

# 10 Globale Gesundheit

*Mathias Egger, Nicola Low, Kathrin Zürcher, Oliver Razum*

Durch die Globalisierung werden wir zunehmend mit Problemen konfrontiert, welche Landesgrenzen überschreiten. Auch viele gesundheitspolitische Entscheidungen werden heute auf europäischer Ebene oder unter der Mitarbeit internationaler Organisationen getroffen.

In diesem Kapitel betrachten wir Gesundheitsindikatoren sowie Krankheits- und Todesursachen im Hinblick auf das Bevölkerungseinkommen und die Entwicklung in verschiedenen Ländern. Wir analysieren die wichtigsten Faktoren, die die Gesundheit der Menschen in Industrie- und Entwicklungsländern beeinflussen und beschäftigen uns schließlich mit den Strategien und Akteuren, welche die Globale Gesundheit heute prägen.

Schweizerische Lernziele: CPH 46 – 48

## 10.1 Internationale Vergleiche

### 10.1.1 Klassifizierung der Länder nach Einkommen und Entwicklung

Der Forschungsbereich *Globale Gesundheit* beschäftigt sich vor allem mit Analysen und Vergleichen des Gesundheitsstatus' von Bevölkerungen in verschiedenen Ländern unter Berücksichtigung des jeweiligen soziokulturellen und ökonomischen Kontexts. Hierzu werden die Länder meist nach ihrem Bruttonationaleinkommen oder nach dem Entwicklungsstand klassifiziert. Häufig verwendet man dabei die von der Weltbank definierten vier Einkommensgruppen (*High income*, *Upper middle income*, *Lower middle income*, *Low income*) sowie die Kriterien der Vereinten Nationen für den Entwicklungsstand eines Landes (s. Box 10.1.1).

**Box 10.1.1:** Einteilung der Länder nach Einkommen und Entwicklung [Daten von 2015].

Die **Weltbank** klassifiziert die Länder nach ihrem Bruttonationaleinkommen pro Kopf und Jahr (Gross National Income per capita).

- „High income“-Länder: > 12.475 US-Dollar
- „Upper middle income“-Länder: 4.036–12.475 US-Dollar
- „Lower middle income“-Länder: 1.026–4.035 US-Dollar
- „Low income“-Länder: < 1.025 US-Dollar

Bei den „High income“-Ländern wird unterschieden zwischen den Industrienationen der OECD (Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung) und anderen „High income“-Ländern, wie z. B. den Ölförderländern am Arabischen Golf.

Die Vereinten Nationen (UN) bezeichnen 2015 insgesamt 48 Länder aufgrund der folgenden Kriterien als Least Developed Countries (LDC):

- *Niedriges Pro-Kopf-Einkommen*: durchschnittliches jährliches Bruttonationaleinkommen über drei Jahre < 900 US-Dollar
- *Hohe ökonomische Verwundbarkeit*: basierend auf dem Economic Vulnerability Index, der u.a. den Anteil der verarbeitenden Industrie und der Dienstleistungen sowie die Stabilität der landwirtschaftlichen Produktion und des Exports von Gütern und Dienstleistungen erfasst
- *Geringe humane Ressourcen*: basierend auf dem Human Assets Index, der auf Angaben zur Alphabetisierungsrate, zur Einschulungsrate in Sekundarschulen, zur Ernährungslage und zur Kindersterblichkeit beruht

Tab. 10.1 zeigt die Verteilung aller 218 Länder und Territorien bezüglich Einkommensgruppen und Entwicklung, untergliedert nach den Regionen der Weltbank. Die Mehrzahl der Länder in der Region *Sub-Saharan Africa* und die Hälfte der Länder in *South-East Asia* gehören zu den am wenigsten entwickelten Ländern. Dagegen weisen die Industrieländer Nordamerikas und Europas sowie Australien, Neuseeland und Japan (Teil von *East Asia & Pacific*) ein hohes Bruttonationaleinkommen und einen hohen Entwicklungsgrad auf. Die Öl fördernden Länder des Nahen Ostens und Arabiens (Teil von *Middle East & North Africa*) bilden eine Gruppe mit hohem Bruttonationaleinkommen, während China, Indien, Thailand, Brasilien und Südafrika als Beispiele für so genannte Schwellenländer mit mittlerem Einkommen stehen. Die übrigen Länder bezeichnet man als „Entwicklungsländer“ oder besser „Länder mit großen Mittelknappheiten“ (*Ressourcelimited countries*). Sie alle weisen ein niedriges Einkommen auf, viele von ihnen gehören zu den am wenigsten entwickelten Ländern der Erde. Rund 80 % der derzeit fast siebeneinhalb Milliarden Menschen leben in Entwicklungsländern. Äquatorialguinea, ein kleiner Staat in Westafrika, ist ein Sonderfall. Seit vor seinen Küsten große Erdölvorkommen entdeckt und von internationalen Ölfirmen genutzt werden, ist hier das Bruttonationaleinkommen pro Kopf rasant gestiegen. Das Land gehörte bis vor kurzem zu den „*High income*“-Ländern, heute ist es aufgrund der gefallenen Ölpreise ein „*Upper middle income*“-Land. Gleichzeitig ist es aufgrund der hohen ökonomischen Verwundbarkeit durch die Abhängigkeit vom Öl sowie der geringen Investitionen in Bildung und Gesundheit eines der am wenigsten entwickelten Länder der Erde.

**Tab. 10.1:** Anzahl und Prozentsatz der Länder und Territorien in sechs Regionen, unterteilt nach Einkommen und Entwicklungsstand.

Ländergruppen unterteilt nach:	Region					
	Americas (n = 45)	East Asia & Pacific (n = 38)	Europe & Central Asia (n = 58)	Middle East & North Africa (n = 21)	South Asia (n = 8)	Sub-Saha- ran Africa (n = 48)
<b>Pro-Kopf-Einkommen</b>						
<i>High-income</i>	19 (42,2 %)	14 (36,8 %)	37 (63,8 %)	8 (38,1 %)	0 (0,0 %)	1 <sup>a</sup> (2,1 %)
<i>Upper middle-income</i>	20 (44,5 %)	8 (21,1 %)	14 (24,1 %)	6 (28,6 %)	1 <sup>b</sup> (12,5 %)	7 (14,6 %)
<i>Lower middle-income</i>	5 (11,1 %)	15 (39,5 %)	7 (12,1 %)	7 (33,3 %)	5 (62,5 %)	13 (27,1 %)
<i>Low-income</i>	1 <sup>c</sup> (2,2 %)	1 (2,6 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	2 (25,0 %)	27 (56,2 %)
<b>Entwicklungsstand</b>						
<i>Least developed</i>	1 <sup>c</sup> (2,2 %)	8 <sup>d</sup> (21,1 %)	0 (0,0 %)	2 <sup>e</sup> (9,5 %)	4 <sup>f</sup> (50,0 %)	33 <sup>g</sup> (68,8 %)

<sup>a</sup> Seychellen<sup>b</sup> Malediven<sup>c</sup> Haiti<sup>d</sup> Kambodscha, Kiribati, Laos, Myanmar, Osttimor, Salomon Inseln, Tuvalu, Vanuatu<sup>e</sup> Dschibuti, Jemen<sup>f</sup> Afghanistan, Bangladesch, Bhutan, Nepal<sup>g</sup> Äquatorialguinea, Angola, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, Burundi, Eritrea, Gambia, Guinea, Guinea-Bissau, Komoren, Kongo (Dem. Republik), Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretanien, Mosambik, Niger, Ruanda, Sambia, São Tomé und Príncipe, Senegal, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Südsudan, Tansania, Togo, Tschad, Uganda, Zentralafrikanische Republik

Quelle: World Bank list of economies. The World Bank, July 2016.

### 10.1.2 Gesundheitsindikatoren

Gesundheitsindikatoren sind Parameter, die Rückschlüsse auf die Gesundheit der Bevölkerung, die Gesundheitsversorgung und auf verfügbare Ressourcen erlauben.

Hier einige Beispiele:

- Ein wichtiger Indikator ist die *Mortalität* (s. Kap. 2.2.3). Jedes Jahr sterben weltweit ca. 55,8 Mio. Menschen. Davon sind 49,15 Mio. Erwachsene (> 15 Jahre) und 0,85 Mio. Kinder und Jugendliche im Alter von 5–15 Jahren. 5,8 Mio. Todesfälle entfallen auf die unter 5-Jährigen.

