der Kommunikation arbeitet, und konnten ihr unsere Fragen stellen. Der Bereich health emergencies beschäftigt sich mit Situationen, in denen die Gesundheit plötzlich beeinträchtigt ist, zum Beispiel durch einen Krankheitsausbruch, Krieg, Naturkatastrophen etc. Im Moment beschäftigen sich die Mitarbeitenden zum Beispiel mit dem Ebola-Ausbruch im Kongo und dem Krieg in Gaza.

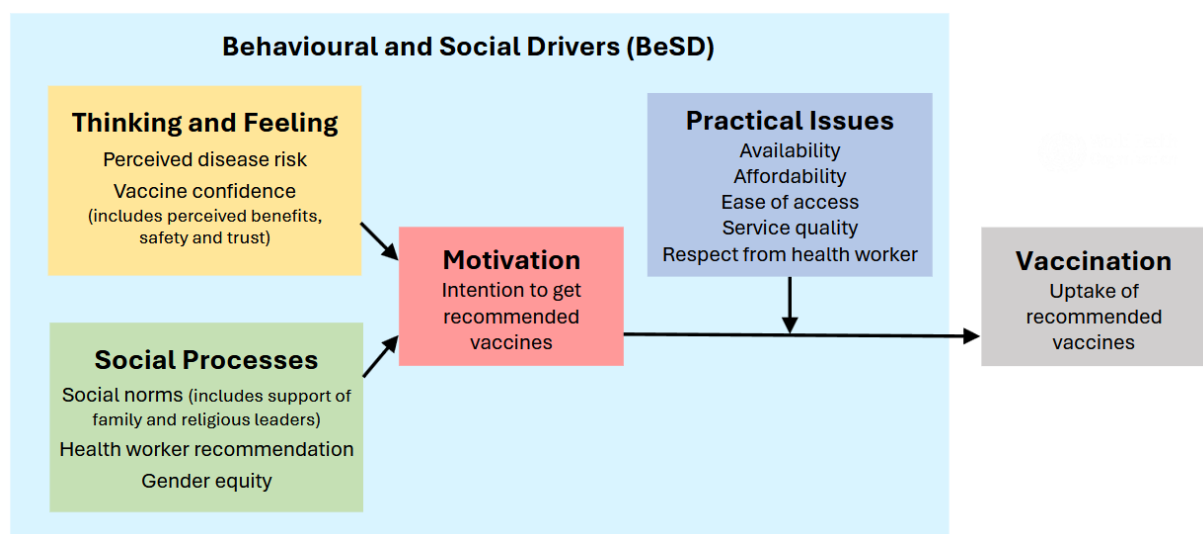
Die WHO ist Teil der UN und setzt sich somit aus den 194 Mitgliedsstaaten zusammen. Die Mitgliedsstaaten entscheiden somit mit welchen Themen sich die WHO beschäftigt, was immer wieder zu Unstimmigkeiten und Verlangsamung von Prozessen führt. Gleichzeitig bietet diese internationale Zusammenarbeit aber auch große Chancen. Shagun Khare fasste dies zusammen als „UN ist the countries that make up the UN. You go slower but you go further.“ Das jährliche Budget der WHO ist kleiner als das Budget des größten Genfer Krankenhauses.

Das Ziel der WHO ist es, die weltweite Gesundheit zu fördern, ohne dabei Menschen, insbesondere vulnerable Gruppen, zurückzulassen. Jeder Mensch hat das Recht auf Gesundheit und die WHO arbeitet daran, dass jeder dieses Recht auch bekommt. Dabei hat sie allerdings keine ausführende Macht, sondern kann Länder und Regierungen nur beraten und versuchen zu überzeugen. Das langfristige Ziel ist es, die Arbeit aus Genf zu reduzieren und in die jeweiligen Länder zu verlagern, in dem man diese stärkt. Die Mitarbeitenden sollen dabei möglichst politisch neutral sein, was Sharun Khare als eine der Herausforderungen ihres beruflichen Alltags benannte. Ein weiteres, immer stärker aufkommendes Problem sind Fehlinformationen. Die WHO unterscheidet dabei zwischen „Misinformation“ und „disinformation“. „Misinformation“ sind Informationen, die zwar faktisch falsch sind, hinter denen aber keine bösen Absichten stehen. „Disinformation“ wiederum sind geplante Fehlinformationen, die meist unter „bösen“ Absichten verbreitet werden.

4.2 Vaccine Hesitancy – Jun Orbina

Jun Orbina aus dem *department of immunisations, vaccines and biologicals* berichtete uns über Impfprogramme der WHO. Er arbeitet im *demand unit*, das sich mit der Sicherstellung der Verfügbarkeit von Impfungen in Impfzentren beschäftigt und sicherstellen soll „*that everybody gets their shot*“. Eine grundlegende Frage, mit der sich der Bereich beschäftigt, ist, was die Impfbereitschaft der Menschen antreibt.

Wir sprachen zunächst über mögliche Gründe, aus denen Kinder in Low-income-countries (LIC) nicht geimpft sind. Einige Beispiele dafür sind der Zugang zu Impfungen, die Entfernung zu Gesundheitszentren inklusive der mit der Anreise verbundenen Kosten, das Wissen und die Information der Bevölkerung sowie ihr Vertrauen in die Impfungen und die beteiligten Gesundheitszentren. In einer Studie, die von der WHO durchgeführt wurde, konnte gezeigt werden, dass Wissen wichtig ist, aber für die Bereitschaft zur Impfung allein nicht ausreicht, also nur ein schwacher Treiber der Impfbereitschaft ist. Weitere Faktoren, die von der WHO identifiziert werden konnten, sind zum Beispiel die Weltanschauung sowie religiöse Überzeugungen, soziale und politische Einflüsse und der Zugang zu Impfstoffen. Forschende, die sich mit Verhaltens- und sozialen Treibern der Impfbereitschaft beschäftigen, konnten ein Modell zur Entstehung der Impfbereitschaft entwickeln:



Behavioural and social drivers of vaccine uptake, Quelle: Vortrag von Jun Orbina zum Thema „Vaccine hesitancy“

Den größten Effekt auf die Impfbereitschaft haben dabei die practical issues, sodass die WHO vor allem an dieser Stelle mit Interventionen ansetzt. Dabei sind solche Interventionen, die aus mehreren Komponenten bestehen, effektiver, als einzelne Interventionen. Ein Beispiel für eine solche Intervention ist das „WHO vaccination information hub“ – eine Internetseite, die Mitarbeitenden in lokalen Gesundheitssystemen schnelle und vertrauenswürdige Informationen und Tipps gibt:

<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/diseases/vaccination-information-hub/>

Außerdem bietet die WHO Trainings zu Themen wie Impfkommunikation oder Bedarfsplanung an.

Zum Abschluss des Vortrags betonte Jun Orbina, wie wichtig es ist, nicht einfach in Länder zu gehen und die Bevölkerung dort zu impfen. Es müssen immer lokale Strukturen, Religionen, lokale Führungskräfte und kulturelle Besonderheiten mit einbezogen werden.

4.3 Anti-microbial-resistance – Benedikt Huttner

Benedikt Huttner sprach mit uns über Anti-microbial-resistance (AMR) und die Rolle der WHO in diesem Thema. Auch wenn die Entdeckung des Penicillins durch Alexander Fleming 1928 meist als die Entdeckung des ersten Antibiotikums bekannt ist, gab es schon vorher Antibiotika: Arsen-basierte Antibiotika, die von Paul Ehrlich entwickelt wurden und Sulfonamide, an deren Entwicklung Domagk maßgeblich beteiligt war. Da die meisten unserer medizinisch genutzten Antibiotika nicht synthetischen, sondern mikrobiellen Ursprungs sind, gab es auch schon vor dem Beginn der breiten medizinischen Nutzung von Antibiotika 1945 Resistenzen – ein normales biologisches Phänomen. Das Problem der AMR entsteht meist nicht durch neue Resistenzbildung, sondern durch die Verschlimmerung und Selektion dieser alten Resistenzen.

Heutzutage werden die meisten Antibiotika in der Tierzucht eingesetzt, ein großes Problem in der Resistenzbildung ist aber auch die medizinische Nutzung, da hier die meisten Antibiotika bei viralen Infektionen (für die sie wirkungslos sind) und nicht wie eigentlich sinnvoll bei bakteriellen Infektionen eingesetzt werden. Durch diese Fehlnutzung werden die Resistenzen, die auch vor der breiten Nutzung der Antibiotika vorhanden waren, verschlimmert.

Die WHO geht aus, dass von diesen Resistenzen am meisten Neugeborene betroffen sind, durch das Krankheitsbild der neonatal-sepsis. Jährlich sterben über eine Million Menschen durch Resistenzen, viele davon sind Neugeborene. Aus vielen LMIC, die vermutlich am schwersten von AMR betroffen sind, gibt es allerdings nur wenige Daten, sodass schwer zu beurteilen ist, welche Bevölkerungsgruppe in diesen Ländern am schwersten durch AMR beeinflusst wird. Auch in Krisengebieten, wie der Ukraine oder Gaza, sind Resistenzen oft weit verbreitet.