- Die *Lebenserwartung* lässt sich auf der Basis der altersspezifischen Mortalitätsraten (s. Kap. 2.2.4) berechnen. Dieser Wert gibt die durchschnittliche Anzahl an Jahren an, die ein Mensch eines bestimmten Alters aufgrund der aktuellen Sterberaten erwartungsgemäß noch leben würde.
- Besonders in ärmeren Ländern beeinflusst die *Säuglingssterblichkeit* (s. unten und Kap. 2.2.3) die Lebenserwartung bei Geburt maßgeblich.
- Indikatoren für die *Morbidität* in einer Bevölkerung können die Tuberkulose- oder die Malaria-Inzidenz sein. Da aber auch in vielen ärmeren Ländern – ebenso wie in den Industrienationen – die Zahl an chronischen, nicht übertragbaren Erkrankungen zunimmt, ist z. B. auch die alters- und geschlechtsspezifische Prävalenz des Diabetes mellitus Typ 2 ein wichtiger Morbiditätsindikator.
- Wichtige Indikatoren der *Gesundheitsversorgung* sind z. B. der Anteil an Einjährigen, der gegen Masern geimpft wurde oder der Prozentsatz der Geburten, der durch ausgebildetes Personal betreut wurden. Bei älteren Menschen ist der Anteil mit Bluthochdruck, deren Blutdruck korrekt eingestellt ist ein Indikator.
- Für die *Entwicklung* eines Landes sind Zugang zu sauberem Wasser (s. Kap. 6.2) und Zugang zu Bildung wesentliche Indikatoren.

Mit dem Konzept des *Burden of Disease* wird versucht, die Krankheitslast zu erfassen, der eine Population ausgesetzt ist. Zu dieser Last gehören Einschränkungen durch Krankheit, Unfälle und Behinderungen ebenso wie der frühzeitige Tod. Der Gesundheitszustand einer Population wird dabei mit der Idealsituation verglichen, in der alle Mitglieder bei guter Gesundheit altern würden. Die Krankheitslast wird in *Disability Adjusted Life Years* (DALYs) angegeben, wobei ein DALY einem durch Erkrankung oder vorzeitigen Tod verlorenen gesunden Lebensjahr entspricht (s. a. Kap. 2.2.5). Ein ähnlicher Gedanke liegt der *Healthy Life Expectancy* (HALE) zugrunde. Die HALE entspricht der Anzahl an Jahren, die bei guter Gesundheit verbracht werden kann. Auch DALYs und HALE sind wichtige Gesundheitsindikatoren. Tab. 10.2 zeigt dies für ausgewählte Länder innerhalb der von der Weltbank definierten Einkommensgruppen.

**Tab. 10.2:** Gesundheitsindikatoren in ausgewählten Ländern für das Jahr 2015. (Quelle: Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation 2016; World Bank 2016).

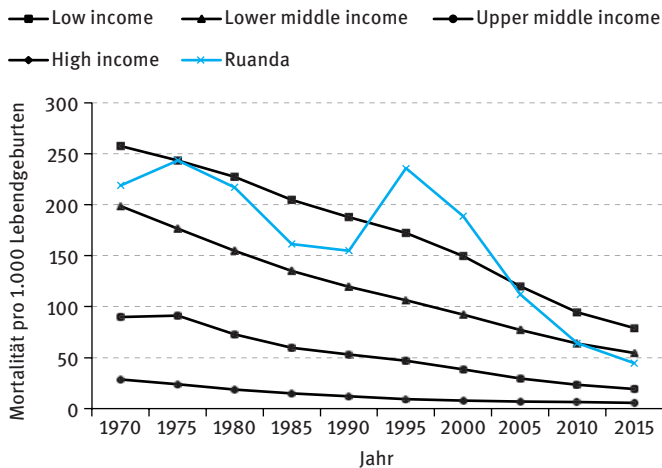
Einkommensgruppe Ausgewählte Länder	Mortalitätsraten (pro 1.000 Lebendgeburten bzw. pro 100.000 Einwohner)			Altersstan- dardisierte* DALYs (pro 100.000 Einwohner)	Lebens- erwartung bei der Geburt (Jahre)	Lebens- erwartung in Gesund- heit (HALE, Jahre)
	Säuglinge (< 1 J.)	Kinder + Jugend- liche (5–14 J.)	Erwach- sene (15–49 J.)			
<b>High-income (OECD)</b>						
Deutschland	3,1	8,3	93,3	19.399	80,8	70,6
Österreich	2,9	9,3	85,01	18.961	81,3	71,1
Schweiz	3,4	8,6	68,0	17.468	83,0	72,4
USA	5,6	11,8	139,9	23.104	79,1	68,2
<b>High-income (non OECD)</b>						
Kroatien	3,6	10,8	109,0	22.254	77,8	68,4
Saudi-Arabien	12,5	23,6	96,2	21.464	79,5	69,4
Singapur	2,1	9,1	60,8	15.586	82,0	73,7
<b>Higher middle-income</b>						
Brasilien	14,5	35,2	214,1	29.381	74,4	64,8
Südafrika	33,6	191,8	691,4	57.337	61,3	52,9
Türkei	11,6	32,1	99,5	22.709	79,2	68,6
<b>Lower middle-income</b>						
Bolivien	30,6	51,0	169,6	31.467	73,2	64,0
Philippinen	22,2	90,2	209,6	34.554	71,0	62,1
Indien	37,9	75,3	287,6	43.721	67,2	58,1
<b>Low-income</b>						
Burundi	54,1	126,7	393,2	55.603	61,4	54,7
Haiti	52,2	102,0	377,7	50.397	64,3	55,7
Malawi	43,4	194,11	497,0	58.336	60,5	53,0

\* Standardisiert auf Global Standard Population der WHO. DALY: Disability Adjusted Life Years; HALE: Healthy Life Expectancy

### 10.1.3 Kinder- und Säuglingssterblichkeit

Abbildung 10.1 zeigt den Verlauf der Kindersterblichkeit in den Jahren 1970–2015 in Abhängigkeit vom Einkommen des jeweiligen Landes.

Seit 1990 ist die Kindersterblichkeit weltweit um mehr als 50 % gesunken, wobei eine Abnahme in allen Einkommensgruppen zu verzeichnen war. Die Unterschiede



**Abb. 10.1:** Verlauf der Kindersterblichkeit in 194 nach ihrem Einkommen gruppierten Ländern (1970 bis 2015). Die grüne Kurve zeigt den besonderen Verlauf in Ruanda. (Quelle: Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation 2016).

zwischen den Einkommensgruppen sind in absoluten Zahlen kleiner geworden, relativ gesehen haben sie jedoch zugenommen. In afrikanischen Ländern hat sich die Abnahme der Sterblichkeit durch die HIV/AIDS-Epidemie (s. a. Kap. 9.3.2) verlangsamt. In Ruanda kam es im Zusammenhang mit dem Genozid im Jahre 1994 zu einem massiven Anstieg der Kindersterblichkeit (Abb. 10.1).

Bei den unter 5-Jährigen sind nur einige wenige Ursachen für eine große Anzahl der Todesfälle verantwortlich (Tab. 10.3). In den „*Low income*“-Ländern stehen mit Pneumonien, Malaria und Durchfallerkrankungen v. a. Infektionskrankheiten, aber auch perinatale Ursachen wie Asphyxie und Sepsis im Vordergrund, während in Industrienationen Komplikationen durch extreme Frühgeburtlichkeit und Fehlbildungen dominieren.

Gegen Infektionskrankheiten wie Masern und Tetanus sind heute Impfstoffe vorhanden, sodass diese Erkrankungen in den Industrienationen nur noch relativ selten auftreten. Hier gibt es allerdings recht große Unterschiede zwischen einzelnen Ländern. So konnte das WHO-Ziel, die Masern bis 2010 in allen europäischen Staaten zu eliminieren, nur in Finnland erreicht werden. In vielen Entwicklungsländern spielen Infektionskrankheiten eine wesentlich bedeutendere Rolle, insbesondere wenn die Durchimpfungsraten in der Bevölkerung auf Grund eines schwach entwickelten Gesundheitssystems niedrig sind.

Malaria ist in der Gruppe der Entwicklungsländer die zweithäufigste Todesursache bei den unter 5-Jährigen. In den Ländern Subsahara-Afrikas, in denen Malaria endemisch vorkommt, ist die Krankheit durch die immer wiederkehrenden Infektio-

**Tab. 10.3:** Verteilung der häufigsten Todesursachen bei Kindern unter 5 Jahren im Jahr 2015 – global gesehen und unterschieden nach einkommensabhängigen Ländergruppen (Quelle: Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation 2016).