Faktoren, die Resistenzen begünstigen sind zum Beispiel die Einsetzung von Antibiotika, die Kontrolle von Infektionen (je weniger Menschen infiziert sind, desto weniger Antibiotika müssen eingesetzt werden), Wasserkontamination, Medizintourismus (Resistenzen können sich leichter verbreiten) und Impfungen (bei höherer Impfquote gibt es weniger Infektionen und dadurch auch weniger Antibiotika-Einsatz). Um die Entwicklung und Verbreitung von Resistenzen möglichst gering zu halten, sollten Antibiotika unbedingt nur dann eingesetzt werden, wenn sie auch wirklich nötig sind. Außerdem sollten das richtige Antibiotikum für die entsprechende Situation eingesetzt werden – dafür können zum Beispiel guidelines der WHO verwendet werden. Die WHO hat außerdem die WAR-Klassifikation eingeführt, die Antibiotika in Access-Antibiotika (können standardmäßig eingesetzt werden, wenn für die Behandlung einer Infektion ein Antibiotikum nötig ist) und Watch-Antibiotika (sollten nur mit Vorsicht eingesetzt werden, wenn Access-Antibiotika keinen Erfolg bringen) einteilt.

Die wichtigste Rolle der WHO in der Bekämpfung der AMR ist das Entwickeln von Normen und Standards für die Antibiotika-Nutzung auf der ganzen Welt. Außerdem berät die WHO

Länder, wie zum Beispiel Kolumbien, bei der Entwicklung von Guidelines und Gesetzen, sowie national action plans. Dies geschieht im Moment zum Beispiel in Nepal, wo zurzeit viele Kombinationspräparate auf dem Markt sind, die die Entstehung von Resistenzen begünstigen. Die WHO sammelt und analysiert außerdem Daten zum Antibiotika-Verbrauch sowie AMR und bittet Länder, diese Daten zu sammeln.

4.4 Polio Eradication – Oliver Rosenbauer

Oliver Rosenbauer berichtete uns vom Polio-Ausrottungsprogramm der WHO.

Die WHO kann bereits einen großen Ausrottungserfolg verzeichnen: Pocken sind, ebenfalls durch ein Programm der WHO, seit 1979 ausgerottet.

Die Idee, Polio ebenfalls auszurotten stammt ursprünglich von Rotary international. 1988 stieg die Weltgesundheitsversammlung in das Projekt ein und das Polio-Ausrottungsprogramm begann. Das Programm unterstützt Regierungen in der Ausführung von Ausrottungsstrategien gegen Polio.

Zu Beginn des Programms erlitten jährlich 500.000 Kinder Lähmungen durch Polio-Infektionen. Mittlerweile konnte das endemische Polio bereits um 99% reduziert werden, einzig in kleinen Regionen in Pakistan und Afghanistan ist Polio noch endemisch. Da das Virus hochansteckend ist, wird es bis zur vollständigen Ausrottung auch immer wieder Ausbrüche geben. Wie wichtig die Ausrottungsbemühungen dennoch sind, veranschaulichte Oliver Rosenbaum mit folgendem Beispiel: würde man die Ausrottung stoppen, käme es innerhalb von 10 Jahren zur globalen Ausbreitung des Virus, was Lähmungen von 200.000 Kindern jährlich zur Folge hätte. Zurzeit können auch in Deutschland immer wieder Polio-Viren in Abwassersystemen festgestellt werden, da es Impflücken gibt.

Die Ausrottung von Polio ist „simpel, aber nicht einfach“: Da das Virus nur in Menschen überlebt, kann eine Ausrottung durch vollständige Impfquoten erreicht werden. Die endemische Lage in Teilen Pakistans und Afghanistans zeigt jedoch, dass die Impfquoten in diesen Regionen noch nicht hoch genug sind. Dafür gibt es verschiedenen Gründe, beispielsweise Konflikte oder Naturkatastrophen, durch die der Zugang zu bestimmten Regionen erschwert wird. Durch Naturkatastrophen kommt es außerdem zu Bewegungen der Bevölkerung. Größere Bevölkerungsbewegungen gibt es auch regulär zwischen Pakistan und Afghanistan, was die Impfbemühungen weiter erschwert. Auch die große Anzahl an Kindern in Pakistan (45 Millionen) macht es schwer, alle zu impfen.

Trotz der vielen Challenges im Kampf gegen Polio ist die Ausrottung so nah wie nie zuvor, wie einige Indikatoren zeigen. So ist die endemische Zirkulation des Virus geographisch sehr limitiert und die Biodiversität des Virus sinkt, sodass es biologisch immer restriktierter wird. Außerdem sind die Kinder, die immer noch durch das Polio-Virus gelähmt werden, nicht ungeimpft. Auch wenn das erstmal wie ein schlechtes Zeichen

klings, zeigt es eigentlich, dass die Impfquote sehr hoch ist und das Virus nicht die Chance hat, ungeimpfte Kinder zu infizieren. Wie jeder Impfstoff ist auch der Polio-Impfstoff nicht 100% effektiv, sodass es vereinzelt noch zu Infektionen und Lähmungen von geimpften Kindern kommt.

Eine besondere Situation im Kampf gegen Polio war der Ausbruch des Virus in Gaza letztes Jahr. In so einem Ausbruchsfall reagiert die WHO normalerweise mit einem outbreak response, dafür ist aber Frieden nötig. Zwei Wochen vor dem Ausbruch waren Friedensverhandlungen in Katar noch gescheitert, aber um den Ausbruch zu beherrschen konnte sich auf eine Waffenruhe von zweimal neun Tagen geeinigt werden. In diesen Tagen gab es keinen Beschuss, sodass in dieser Zeit der outbreak response durchgeführt werden konnte und alle Kinder geimpft wurden. Dafür wurden Impfstationen an hochfrequentierten Stellen, wie zum Beispiel Wasserstellen eingerichtet. Gleichzeitig wurden die Waffenruhen auch genutzt um möglichst noch weitere, dringend benötigte Hilfsgüter in die Konfliktzone zu bringen. Seit Februar konnten nun keine Infektionen mit dem Poliovirus mehr entdeckt werden, um den Erfolg aber wirklich einschätzen zu können sind Beobachtungen von zwölf Monaten nötig. Anhand dieses Beispiels zeigte Oliver Rosenbaum uns das große Engagement für das Ausrottungsprogramm auf, das er immer wieder (auch an anderen Stellen) beobachtet.

Um festzustellen, ob eine Krankheit wirklich ausgerottet ist, sind 3 Jahre nötig, in denen keine Infektionen nachgewiesen werden.

4.5 Sexual and Reproductive Health and Rights – Venkatram Chandra-Mouli

Mit Venkatram Chandra-Mouli, der über 30 Jahre für die WHO arbeitete, konnten wir über sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte sprechen, insbesondere junger Menschen.

Wir sahen uns dafür zunächst gemeinsam ein Video an, das Chandra auf seinem LinkedIn-Profil gepostet hatte:

https://www.linkedin.com/posts/drvcchandramouli_the-world-faces-an-unparalleled-crisis-activity-7345193684658778112-up2D?utm_source=share&utm_medium=member_desktop&rcm=ACoAABhG6QUB89p4ZFUn7ZVMbPr18CzY78gmaY

Chandra spricht darin über die aufkommenden Finanzierungsprobleme vieler Programme und wie man diese nicht nur als Problem, sondern auch als Chance wahrnehmen und nutzen kann. Damit dieses Ziel erreicht werden kann, muss sich die Macht von High-income-countries (HIC) zu Low-middle-income-countries (LMIC) verschieben. Dafür müssen sich die HIC zunächst ihrer Privilegien bewusstwerden und als Partner und

Verbündete der LMIC arbeiten wollen, ohne dabei direkt wieder in die Führungsrollen zu rutschen, die sie lange Zeit innehatten.

Anschließend hatten wir die Möglichkeit, ausführlich mit Venkatram Chandra-Mouli über die angesprochenen Thematiken zu diskutieren, wobei ihm wichtig war, dass wir auch unsere eigene Meinung äußerten. So ergaben sich rege Diskussionen, in denen sich vor allem die gemeinsame Überzeugung zeigte, dass besonders junge Menschen in die Diskussionen involviert werden müssen. Ein Begriff, den Chandra außerdem einbrachte, war der „intelligent mistake: do something, make mistakes, learn from them.“

4.6 Working for an International Organisation: Career session – Hans Willmann

Zum Abschluss hatten wir die Möglichkeit mit Hans Willmann zu sprechen, der 36 Jahre lang im UN-System gearbeitet hat, davon 19 Jahre bei der WHO. Er arbeitete fast 30 Jahre lang im Bereich Human Resources und konnte uns so mit viel Erfahrung von Karrieremöglichkeiten bei der WHO berichten und all unsere Fragen beantworten.