Todesursache	Prozent aller Todesfälle (Rang)				
	<i>Global</i>	<i>Low income</i>	<i>Lower middle income</i>	<i>Upper middle income</i>	<i>High income</i>
Komplikationen aufgrund Frühgeburtlichkeit	13,8 % (1)	7,5 % (4)	16,5 % (1)	16,9 % (1)	21,0 % (1)
Hirnschädigung bei Neugeborenen	12,7 % (2)	7,5 % (5)	16,3 % (2)	9,5 % (4)	6,3 % (5)
Untere Atemwegsinfektion (Pneumonie)	12,1 % (3)	13,9 % (1)	11,6 % (3)	10,6 % (2)	3,3 % (9)
Durchfallerkrankung	8,6 % (4)	9,6 % (3)	9,2 % (4)	3,1 % (8)	1,1 % (15)
Malaria	8,1 % (5)	13,3 % (2)	6,7 % (5)	2,0 % (11)	< 1 % (127)
Neugeborenen-Sepsis	6,0 % (6)	6,4 % (6)	5,9 % (6)	5,6 % (6)	4,3 % (7)
Angeborener Herzfehler	3,9 % (7)	2,5 % (10)	3,3 % (8)	10,1 % (3)	10,6 % (3)
Anderer Geburtskomplikationen	3,8 % (8)	3,6 % (8)	3,5 % (7)	5,3 % (7)	7,5 % (4)
Fehlernährung (Protein-Energie-Mangelernährung)	3,0 % (9)	5,4 % (7)	2,0 % (10)	1,7 % (12)	0,2 % (42)
Anderer Fehlbildungen	2,9 % (10)	1,7 % (12)	2,6 % (9)	6,8 % (5)	13,8 % (2)

nen und die damit verbundene Anämie für etwa 17 % aller DALYs bei den unter 5-Jährigen verantwortlich (s. a. Kap. 8.3).

Die *Säuglingssterblichkeit* umfasst alle Todesfälle im Zeitraum von der Geburt bis zum ersten Geburtstag (s. Kap. 2.2.3). Die Säuglingssterblichkeitsraten in Deutschland, Österreich und der Schweiz gehören zu den niedrigsten der Welt. In Deutschland sank die Rate von über 30 Todesfällen pro 1.000 Neugeborene Anfang der 1960er-Jahre um fast 90 % auf 3,1 Todesfälle pro 1.000 Neugeborene im Jahr 2015. Im selben Zeitraum ging die Säuglingssterblichkeit in Brasilien um 89 % zurück, während in Haiti nur ein Rückgang um 73 % verzeichnet wurde. In der Zwischenzeit ist diese Zahl in Haiti in der Folge des Erdbebens von 2010 und durch die von Helfern eingeschleppte Cholera jedoch wieder deutlich angestiegen. Die höchste Säuglingssterblichkeit weltweit haben derzeit (2015) Angola, Sierra Leone und die Zentralafrikanische Republik zu verzeichnen. In der Schweiz, Österreich, Deutschland und anderen Industrieländern lässt sich die Säuglingssterblichkeit kaum noch

senken, da hier ein Drittel aller Todesfälle bei Säuglingen v. a. auf angeborene Fehlbildungen zurückzuführen ist. Anders dagegen in „*Low-income*“-Ländern, wo ein Großteil der frühen Todesfälle durch Verbesserungen der Infrastruktur und des Gesundheitswesens zu verhindern wäre.

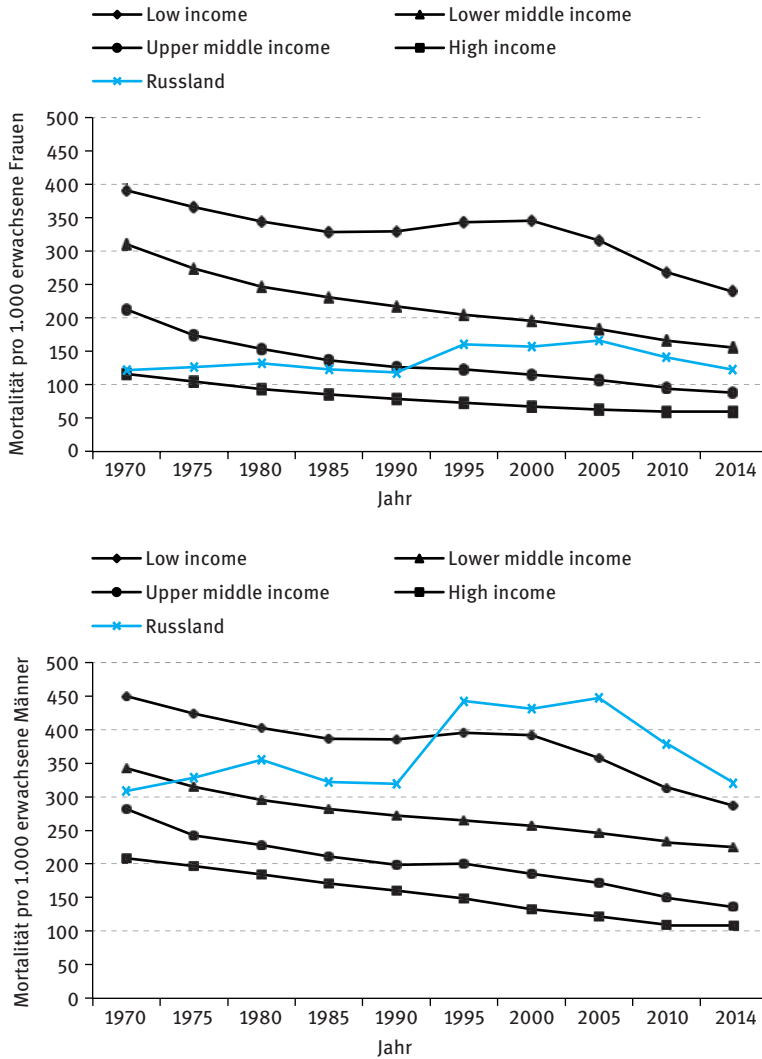
Die unterschiedlichen Säuglingssterblichkeitsraten korrelieren stark mit dem Einkommen und Entwicklungsstand der jeweiligen Länder. Aber es gibt auch Ausnahmen. So ist die Säuglingssterblichkeit in Kuba mit 4,8 pro 1.000 Neugeborenen beispielsweise niedriger als in den USA (5,9 pro 1.000 Neugeborene). Allerdings variiert die Rate auch innerhalb der USA sehr stark. Diese Unterschiede sind Folge großer ethnischer und sozioökonomischer Gegensätze, sowie der damit verbundenen Ungleichheit im Zugang zur medizinischen Versorgung. In den USA ist also die *Verteilungsgerechtigkeit* (*Equity*, s. Kap. 1.3.2 und Kap. 3.1) nicht gewährleistet. In der kubanischen Gesellschaft sind diese Unterschiede weit geringer. Gleichzeitig werden in den USA öfter als in Kuba medizinische Maßnahmen bei untergewichtigen Neugeborenen ergriffen. Die Maßnahmen erhöhen zwar die Überlebensrate unmittelbar nach der Geburt, führen aber zu einem Ansteigen der Säuglingssterblichkeitsrate im weiteren Verlauf, da diese Säuglinge in den ersten Lebenswochen ein höheres Sterberisiko aufweisen.

#### 10.1.4 Morbidität und Mortalität im Erwachsenenalter

Auch bei den Erwachsenen ist die Gesamtmortalität in den letzten Jahrzehnten weltweit gesunken, wobei wie bei den Kindern große Unterschiede zwischen den einzelnen Ländern bestehen (Abb. 10.2). Russland bildet hier eine Ausnahme. Dort hat die Sterblichkeit seit 1990 sowohl bei Männern und als auch bei Frauen zugenommen (s. Box 10.1.2 mit einer Diskussion der Ursachen).

Mit sinkender Geburtenrate und steigender Lebenserwartung erhöht sich in vielen Ländern der Anteil der erwachsenen, insbesondere der älteren Bevölkerung. In solchen Populationen dominiert zunehmend die Krankheitslast durch chronische, nicht übertragbare Erkrankungen (*Non Communicable Diseases*, NCD). Dazu gehören vor allem Herz-Kreislauf-Erkrankungen (s. Kap. 8.2), bösartige Tumore (s. Kap. 8.3), chronische Atemwegserkrankungen (s. Kap. 8.7) und der Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit; s. Kap. 8.5). Man bezeichnet diesen Vorgang als epidemiologischen Übergang oder **epidemiologische Transition**. Deutschland, Österreich, die Schweiz und andere Industrienationen haben im letzten Jahrhundert schon weite Strecken dieses Übergangs durchlebt. Dort sind heute 90% der Todesfälle auf nicht übertragbare Krankheiten zurückzuführen. In Malawi und vielen anderen *Least Developed Countries* hat die epidemiologische Transition erst begonnen, während sie in Brasilien und anderen Schwellenländern schon weiter vorangeschritten ist. Die epidemiologische Transition bedeutet für Schwellenländer eine doppelte Krankheitslast mit hohen Raten bei den Infektionskrankheiten und zunehmender Belastung durch chroni-





**Abb. 10.2:** Verlauf der altersstandardisierten Gesamtmortalität bei erwachsenen Frauen (oben) und Männern (unten) im Alter von 15–49 Jahren in den nach ihrem Einkommen gruppierten Ländern (1970 bis 2014). Die grüne Kurve zeigt den besonderen Verlauf in Russland (Russische Sozialistische Föderative Sowjetrepublik, seit 1992 russischen Föderation). (Quelle: Worldbank, Juli 2017.)

sche Krankheiten. Während Infektionskrankheiten weiterhin vor allem in ländlichen Gegenden und den Elendsvierteln der Städte vorkommen, stellen chronische Krankheiten sowohl ein Problem der ländlichen Bevölkerung (v. a. durch Bluthochdruck, Schlaganfall, s. Kap. 8.2) als auch zunehmend der Mittel- und Oberschicht in den

Städten dar (v. a. durch bösartige Tumore, Lungen- und Herz-Kreislauf-Erkrankungen; s. Kap. 8.2, 8.3 und 8.7).

**Box 10.1.2:** Eau de Cologne, „Zapoi“ und die Mortalität russischer Männer.

2008 lag die Lebenserwartung für Männer in Russland mit 62 Jahren deutlich unter dem Durchschnitt aller *Upper-middle-income*-Länder (68 J.) und war damit niedriger als die Lebenserwartung in einigen *Low-income*-Ländern, wie z. B. in Bangladesh (65 J.) oder in Nepal (66 J.). Wichtigste Ursache hierfür ist wahrscheinlich die hohe Mortalität durch Alkoholvergiftungen. In einer Industriestadt im Ural wurden in Rahmen einer Fall-Kontroll-Studie die Trinkgewohnheiten von verstorbenen Männern erfasst<sup>a</sup>. Die Angaben wurden dann mit denjenigen von lebenden Männern gleichen Alters verglichen, die den Verstorbenen in Bildungsstand und Rauchgewohnheiten entsprachen.

Das Nationalgetränk Wodka war etwa gleich häufig von Verstorbenen und Kontrollpersonen konsumiert worden. Die Gruppen unterschieden sich jedoch in ihren Trinkgewohnheiten. 45 Prozent der Verstorbenen, aber nur 12 Prozent der Kontrollpersonen waren als problematische Trinker eingestuft worden. Zu den problematischen Trinkgewohnheiten gehört in Russland das „Zapoi“. Hierunter versteht man mehrtägige Alkoholexzesse, in denen die Männer sich dem normalen sozialen Leben entziehen. Problematisches Trinken verdreifachte das Sterberisiko. Noch stärker war der Zusammenhang mit dem Konsum von nicht für den Verzehr vorgesehenen Alkoholika, z. B. Eau de Cologne. Wodka enthält 43 Prozent Alkohol. In Eau de Cologne, Parfüm, medizinischen Tinkturen und Reinigungsmitteln sind es bis zu 97 Prozent. Der Verkauf dieses Alkohols ist steuerfrei, sodass die genannten Substanzen bis zu sechsmal weniger kosten als Wodka.

Männer der untersten Bildungsschicht konsumieren solche Substanzen im Vergleich zu Männern aus höheren Schichten etwa 8-mal so oft und haben etwa 5-mal so oft einen Zapoi<sup>b</sup>. Bei 41 Prozent der Verstorbenen und 8 Prozent der Kontrollpersonen war das Trinken von derartigem „Billig-Alkohol“ angegeben worden. Unter Berücksichtigung des Alters der Personen errechneten Epidemiologen hieraus für sie ein mehr als 9-Mal so hohes Sterberisiko. Aufgrund der zitierten Studie schätzt man, dass etwa 40 % aller Todesfälle bei Männern in Russland auf Alkoholkonsum zurückzuführen sind.

(Quelle der Illustration: Christoph Frei)

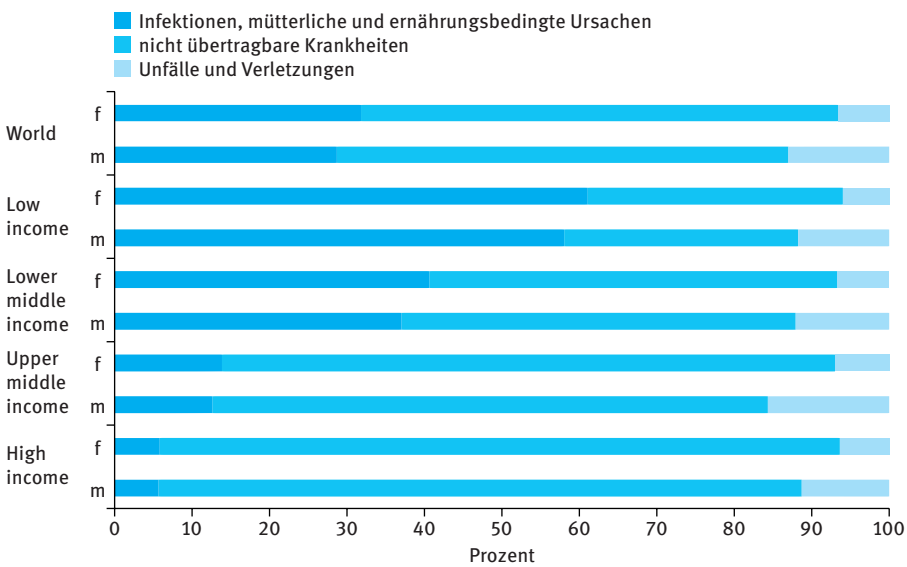
a Leon DA et al. Alcohol consumption and public health in Russia. *Lancet* 2007; 369: 2001–2009

b Tomkins S et al. Prevalence and socio-economic distribution of hazardous patterns of alcohol drinking: study of alcohol consumption in men aged 25–54 years in Izhevsk, Russia. *Addiction* 2007; 102: 544–553



Abb. 10.3 zeigt die Krankheitslast in DALYs für Männer und Frauen (15 bis 49 Jahre) global gesehen und unterteilt nach einkommensabhängigen Ländergruppen. Sichtbar ist dabei auch jeweils der Anteil, den Infektionskrankheiten, nicht übertragbare Krankheiten und Unfälle/Verletzungen einnehmen. Im Jahr 2015 wurde die weltweite

Krankheitslast für Erwachsene in dieser Altersgruppe auf 824 Millionen DALYs, d. h. verlorene gesunde Lebensjahre, geschätzt (für alle Altersgruppen waren es 2,46 Milliarden DALYs). Von dieser Krankheitslast entfielen 99 Millionen (12,0 %) auf „*Low income*“-Länder, 636 Millionen (77,2 %) auf „*Middle income*“-Länder und 89 Millionen (10,8 %) auf „*High income*“-Länder. Die im Erwachsenenalter dominierenden *nicht übertragbaren Krankheiten* sind auch in „*Low income*“-Ländern für die Mehrheit der DALYs bei Erwachsenen verantwortlich. Allerdings nimmt ihre Bedeutung mit dem jeweiligen Einkommen des Landes zu, während Infektionen, mütterliche und ernährungsbedingte Ursachen mit zunehmendem Einkommen anteilmäßig weniger wichtig werden. Berücksichtigt man alle Altersgruppen, sind die letztgenannten Ursachen in den „*Low income*“-Ländern jedoch mit 59,5 % aller DALYs noch immer die wichtigsten. In den „*Middle income*“- und „*Low income*“-Ländern fallen darüber hinaus Unfälle und Verletzungen besonders ins Gewicht, Männer sind hier wesentlich häufiger betroffen als Frauen (s. a. Kap. 8.9).



**Abb. 10.3:** Prozentuale Verteilung der Krankheitslast in DALYs (verlorene gesunde Lebensjahre) global und nach einkommensabhängigen Ländergruppen. Die Daten aus dem Jahr 2015 unterscheiden jeweils zwischen Männern (m) und Frauen (f) und beziehen sich auf die Altersgruppe der 15- bis 49-Jährigen.

(Quelle: Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation 2016).