Insbesondere betonte er dabei, wie wichtig ein zweites Standbein neben dem Medizinstudium, beispielsweise ein Studium der Gesundheitsökonomie sei, um bei Organisationen wie der WHO zu arbeiten. Auch nicht-medizinisches Wissen wird in diesen Bereichen stark benötigt, so sind Resilienz und programm-managemt Eigenschaften, die bei Bewerbungen abgefragt werden. Außerdem riet Hans Willmann uns dazu möglichst viel Felderfahrung zu sammeln und uns in dem Bereich zu spezialisieren, der uns auch wirklich interessiert. Im Anschluss konnten wir noch weitere Fragen stellen, die uns Hans Willmann auch mit seinen eigenen, sehr persönlichen Einblicken ausführlich beantwortete.



Tag 5: FIND, ICRC und Palais de Nations

5.1 FIND

Unser dritter Tag in Genf startete mit dem Besuch bei FIND. FIND ist eine globale Non-Profit-Organisation, die Länder, Förderer, Entwickler und Mitarbeiter des Gesundheitssystems verknüpft, um diagnostische Innovationen und Tests zu einem festen Bestandteil eines nachhaltigen und stabilen Gesundheitssystems zu machen. Die Organisation wurde 2003 bei der Weltgesundheitsversammlung in Genf ins Leben gerufen, um Menschen in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen (LMICs) durch die Entwicklung bezahlbarer und schneller Diagnostik insbesondere für infektiöse Erkrankungen zu unterstützen. Mittlerweile arbeitet FIND mit 197 Partnern in 63 Ländern an verschiedenen Fronten, wie beispielsweise Tuberkulose und Malaria sowie Diabetes.

Eine Erkenntnis von „The Lancet Commission on Diagnostics“ 2021 besagt: Diagnostik ist der erste Schritt auf dem Weg zu Gesundheit und trotzdem hat etwa die Hälfte der Weltbevölkerung keinen Zugang zu akkurater, verlässlicher Diagnostik. Doch warum ist Diagnostik so wichtig? Nur mit geeigneter Diagnostik ist es möglich Erkrankungen sicher zu erkennen, zu überwachen und spezifische Behandlungen durchzuführen, um so die oft limitierten Ressourcen sinnvoll einsetzen zu können. Seit über 20 Jahren ist FIND an der Spitze dabei, um diagnostische Möglichkeiten zu revolutionieren. Das beinhaltet sowohl die Beteiligung an Verhandlungen, um den Preis von Tests für LMICs mit hohen Inzidenzen von Erkrankungen wie z.B. Tuberkulose zu senken, aber auch die Entwicklung von diagnostischen Möglichkeiten, die an die Gegebenheiten vor Ort angepasst sind. Beispielsweise ist nur einer der verfügbaren HIV-Tests vom Hersteller zertifiziert, dass er auch über 30°C fehlerfrei funktioniert.

Der erste Vortrag von einem Forscher bei FIND beschäftigte sich mit neuen Entwicklungen in der Diagnostik, damit für molekulare Analysen keine riesigen Maschinen in Laboren mehr notwendig sind. Diesbezüglich stellte er uns den „GeneXpert“ (von Cepheid) vor. Eine „near point of care“-Maschine zur PCR-Testung auf Zielgene. Dabei ist die Probenverarbeitung bereits integriert, sodass die Proben nur eingesteckt werden müssen. Zudem kann man auf mehrere Zielgene gleichzeitig testen. Somit ist eine effiziente Testung auf u.a. Tuberkulose und sexuell übertragbaren Krankheiten und Infektionen (STIs) möglich. Diese Entwicklung hat den Kampf gegen Tuberkulose revolutioniert. Ein weiteres Problem ist jedoch, dass zum Beispiel in Bezug auf STIs die Therapie deutlich günstiger ist als die Diagnostik, sodass eher sofort therapiert wird. Anschließend wurde noch eine kleinere Maschine mit isothermer Technologie für molekulare Diagnostik vorgestellt, welche durch Batteriebetrieb als direkte „point of care“-Diagnostik verwendet werden kann. Dabei sei jedoch eine vorherige Aufarbeitung der Blutprobe notwendig. Die Ergebnisse der Testung, zum Beispiel auf STIs, werden mittels Fluoreszenz ausgelesen. Abschließend betonte er, wie wichtig es sei, dass die

Teste verlässlich, genau und günstig sind, aber auch dass der Zugang zu ihnen, also ihre Verteilung und Verwendung, leicht handhabbar sein müssen.

Der nächste Vortrag einer Forscherin beschäftigte sich mit Malaria. Die Antwort auf eine Erkrankung muss immer anderen epidemiologischen Geschehen angepasst werden. Die Diagnostik für Malaria ist jedoch an vielen Orten mit hoher Prävalenz nicht vorhanden oder die Kliniken können diese nicht übermitteln, sodass die genauen Daten für Malariafälle unbekannt bleiben. Im Allgemeinen haben die durchgeführten Malaria-Tests stark zugenommen. Dabei wird ein von den Parasiten exprimierter Biomarker in Blutproben detektiert. Jedoch passen die Parasiten sich an und hören auf diesen Biomarker zu exprimieren, beispielsweise in Äthiopien sind über 80% der Malaria-Fälle nicht über diesen Biomarker nachzuweisen. Dies stellt eine große Bedrohung für die Diagnostik dar, da eine Auswertung mit dem Mikroskop zeitaufwändig ist und entsprechende Expertise voraussetzt. Daher wird an neuen Biomarkern geforscht und 2024 wurde durch die WHO ein neuer Test zugelassen. Gleichzeitig entstehen neue Probleme: Die Moskitos als Überträger breiten sich immer mehr in städtische Regionen aus, zunehmende Fluten durch den Klimawandel erhöhen Malariafälle und es kommt zu genetischen Mutationen der Stämme. Somit entstehen zunehmend Resistenzen der Parasiten gegenüber der herkömmlichen Behandlung mit ACTs (Artemisinin-basierte Kombinationstherapie). In Afrika betrifft dies etwa 80% der Infektionen. Da viele Malariainfektionen unentdeckt bleiben, die Parasiten durch Mosquitos aber trotzdem auf andere übertragen werden können, müssen sowohl erkrankte als auch asymptomatische Träger behandelt werden. Zu diesen Zweck wird derzeit an nicht-invasiven Tests zur Malaria-Diagnostik geforscht, wie etwa einer Absorptionsmessung über die Handytaschenlampe.

Schließlich wurde uns noch die Arbeit der „Awareness & Advocacy“ Abteilung vorgestellt. Da Erkrankungen und Parasiten sich nicht an Grenzen halten ist eine internationale Zusammenarbeit essenziell. Dazu gehören Aufgaben wie mit Partnern interagieren, weltweite Kampagnen organisieren, über die aktuelle Politik informieren, Reden halten, sowie UN-Versammlungen beizusitzen. Die „Global Health“-Dynamik verändert sich aktuell sehr stark, unter anderem da sich vor allem die USA aus vielen Bereichen zurückzieht.

Eines wird dadurch deutlicher denn je: Zusammenarbeit ist notwendig, um sicherzustellen, dass jeder, der einen Test braucht, einen Test bekommt.

5.2 ICRC

Im Anschluss folgte ein Besuch des Internationalen Roten Kreuz, welches uns zunächst vorgestellt wurde:

Das Internationale Komitee vom Rote Kreuz (ICRC) handelt unter dem Motto „Wir ergreifen Maßnahmen, nicht Partei“ um Menschen in Krisensituationen zu helfen. Als neutrale, unparteiische und unabhängige Organisation haben sie die Möglichkeit, Menschen zu erreichen, die sonst nicht erreichbar wären, um humanitäre Hilfe bereitzustellen.

Etabliert 1863, basiert das heutige ICRC auf den Genfer Konventionen von 1949 sowie den Zusatzprotokollen von 1977 als Kernstück des humanitären Völkerrechts. Dies umfasst Regeln für bewaffnete Konflikte durch Einschränkung der einsetzbaren Methoden und Mittel zum Schutz von Personen, die nicht an Kampfhandlungen teilnehmen, damit Menschlichkeit erhalten bleibt. Die Genfer Konventionen umfassen die Verbesserung der Situation von Verwundeten und Kranken der bewaffneten Kriege im Felde und zur See sowie der Behandlung von Kriegsgefangenen und dem Schutz von Zivilpersonen in Kriegszeiten. Zusätzlich gelten die Beschlüsse der Internationalen Konferenzen des Roten Kreuzes und Roten Halbmondes, dem obersten beschlussfassenden Organ. Die Bewegung umfasst neben dem ICRC die Internationale Föderation der Rotkreuz- und Rothalbmond-Gesellschaften (IFRC) sowie nationale Gesellschaften. Da das Rote Kreuz selbst nicht versucht Frieden durchzusetzen, sondern sicherstellt, dass das humanitäre Völkerrecht implementiert wird, ist häufig eine Arbeit an verschiedenen Fronten möglich, wobei jedoch insbesondere die lokalen Mitarbeiter vor Ort Gefahren ausgesetzt sind.

Anschließend wurde noch genauer auf den Gesundheitsbereich eingegangen, welcher nur einen Teil der Arbeit des Roten Kreuzes ausmacht. Die Vision dahinter ist es die gesundheitlichen Bedürfnisse mit qualitativer Gesundheitsversorgung als Teil von integrierten „Public Health“-Ansätzen zu verbreiten, um Leben und Menschenwürde zu schützen und Leid vorzubeugen und zu lindern. Für eine Gesundheitsversorgung ist, bei bestehender Sicherheit und Schutz, eine Versorgung mit Essen, Wasser und Hygiene sowie eine gewisse Lebensgrundlage Voraussetzung. Darauf aufbauend kann die präventive und kurative Versorgung erfolgen. Wichtig sind dabei immer die „AAHQ: Availability, Accessibility, Acceptability und Quality“ der Versorgung.