### 10.1.5 Die weltweit wichtigsten Ursachen der Krankheitslast

Je nach dem Einkommen eines Landes zeigen sich große Unterschiede in der Verteilung der wichtigsten Erkrankungen, die dann wiederum Auswirkungen auf die DALYs einer Bevölkerung haben. Tab. 10.4 zeigt die jeweils zehn wichtigsten Ursachen für DALYs in allen Altersgruppen weltweit sowie gegliedert nach dem Einkommen der Länder. Es fällt auf, dass die wichtigsten Ursachen in der Welt insgesamt eine Mischung der Ursachen der „*Low income*“- und der „*High income*“-Länder sind. Von großer Bedeutung sind hier u. a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen (kardiovaskuläre Erkrankungen), bösartige Tumore, Muskel-Skelett-Erkrankungen, zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. Schlaganfall), chronische Atemwegserkrankungen und Diabetes mellitus, wie sie besonders häufig in den „*High income*“-Ländern vorkommen, aber auch Lungenentzündungen, Durchfallerkrankungen, Hirnschädigungen bei Neugeborenen und HIV/AIDS, die typisch für „*Low income*“-Länder sind. Ausnahmen sind Malaria und Tuberkulose, die weltweit nicht mehr zu den zehn wichtigsten Ursachen gehören. In den „*High income*“-Ländern dominieren somit die nicht übertragbaren Krankheiten. Hier gehören auch Depressionen und Hörverlust zu den wichtigsten Ursachen für verlorene gesunde Lebensjahre im Erwachsenenalter, obwohl sie nicht mit einer hohen Sterblichkeit assoziiert sind. Der hohe Anteil an psychischen Ursachen unter den DALYs in „*High income*“-Ländern unterstreicht den Einfluss sozialer (Drogenmissbrauch, Gewalt, sexueller Missbrauch, Diskriminierung) und ökonomischer Faktoren (Arbeitslosigkeit, Armut, ungenügende Bildung, Stress am Arbeitsplatz), die hier wirken. Alkoholassoziierte Erkrankungen spielen ebenfalls eine große Rolle (s. a. Kap. 4.2.2 und Kap. 8.8).

Die Liste der zehn wichtigsten Ursachen für DALYs in den „*Middle income*“-Ländern ähnelt stark der Liste der wichtigsten Ursachen weltweit. Auch sie stellt eine Kombination aus denjenigen der „*Low income*“- und der „*High income*“-Länder dar. Hier führen die nicht übertragbaren Erkrankungen die Liste an, aber HIV/AIDS, Pneumonien, Hirnschädigungen bei Neugeborenen und Eisenmangelanämie finden sich weiterhin unter den *Top Ten*. In den Schwellenländern sorgen zudem Verkehrsunfälle für immer mehr DALYs. Hauptgründe hierfür sind ungenügend gesicherte Straßen, fehlende Geschwindigkeitsbegrenzungen, der schlechte technische Zustand vieler Kraftfahrzeuge sowie die fehlende Gurtpflicht.

Doch auch innerhalb einer Einkommensgruppe bestehen zwischen den Ländern zum Teil große Unterschiede. Die wichtigsten Ursachen für verlorene gesunde Lebensjahre entsprechen in Deutschland, der Schweiz und Österreich im Wesentlichen dem Muster der „*High income*“-Länder. In den USA und Saudi Arabien gehören jedoch z. B. Verkehrsunfälle zu den wichtigsten DALY-Ursachen. Zwischen den „*Middle income*“- und „*Low income*“-Ländern sind die Unterschiede in den Ursachen noch ausgeprägter. HIV/AIDS findet man in Brasilien nicht unter den wichtigsten Ursachen. Auch in Bangladesch ist die Krankheit kaum vertreten, während sie in verschiedenen Ländern Subsahara-Afrikas zu den wichtigen DALY-Ursachen gehört. In Brasilien und Südaf-

rika sind zudem Gewalttaten besonders wichtige Ursachen für verlorene gesunde Lebensjahre.

**Tab. 10.4:** Die zehn wichtigsten Ursachen für verlorene gesunde Lebensjahre (DALYs) weltweit und in nach Einkommen unterschiedenen Ländergruppen. Die Daten beziehen sich auf alle Altersgruppen und auf das Jahr 2015.

(Quelle: Global Burden of Disease, Institute for Health Metrics and Evaluation, 2016).

Rang	Ursache	% aller DALYs	Rang	Ursache	% aller DALYs
<b>Welt (2.464 Mio. DALYs)</b>			<b>“Low income“-Länder (342 Mio. DALYs)</b>		
1	Kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt)	14,1	1	Untere Atemwegsinfektionen (Pneumonien)	8,2
2	Bösartige Tumore	8,5	2	Malaria	7,7
3	Muskel-/Skeletterkrankungen	6,0	3	Durchfallerkrankungen	6,4
4	Zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. Schlaganfall)	4,8	3	HIV/AIDS	6,4
5	Untere Atemwegsinfektionen (Pneumonien)	4,2	5	Protein-Energie-Mangelernährung	3,9
6	Chronische Atemwegs-erkrankungen	4,0	6	Hirnschädigung bei Neugeborenen	3,5
7	Durchfallerkrankungen	2,9	7	Tuberkulose	3,4
8	Hirnschädigung bei Neugeborenen	2,8	8	Neugeborenen-Sepsis	2,9
9	HIV/AIDS	2,7	9	Eisenmangelanämie	2,1
10	Diabetes mellitus	2,6	10	Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen	1,6
<b>“Middle income“-Länder (1.807 Mio. DALYs)</b>			<b>“High income“-Länder (314 Mio. DALYs)</b>		
1	Kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt)	15,2	1	Bösartige Tumore	17,3
2	Bösartige Tumore	7,9	2	Kardiovaskuläre Erkrankungen (z.B. Herzinfarkt)	15,9
3	Muskel-/Skeletterkrankungen	6,0	3	Muskel-/Skeletterkrankungen	10,8
4	Zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. Schlaganfall)	5,4	4	Chronische Atemwegs-erkrankungen	4,0
5	Chronische Atemwegs-erkrankungen	4,3	5	Zerebrovaskuläre Erkrankungen (z. B. Schlaganfall)	3,8

Tab. 10.4: (fortgesetzt)

"Middle income"-Länder (1.807 Mio. DALYs)			"High income"-Länder (314 Mio. DALYs)		
6	Untere Atemwegsinfektionen (Pneumonie)	3,8	6	Diabetes mellitus	3,5
7	Hirnschädigung bei Neugeborenen	3,1	7	Depressionen	3,2
8	Diabetes mellitus	2,8	8	Morbus Alzheimer u.a. Demenzformen	3,0
9	HIV/AIDS	2,4	9	Hörverlust	2,6
10	Eisenmangelanämie	2,2	10	Selbstverletzendes Verhalten	2,2

Die Prozentangaben beziehen sich auf die Welt oder die jeweilige Ländergruppe. Die Prozente addieren sich nicht auf 100% weil nur die 10 wichtigsten Ursachen aufgeführt sind.

## 10.2 Determinanten der globalen Gesundheit

Armut, Hunger, niedriger Bildungsstand, Bevölkerungswachstum und Ungleichheiten zwischen den Geschlechtern sind wichtige Determinanten der Unterschiede in der Gesundheit zwischen verschiedenen Bevölkerungsgruppen und zwischen den Bevölkerungen verschiedener Länder. Die genannten Determinanten beeinflussen den Altersaufbau einer Bevölkerung. Die daraus resultierenden Unterschiede im Altersaufbau können wiederum einen Teil der Unterschiede in der Gesundheit zwischen den Bevölkerungen der verschiedenen Länder erklären.

### 10.2.1 Armut

Etwa 767 Mio. Menschen leben von weniger als 2 US-Dollar am Tag. Armut und schlechter Gesundheitszustand stehen in einem engen Zusammenhang. Sowohl auf nationaler als auch auf individueller Ebene verhindert ein niedriges Einkommen die Verfügbarkeit, den Zugang zu sowie die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen. Umgekehrt trägt ein schlechter Gesundheitszustand zur Armut bei, weil kranke Menschen oder Menschen mit Behinderung meist keiner geregelten Tätigkeit nachgehen können. Ein guter Gesundheitszustand ist somit nicht nur Voraussetzung für individuellen Wohlstand, sondern auch für wirtschaftliches Wachstum und für die Entwicklung eines Landes.