Das Rote Kreuz arbeitet in folgenden Bereichen:

- Erste Hilfe und präklinische Notfallversorgung, zur Sicherstellung der Behandlung Verwundeter und Kranker
- Primäre Gesundheitsversorgung durch Zentren in Gemeinden mit Prävention als wirksamste Maßnahme z.B. durch Impfungen und pränatale Betreuung
- Krankenhausversorgung durch Ausbildung des Personals in örtlichen Krankenhäusern zur speziellen Behandlung von durch Waffen verwundeter Patienten
- Physische Rehabilitation zur Förderung der Integration von Menschen mit körperlicher Behinderung

- Psychologische und psychosoziale Unterstützung in lokalen Einrichtungen von Personen, die von bewaffneten Konflikten und Gewalt betroffen sind
- Gesundheitsversorgung in Haftanstalten

Leitende Prinzipien sind dabei ein integrierter Ansatz der öffentlichen Gesundheit, multidisziplinäre und ganzheitliche Reaktionen, ein Menschen- und Gemeinschaftszentrierter Ansatz sowie ein Versorgungskontinuum. Zur Nachhaltigkeit werden daher bestehende lokale Systeme unterstützt und Gesundheitsaktivitäten häufig in Zusammenarbeit mit Gesundheitsministerien durchgeführt.

Uns wurden noch viele weiterführende Fragen beantwortet, bevor wir uns schnellen Schrittes aufmachten zum Gegenüberliegenden Palais de Nations.

5.3 Palais de Nations

Schlussendlich folgte unser Besuch des „Palais de Nations“ (dt. Völkerbundpalast), dem UN-Sitz in Genf. Während unserer Führung konnten wir einiges über die Geschichte des Gebäudes sowie des Völkerbundes und der Vereinten Nationen (UN) lernen.

Ursprünglich wurde das Gebäude für den Völkerbund (engl. League of Nations) erbaut. Nach dem ersten Weltkrieg war die Bedeutung einer internationalen Zusammenarbeit sehr bewusst geworden. Somit entstand bei den Pariser Friedenskonferenzen 1920, als Teil des Friedensvertrags von Versailles, die Satzung des Völkerbundes. Ein völkerrechtlicher Vertrag, der den Völkerbund begründete, die bis dahin erste zwischenstaatliche Organisation. Nach Ansiedlung in London wurde schließlich Genf aus mehreren Gründen als Standort für das Hauptquartier des Völkerbundes ausgewählt: Die neutrale internationale Stellung der Schweiz, die Lokalisation im Zentrum Europas sowie Genf als Standpunkt des Roten Kreuzes durch die Genfer Konventionen. Nachdem zunächst ein Hotel genutzt wurde, wurde anschließend ein internationaler Architekturwettbewerb für den Bau des „Palais de Nations“ ausgeschrieben. Es sollte etwas Majestätisches erschaffen werden als Symbol des Friedens. Da eine Einigung auf einen Architekten nicht möglich war, da die Länder für die Architekten ihres eigenen Landes stimmten, wurden schließlich die fünf besten Architekten aus Frankreich, Italien, der Schweiz und Ungarn beauftragt zusammenzuarbeiten. So entstand der „Palais de Nations“, das damals zweitgrößte Gebäude Europas nach dem Schloss von Versailles. Die Stadt Genf stellte dafür den Ariana-Park zur Verfügung, welcher ihr von der Familie Revilliod de Rive vermacht wurde. Ein großer Mangel des Völkerbundes war jedoch, dass obwohl der US-Präsident Woodrow Wilson eine zentrale Rolle in der Erschaffung des Völkerbundes spielte, er nicht die Mehrheit des Senats für die Ratifizierung des Friedensvertrags einholen konnte, weshalb die USA nie Teil des Völkerbundes war. Deutschland wurde 1926 in den Völkerbund aufgenommen, trat jedoch 1933 unter Adolf

Hitler wieder aus und somit auch aus der Genfer Abrüstungskonferenz. Daraufhin verloren viele Mitglieder das Vertrauen an den Erfolg des Völkerbundes und traten ebenfalls aus. 1946 wurde der Völkerbund endgültig aufgelöst.