Eine Abbildung in Kap. 10 auf unserer Lehrbuch-Homepage zeigt, dass das Bruttoinlandsprodukt (GDP = Gross Domestic Product) stark mit der Kindersterblichkeit und der Lebenserwartung korreliert. Die höchste Lebenserwartung haben die Menschen in Ländern und Gebieten mit hohem Volkseinkommen (z. B. Japan, Hongkong,

Schweiz, Deutschland, Österreich, Frankreich, USA), die niedrigste Lebenserwartung findet man in Ländern und Gebieten mit niedrigem Volkseinkommen (z. B. in der Demokratischen Republik Kongo, der Zentralafrikanischen Republik, in Swasiland, Lesotho und Sierra Leone). Allerdings gibt es hier Ausreißer: Die Menschen in Südafrika haben z. B. eine relativ geringe Lebenserwartung im Vergleich zum dort vorhandenen Wohlstand. Dies ist u. a. auf die ungleiche Verteilung des Einkommens zurückzuführen. Eine Minderheit der Gesamtpopulation verfügt über den größten Teil des Einkommens, während die große Mehrheit der Bevölkerung in Armut lebt und eine hohe Mortalitätsrate aufweist.

Die Zusammenhänge zwischen Volkseinkommen und Kindersterblichkeit wurden nach der *Deklaration von Alma Ata* (1978) erstmals systematisch untersucht. Länder wie Costa Rica, Kuba und der Bundesstaat Kerala in Indien gehörten hiernach zu den „Sonderfällen“, da sie trotz geringem Einkommen eine niedrige Kindersterblichkeitsrate aufwiesen. Man konnte fünf Schlüsselfaktoren identifizieren, die es einem Land erlauben, trotz relativ geringem Volkseinkommen gute Gesundheitsergebnisse zu erzielen:

- staatliche Förderung der sozialen Sicherheit
- Einbeziehung der Bevölkerung in die Prioritätensetzung und Entscheidungsfindung (*Community Participation*)
- Verteilungsgerechtigkeit (*Equity*) durch Berücksichtigung der Risikogruppen (ethnische Minderheiten, Kinder, Frauen, Randgruppen)
- intersektorale Zusammenarbeit (Gesundheit, Bildung, Wasserversorgung, Landwirtschaft)
- Einbeziehung der lokalen Traditionen und Kultur.

### 10.2.2 Hunger

Auf der Erde gibt es genug Nahrung, um die gesamte Weltbevölkerung zu ernähren. Dennoch leiden etwa 795 Mio. Menschen an chronischem Hunger und 160 Mio. Kinder unter fünf Jahren sind für ihr Alter zu klein, weil sie nicht genug zu essen haben. Die Hauptgründe für *Hungersnöte* sind Umsiedlungen und Zerstörungen von landwirtschaftlichen Erzeugnissen durch kriegerische Handlungen, aber zunehmend auch die Fehlverteilung von und die Spekulation mit Grundnahrungsmitteln.

Von *Mangelernährung* spricht man dann, wenn ein Mensch über einen längeren Zeitraum nicht genug oder zu einseitige Nahrung aufnimmt. Unterernährung ist eine Form der Mangelernährung, die durch eine anhaltende Reduktion der Energiezufuhr hervorgerufen wird. Sie führt zu einer allgemeinen Schwäche, verzögertem Wachstum und Untergewicht. Bei Kindern kommt es als Folge einer zu geringen Eiweiß-Zufuhr, kombiniert mit einem niedrigen Energiegehalt der Nahrung, zum *Kwashiorkor*. Kwashiorkor bedeutet in einer ghanaischen Sprache: „die Krankheit, die ein Kind bekommt, wenn ein neues Kind geboren wird“. Sie tritt dann auf, wenn während

einer erneuten Schwangerschaft die Milchproduktion bei der Mutter aussetzt und das Kind danach mit eiweißarmer Nahrung ernährt wird. Ein typisches Symptom des Kwashiorkors ist die Ödembildung (sichtbar v. a. am so genannten Hungerbauch). Im Gegensatz hierzu ist der *Marasmus* Folge einer generellen Unterernährung mit einem Mangel an Eiweißen, Fetten und Kohlenhydraten. Er führt durch den Abbau der Energie- und Eiweißreserven des Körpers zur Gewichtsabnahme bei gleichzeitiger Reduktion der Muskelmasse, nicht jedoch zur Ödembildung. Diese Form des Protein-Energie-Mangelsyndroms (PEM) findet man v. a. in den *Least Developed Countries*. Mangelernährung trägt zu etwa 50 % aller Todesfälle bei Kindern bei. Einer der Gründe hierfür ist die eingeschränkte Widerstandskraft der betroffenen Kinder gegen Infektionskrankheiten. Schwangere Frauen, die unterernährt sind, bringen sehr oft untergewichtige Kinder zur Welt, die dann wiederum ein stark erhöhtes Risiko haben, an Atemwegsinfektionen und Durchfall zu erkranken und zu versterben.

### 10.2.3 Niedrige Bildung

Der Gesundheitszustand einer Bevölkerung ist eng mit ihrer Bildung verbunden. Global gesehen korreliert die Anzahl an Schuljahren mit der Lebenserwartung ähnlich eng wie das Einkommen. Auch innerhalb der einzelnen Länder ist dieser Zusammenhang nachweisbar. So übertrifft die Lebenserwartung von Hochschulabgängern in der Schweiz die der am wenigsten Gebildeten um mehrere Jahre (s. a. Kap. 1.3.2).

Dabei hat insbesondere in ärmeren Ländern die Ausbildung von Mädchen einen größeren Einfluss auf die Entwicklung einer Gesellschaft sowie auf die Verminderung von Armut als die Ausbildung der Jungen. Ihre Ausbildung führt zu einer positiven Verstärkung folgender Faktoren: Gut ausgebildete Frauen heiraten später, benutzen Verhütungsmittel, bekommen weniger Kinder und ziehen diese gesünder auf. Sie treffen bessere Entscheidungen für sich und ihre Kinder und leisten wirtschaftlich größere Beiträge zum Haushalt. Zudem haben Mädchen, die in eine kleinere Familie hinein geboren werden, eine größere Chance, eine Schule zu besuchen und diese auch abzuschließen.

### 10.2.4 Ungleichheit zwischen den Geschlechtern

Gesellschaftlich festgelegte Rollen und Haltungen gegenüber Frauen und Männern führen zu sozialen Unterschieden, die die eine Gruppe stärken und die andere benachteiligen. Armut und unzureichende Bildung verstärken die Ungleichheit zwischen den Geschlechtern. Weltweit sind fast 90 % der Kinder, die keine Schule besuchen oder abschließen können, Mädchen. Frauen erhalten in vielen Ländern (auch in der Schweiz, in Österreich und Deutschland!) weniger Lohn für dieselbe Arbeit, der Zugang zu gut bezahlter Arbeit ist ihnen oft verwehrt. In einkommensschwachen



Ländern sind Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe meist nicht für alle Frauen zugänglich. Mittlerweile finden dort fast 90 % der Schwangerschaftsabbrüche weltweit – häufig unter gesundheitsschädigenden Bedingungen – statt. Nicht selten sind schwerste Infektionen, Blutungen oder Tod die Folge.

### 10.2.5 Kriegerische Konflikte

Im Jahr 2014 zählte das Heidelberger Institut für Internationale Konfliktforschung 424 politische Konflikte weltweit, 46 Konflikte wurden als „hochgewaltsam“ eingestuft. Anders als die beiden Weltkriege sind viele der heutigen Konflikte Bürgerkriege, die über Jahrzehnten geführt werden, so z. B. in einer Reihe von afrikanischen Ländern wie Ruanda, Angola, Uganda und Somalia. Trotz des Schutzes, den die *Genfer Konvention* der Zivilbevölkerung zusichert, sind vor allem Zivilisten die Leidtragenden dieser Auseinandersetzungen. 95 % aller Toten in Bürgerkriegen sind Nichtkombattanten. Ein Krieg kann sich direkt und indirekt auf die Gesundheit einer Bevölkerung auswirken, seine Folgen sind oft über Generationen wirksam. Noch Jahre und Jahrzehnte nach einem Konflikt stellen Landminen eine große Gefahr für die Zivilbevölkerung dar (z. B. in Bosnien-Herzegowina oder Kambodscha). Die *International Campaign to Ban Landmines* erreichte 1997 ein Verbot von Herstellung, Handel und Einsatz von Anti-Personenminen und erhielt dafür den Friedensnobelpreis. Doch auch heute noch sind Landminen pro Jahr für rund 20.000 Todesfälle und schwere Verletzungen verantwortlich. Zudem werden sie von vielen Industrieländern trotz des Verbots weiterhin produziert.