Während des Zweiten Weltkrieges entstand die Idee für die Vereinten Nationen, nachdem der Völkerbund den Zweiten Weltkrieg nicht verhindern konnte, zu Erschaffung einer besseren, Weltorganisation zur Friedenssicherung.

Die UN-Charta als Gründungsvertrag der UN wurde 1945 bei der Konferenz von San Francisco von 50 bzw. 51 Ländern unterschrieben und trat somit in Kraft. Es handelt sich dabei nicht um eine Verfassung, da die UN keine eigene Regierung hat, sondern ist ein Vertrag, der auf Vertrauen basiert und in welchem die Ziele und Prinzipien der UN verankert sind. Seitdem ist die UN das wichtigste multilaterale Forum für internationalen Austausch. Die Grundlage der Zusammenarbeit wird gebildet aus der souveränen Gleichheit aller Mitglieder sowie dem System der kollektiven Sicherheit. Daher kann die UN sich für etwas aussprechen, versuchen mithilfe von Experten zu überzeugen oder jemandem gratulieren, aber sie kann nichts erzwingen – die Macht liegt weiterhin bei den einzelnen Ländern. Gleichzeitig wurde ein Ort geschaffen, der neutral und unparteiisch ist und niemandem gehört, sodass Länder zusammenkommen können, um über die Vielzahl an Problemen zu sprechen, die international viele Länder betreffen. Darunter fallen unter anderem Kriege, Finanzkrisen, Pandemien, Klimawandel etc. So wurden uns ebenfalls die drei Türen in einigen Konferenzräumen erklärt: Sie ermöglichen zwei Landesoberhäuptern für ein Treffen gleichzeitig einzutreten, ohne, dass das eine dem anderen folgt und somit nachrangig wäre. Dies soll die Neutralität des Raumes und die Ebenbürtigkeit der beiden Oberhäupter in Diesem verdeutlichen.

Mittlerweile sind 193 Länder Mitglied der UN. Wir konnten in einen Sitzungssaal hineinschauen, in welchem die Länder nach alphabetischer Reihenfolge angeordnet sitzen. Zusätzlich gibt es einen Balkon für die Presse und einen Balkon für die Öffentlichkeit. Über den Sitzen befinden sich hinter Glas Dolmetscher für die sechs Sprachen, in welche die Sitzung ins Englische, Französische, Spanische, Mandarin, Russische und Arabische übersetzt wird. Jeder Vertreter besitzt vor sich ein Mikrofon, um bei Aufforderung sprechen zu können, und Knöpfe, um Abstimmen zu können. Zudem gibt es in jeder Reihe eine zweite Stuhlreihe, wo Berater be sitzen können. Je nachdem um welche Kommission es sich handelt, müssen unterschiedlich viele Länder anwesend sein, um beschlussfähig zu sein.

Ein sehr wichtiges Organ der UN ist der Sicherheitsrat, dessen Hauptaufgabe die Wahrung des weltweiten Friedens sowie der internationalen Sicherheit darstellt. Er besteht aus 15 Sitzen, von denen 10 nichtständige Mitglieder innehaben, die alle 2 Jahre gewählt werden. Die fünf ständigen Mitglieder sind China, Frankreich, Großbritannien, Russland und USA, welche jeweils ein Vetorecht besitzen. Dieses Vetorecht war ein entscheidender Punkt

um all diese Länder als Mitglied der UN zu gewinnen, jedoch wurde es während unseres Besuches in Genf mehrere Male als größte Schwäche der UN benannt.

Danksagungen

Wir danken dem **Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD)** herzlich für die finanzielle Unterstützung unserer Exkursion nach Genf im Rahmen des Mobilitätsprogramms PROMOS.

Unser besonderer Dank gilt **Veronika Jäger, Antonia Bartz** und **Patrick Rebacz** für die engagierte Organisation des Wahlfachs, durch die sie uns einen umfassenden und facettenreichen Einblick in das Themenfeld *Global Health* ermöglicht haben. Dabei war deutlich spürbar, mit wie viel Einsatz, Sorgfalt und Leidenschaft sie sich für eine hochwertige Lehre engagieren. Ihre Begeisterung für das Thema und ihr persönliches Engagement haben wesentlich dazu beigetragen, dass diese Erfahrung für uns alle so bereichernd war.

Während der Exkursion erhielten wir einzigartige Einblicke in internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und hatten die Gelegenheit, mit inspirierenden Gesprächspartner*innen über zentrale Fragen der globalen Gesundheitsarbeit zu diskutieren. Sowohl die Vorträge und Diskussionen als auch der Austausch mit den Studierenden untereinander haben uns wertvolle Denkanstöße gegeben, die uns in unserem weiteren Studium und darüber hinaus begleiten werden.