In bürgerkriegsähnlichen Konflikten werden Frauen immer häufiger Opfer von Gewalt. So wurden Frauen in Ex-Jugoslawien, Ruanda und Sierra Leone systematisch von Soldaten oder Milizionären vergewaltigt. Ähnliches geschieht derzeit immer wieder durch die Angehörigen des so genannten Islamischen Staates (IS oder Daesch) in Syrien und im Irak sowie durch Boko Haram im Norden Nigerias und den angrenzenden Staaten. In der Folge führen schwerste psychische Traumatisierungen, ungewollte Schwangerschaften und die Übertragung von HIV/AIDS zu gravierenden gesundheitlichen Belastungen bei den Betroffenen.

Darüber hinaus sind bewaffnete Konflikte Ursache für eine ökonomische Stagnation, die das Armutrisiko bei der Bevölkerung erhöht. Die Rüstungsausgaben entziehen dem Gesundheitswesen die Ressourcen, die z. B. für Impfkampagnen oder *Vektor-Kontrollmaßnahmen* (s. Kap. 9.3 und Kap. 9.4) benötigt würden. In Burundi trug dieser Faktor 2001 zu einer Malaria-Epidemie bei. ÄrztInnen und Pflegefachkräfte verlassen bei kriegerischen Konflikten oftmals ihr Land. Die Zerstörung der Infrastruktur begünstigt Epidemien von ansonsten vermeidbaren Krankheiten (z. B. Cholera), chronischer Nahrungsmangel führt zu Hungersnöten.

### 10.2.6 Umweltveränderungen

Unsere Umwelt wird durch Bevölkerungswachstum, Industrialisierung und Urbanisierung stark verändert. Treibhausgase, wie sie bei der Verbrennung von fossilen Brennstoffen entstehen, Bodenerosion, Erschöpfung der Trinkwasservorräte, Abnahme der Biodiversität und Anreicherung von Chemikalien in Ökosystemen sind einige Beispiele dafür, wie die Natur in Mitleidenschaft gezogen wird. Die Bevölkerung der Industrieländer verbraucht ca. 50 Mal mehr Energie pro Person als die Einwohner von Entwicklungsländern. Der Weltklimarat (*Intergovernmental Panel on Climate Change, IPCC*) geht von einem Anstieg der weltweiten Durchschnittstemperatur um 1 bis 3 °C bis zum Jahr 2100 aus. Schon heute zeigen sich zunehmend Auswirkungen des *Klimawandels* auf die Gesundheit der Bevölkerung (s. a. Kap. 6).

### 10.2.7 Migration und Flucht

Seit jeher suchen Menschen für sich und ihre Familien bessere wirtschaftliche Bedingungen/Umweltbedingungen (selbst gewählte Migration) oder Schutz vor Verfolgung und Krieg (erzwungene Migration, Flucht). Im 21. Jahrhundert haben sich Migration und Flucht aber zu einer „neuen Normalität“ entwickelt: Weltweit gibt es laut den Vereinten Nationen 232 Mio. internationale MigrantInnen und 740 Mio. Menschen, die innerhalb eines Landes gewandert sind. Im Jahr 2015 waren weltweit 21,3 Mio. Menschen auf der Flucht, mehr als die Hälfte von ihnen im Alter unter 18 Jahren. Tab. 10.5 zeigt aktuelle Zahlen für Deutschland, Österreich und die Schweiz. Im Vergleich zu den weltweiten Zahlen wird deutlich, dass die weitaus meisten MigrantInnen und Flüchtlinge nicht nach Europa kommen, sondern in städtische Slums ihrer Länder oder in Nachbarländer ziehen. Derzeit beherbergen die Türkei, Pakistan und Libanon die größte Zahl von Geflüchteten.

**Tab. 10.5:** Anzahl ausländischer Staatsangehöriger und Geflüchteter in Deutschland, Österreich und der Schweiz, 2015.

Land	Gesamtbevölkerung (Mio.)	Ausländische Staatsangehörige (Mio.)	Gestellte Asylanträge
Deutschland	81,4	9,5 *	476.649
Österreich	8,6	1,3	88.340
Schweiz	8,3	2,0	39.523

\* Die Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund (selbst zugewandert oder direkte Nachfahren von Zuwanderern, unabhängig von der Staatsangehörigkeit) ist mehr als doppelt so hoch.

(Quellen: BAMF 2016; ÖIF 2016; Sem 2016; Schweizerische Eidgenossenschaft 2016).

Migration (einschließlich Fluchtmigration) ist in mehrerlei Hinsicht eng mit Gesundheit assoziiert. Migrationshintergrund kann somit eine eigenständige soziale Determinante von Gesundheit sein. Menschen, die aus wirtschaftlichen Gründen migrieren, sind oft besonders gesund und mutig. Sie können daher zunächst gesundheitliche Vorteile gegenüber der Bevölkerung des Ziellands aufweisen („*Healthy Migrant*“-Effekt). Durch ihre oft ungünstigen Lebens- und Arbeitsbedingungen verlieren sich diese Vorteile im Laufe von Jahren oder Jahrzehnten und verwandeln sich in gesundheitliche Nachteile. Dazu tragen neben Diskriminierung auch sprachliche und kulturelle Barrieren bei, die den Zugang zur Gesundheitsversorgung erschweren. Diversitätssensible Gesundheitsdienste, die versuchen, die Bedürfnisse der verschiedenen Migrantengruppen zu berücksichtigen und Dolmetscherdienste zur Verfügung stellen, können gemeinsam mit einer expliziten Antidiskriminierungspolitik zu Verbesserungen der Situation beitragen.

Geflüchtete Menschen sind gleichfalls eine sehr heterogene Gruppe – nicht nur im Hinblick auf ihre Herkunftsländer und Kulturen, sondern auch auf ihre gesundheitliche Situation. Das Spektrum reicht von Menschen mit großer Resilienz bis hin zu körperlich oder psychisch schwer Traumatisierten, die Opfer von Gewalt einschließlich sexueller Übergriffe im Herkunftsland, während der Flucht oder in Massenunterkünften im Zielland geworden sind. Während die körperlichen Folgen meist leicht zu diagnostizieren sind, können psychische Traumafolgen verkannt werden oder mit Verzögerung auftreten. Es besteht eine Unterversorgung mit psychotherapeutischen Diensten, die entsprechende sprachliche und kulturelle Kenntnisse haben. Oftmals werden im Vergleich dazu große Ressourcen für das Screening auf Infektionskrankheiten eingesetzt. Hierbei ist jeweils zu prüfen, ob damit tatsächlich ein Nutzen erzielt wird (s. Kap. 4.5).

In Deutschland sehen sich Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts zusätzlichen Zugangshindernissen zu den Gesundheitsdiensten gegenüber. Sie haben nur Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, Impfungen sowie die Betreuung während Schwangerschaft und Geburt. In einigen Städten und Gemeinden müssen sie zudem einen Berechtigungsschein von der Sozialbehörde besorgen, bevor sie ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen dürfen. Diese Einschränkungen führen nachweislich zu höheren Gesundheitskosten. Gleichzeitig sind sie mit der gängigen Interpretation von bestmöglicher Gesundheit als einem Menschenrecht nicht kompatibel und sollten daher dringend aufgehoben werden.

### 10.3 Health for All: Strategien, Akteure und Setzung von Prioritäten

Im Jahr 1977 formulierte die Weltgesundheitsversammlung der Vereinten Nationen (*World Health Assembly*) das Ziel, dass die gesamte Weltbevölkerung bis zum Jahr 2000 ein Leben in Gesundheit führen kann. Der damalige Direktor der WHO, *Halfdan*

Mahler (1923–2016) war Architekt und treibende Kraft von *Health for All by the Year 2000*. Die primäre Gesundheitsversorgung (*Primary-Health-Care*, PHC) wurde in der *Alma-Ata-Deklaration* (1978) als Schlüsselstrategie definiert, mit deren Hilfe dieses Ziel zu erreichen sei (s. a. Kap. 1.6). Seither wird diskutiert, welches die geeigneten Strategien zur Erreichung von *Health for All* sein könnten. Kontrovers sind so genannte vertikale Programme, die zentral geplant werden und sich auf wenige Gesundheitsprobleme eines Landes oder einer Region konzentrieren. Weder die in Alma Ata propagierte PHC mit dem rudimentär ausgebildeten *Village Health Worker*, noch punktuelle vertikale Programme werden die globalen Gesundheitsprobleme nachhaltig lösen können. Der Aufbau von geeigneten Gesundheitssystemen mit einer starken PHC-Komponente, mit Institutionen und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung stellen wichtige gesellschaftliche Aufgaben dar, die weit über den Gesundheitssektor hinausgehen und ohne eine wirksame Bekämpfung der Armut nicht zu realisieren sind.

### 10.3.1 Entwicklungsziele

Im September 2000 verabschiedeten die Vereinten Nationen die „Millennium-Entwicklungsziele“ (*Millennium Development Goals*, MDGs). Die Bekämpfung von Hunger und Armut, Bildung für alle und Umweltschutz wurden als wichtige übergeordnete Ziele der internationalen Gemeinschaft definiert. Drei Ziele hatten unmittelbar mit Gesundheit zu tun: Reduktion der Kindersterblichkeit (MDG 4), Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Mütter (MDG 5) sowie Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten (MDG 6). Die MDGs verdeutlichten, dass ein verbesserter Gesundheitszustand der Bevölkerung ein Schlüsselfaktor bei der Bekämpfung der Armut in der Welt ist. Um das Erreichen der Ziele messbar zu machen, wurden Indikatoren definiert. Als Basisjahr dient dabei das Jahr 1990; Zieljahr war 2015.

Das Ziel, die Armut weltweit zu halbieren, wurde bereits 2010 erreicht. Obwohl die Kindersterblichkeit deutlich abgenommen hat (Abb. 10.1) wurde das Ziel verfehlt, die Kindersterblichkeit um zwei Drittel zu senken. Die Müttersterblichkeit konnte weltweit fast halbiert werden, erreichte jedoch die Zielvorgabe nicht. Das Ziel, die Ausbreitung von HIV/Aids bis zum Jahr 2015 zum Stillstand zu bringen, wurde trotz eines deutlichen Rückgangs der Neuinfektionen in einigen Regionen Afrikas, Lateinamerikas und Asiens ebenfalls nicht verwirklicht. Obwohl die MDGs somit nur teilweise erreicht wurden, ist die Bilanz insgesamt positiv. Es ist unwahrscheinlich, dass die erzielten Fortschritte ohne die Vereinbarung von konkreten Zielen durch die internationale Gemeinschaft möglich gewesen wären.

Mit der im September 2015 von den Vereinten Nationen verabschiedeten Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung definierte die internationale Staatengemeinschaft erneut Ziele für eine nachhaltige Entwicklung (*Sustainable Development Goals*, SDGs, **Abb. 10.4**). Die 17 Ziele tragen der wirtschaftlichen, sozialen und ökologischen

Dimension der nachhaltigen Entwicklung Rechnung und führen Armutsbekämpfung und Entwicklung in einer Agenda zusammen. Das SDG 3 betrifft die Gesundheit und beinhaltet 13 Unterziele, die u.a. die weitere Reduktion der Mütter- und Kindersterblichkeit, das Ende der AIDS, Tuberkulose und Malaria Epidemien, die Prävention von NCDs und Verkehrsunfällen und die Stärkung der Gesundheitssysteme vorsehen. Die SDGs sollen bis 2030 global und von allen UNO-Mitgliedstaaten erreicht werden. Auch die Schweiz, Deutschland und Österreich sind aufgefordert, die Ziele national umzusetzen.



**Abb. 10.4:** Die nachhaltige Entwicklungsziele.

(Abbildung: Mit freundlicher Genehmigung der *Deutschen Stiftung Weltbevölkerung*).

### 10.3.2 Globaler Fonds, Stiftungen und Initiativen

Obwohl vertikale Gesundheitsprogramme immer wieder in der Kritik stehen, sind sie recht erfolgreich in der Bekämpfung von Zielkrankheiten. Ein Beispiel hierfür ist die Bekämpfung von AIDS, Tuberkulose und Malaria durch den *Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (GFATM)*. Der GFATM wurde im Juni 2002 auf Beschluss der UN Sondersammlung zu HIV und AIDS gegründet. Aufgabe des Fonds ist die Finanzierung von Maßnahmen zur Bekämpfung der drei Infektionskrankheiten in „Low“- und „Middle-income“-Ländern. Geldgeber sind Regierungen und Stiftungen. Jährlich mobilisiert und investiert der Fonds etwa 4 Mrd. US-Dollar für Projekte und Programme weltweit. Mit dieser Hilfe konnten bisher u. a. 10 Mio. HIV-infizierte Menschen und 16,6 Mio. Tuberkulosepatienten behandelt sowie die Haushalte in den betroffenen Ländern mit 713 Mio. insektizidbehandelten Mückennetzen versorgt werden (s. a. Kap. 9.2). Zu Beginn einer Zusammenarbeit mit einem Land definieren Fonds und Empfängerorganisation gemeinsam die zu erreichenden

Ziele und legen Kriterien fest, wie diese zu messen sind. Programme, die vereinbarte Zielvorgaben wesentlich unterschreiten, erhalten keine weiteren Zahlungen mehr.

Die *Bill & Melinda Gates Foundation* (BMGF) ist mit einem Vergabevolumen von derzeit etwa 4,2 Mrd. US-Dollar pro Jahr die größte private Stiftung der Welt. Sie unterstützt die Behandlung und Bekämpfung von Krankheiten in der ganzen Welt mit einem Fokus im Bereich AIDS, Tuberkulose und Malaria. Außerdem engagiert sie sich im Bereich der Entwicklung und Bereitstellung von Impfstoffen und Impfstofftechnologien. Die Globale Allianz für Impfstoffe und Immunisierung (*Global Alliance for Vaccine and Immunization*, GAVI) wird zu 75 % (das sind ca. 1,5 Mrd. US-Dollar pro Jahr) von der BMGF finanziert. GAVI ist ein Beispiel für eine der vielen globalen Gesundheitsinitiativen (*Global Health Initiatives*, GHI), Partnerschaften und Programmen, die im Zusammenhang mit der Umsetzung der MDGs entstanden sind. Weitere Beispiele sind die *Stop TB Partnership*, *Roll Back Malaria*, *Partnership for Maternal, Newborn and Child Health* sowie die *Health Workforce Alliance*, die sich für eine Stärkung der Personalstruktur im Gesundheitswesen einsetzt.

### 10.3.3 Die WHO und andere internationale Organisationen

Die *Weltgesundheitsorganisation* (WHO) ist eine Sonderorganisation der *Vereinten Nationen* (UN) mit 193 Mitgliedstaaten und sechs Regionen (s. dazu eine Abbildung in Kap. 10 auf unserer Lehrbuch-Homepage). Als Koordinationsbehörde für das internationale öffentliche Gesundheitswesen unterstützt sie Entwicklungsländer beim Aufbau von Gesundheitssystemen und koordiniert nationale und internationale Aktivitäten, wie z. B. globale Impfprogramme und Programme gegen übertragbare Krankheiten, Rauchen oder Übergewicht. Ein weiterer Schwerpunkt ist die weltweite Erhebung und Analyse von Gesundheits- und Krankheitsdaten. Die wichtigste Publikation der WHO ist der jährlich erscheinende *Weltgesundheitsbericht* (*World Health Report*), der in jedem Jahr auf ein aktuelles Thema der Globalen Gesundheit eingeht und dazu die wesentlichen globalen Daten veröffentlicht. Das jährliche Budget der WHO beträgt derzeit etwa 4,4 Mrd. US-Dollar.

Weitere wichtige internationale Organisationen, die sich mit Gesundheit beschäftigen, sind z. B. die *UNAIDS* (*Joint United Nations Programme on HIV/AIDS*; ein Projekt der Vereinten Nationen, dessen Ziel es ist, die verschiedenen Aktivitäten der Ländern im Kampf gegen HIV/AIDS zu koordinieren), die *IARC* (*International Agency for Research on Cancer*, eine Forschungseinrichtung der WHO zum Thema Krebs) und *The Union* (*International Union Against Tuberculosis and Lung Disease*, eine Organisation der nationalen Lungenligen).

Die WHO und andere Organisationen der UN sind angesichts der vielen Akteure im Bereich Gesundheit stark gefordert. Im Zentrum steht dabei die Harmonisierung der Maßnahmen von mehr als 100 GHI, von globalen und regionalen Finanzierungsagenturen sowie Projekten der Entwicklungszusammenarbeit.

### Internet-Ressourcen

Auf unserer Lehrbuch-Homepage ([www.public-health-kompakt.de](http://www.public-health-kompakt.de)) finden Sie neben zusätzlichen Abbildungen und Tabellen auch Hinweise auf die Literaturquellen, Links zu den genannten Institutionen, zu den SDGs, weiterführender Literatur sowie zu anderen relevanten Ressourcen. Besuchen Sie z. B. die Seiten von *Hans Rosling* (1948–2017), der internationale Statistiken eindrucklich interaktiv zum Leben brachte.

