

Gesundheit & E-Health

Gesundheit als globales Nachhaltigkeitsziel

Der diesjährige World Health Summit ist vorüber und hat die vielfältigen globalen Gesundheitsprobleme abermals in den Fokus gerückt. Grund genug, den Nachhaltigkeitszielen der UN auf den Grund zu gehen. In seiner Expertenkolonne fragt Evert Jan van Lente, wo wir heute stehen.



von Evert Jan van Lente

veröffentlicht am 20.10.2022

Dass Gesundheit ein globales Thema ist, wurde mit der **COVID-19 Pandemie** wieder ins Bewusstsein gerufen. Auch weltweit ist die „**stille Pandemie**“ der **Antibiotikaresistenzen** eine gewaltige Herausforderung. Der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kommt eine wichtige Rolle zu, wenn die Gesundheit von Menschen auf der ganzen Welt gefährdet ist. Sie widmet sich aber nicht nur grenzüberschreitenden Gesundheitsbedrohungen, sondern auch der Verbesserung des Gesundheitszustands in allen Mitgliedsstaaten. Die Mitglieder der Vereinten Nationen (UN) haben sich für den Zeitraum von 2015 bis 2030 sogenannte **Nachhaltigkeitsziele** (*Sustainable Development Goals* (<https://sdgs.un.org/goals>), SDG) gesetzt, die neben der Gesundheit alle langfristig wichtigen Bereiche umfassen. Die Länder überprüfen die Ziele im eigenen Land selbst und melden die Daten an die UN, beziehungsweise die Gesundheitsdaten an die WHO. So können Fortschritte bei den SDGs auf globaler Ebene überprüft werden.

Die Gesundheitsziele sind insbesondere wichtig für die Länder des globalen Südens, da es dort oft an ausreichender Finanzierung und gesundheitlicher Infrastruktur mangelt. In den Entwicklungs- und Schwellenländern gibt es gravierende Probleme, die in unserer westlichen Welt fast undenkbar sind. Laut „World Health Statistics 2022“ der WHO liegt die **Tuberkulose-Inzidenz** pro 100.000 Einwohner in Afrika bei 220, in Südostasien bei 211, in Deutschland hingegen gerade mal bei sechs. In Afrika gibt es noch immer **82 HIV-Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner**, in Deutschland sind es drei. Weitere Probleme sind Hepatitis B, Malaria und die wachsende Zahl von Patienten mit nicht-übertragbaren Krankheiten, wie **Krebs, Herzkrankheiten und Diabetes**. In Deutschland gibt es 44 Ärzte und 223 Krankenschwestern und Hebammen je 100.000 Einwohner; in Afrika sind es nur fünf Ärzte und 13 Krankenschwestern. Weltweit sind es durchschnittlich 16 Ärzte und 40 Krankenschwestern. Kein Wunder, dass die **Lebenserwartung** in Deutschland mit 81,7 Jahren fast 20 Jahre höher als die Lebenserwartung in Afrika mit 64,5 Jahren und zehn Jahre höher als die Lebenserwartung in Südost-Asien mit 71,4 Jahren ist.

Krankenversicherung als Luxusgut

Gesundheit ist eines der 17 globalen Nachhaltigkeitsziele. Die SDGs umfassen alle Entwicklungsbereiche, wie beispielsweise Armut- und Hungerbekämpfung, Bildung, sauberes Wasser und Klimapolitik. Viele dieser Ziele beeinflussen einander. So sind die genannten Bereiche auch relevant für das Gesundheitsziel. Eines der wichtigsten Teilziele im Gesundheitsbereich ist der **universelle Zugang zu Gesundheitsleistungen**, ohne einen Haushalt finanziell zu ruinieren („Universal Health Coverage“, UHC). Global gesehen hat die Mehrheit der Menschen keine Krankenversicherung und die vom Staat zur Verfügung gestellten Gesundheitseinrichtungen sind meistens unzureichend und verlangen oft **Zuzahlungen**, weil der Staat die Einrichtungen nicht mehr vollständig aus Steuermitteln finanzieren kann. So kann es vorkommen, dass eine angebundene Kuh vor einem Krankenhaus in Kenia grast, weil die Familie kein Geld für die Behandlung hat und der Patient erst entlassen wird, wenn die Schulden beglichen sind. Wenn kein Geld da ist,

kann es also auch eine Kuh sein, die vielleicht die einzige Einkommensquelle der Familie war.

Trotz der Erkenntnis, dass Gesundheit neben der Verbesserung der individuellen Lebensqualität eine **Voraussetzung für wirtschaftliches Wachstum**, mehr Gleichheit in der Gesellschaft und sozialen Frieden ist, wird der Gesundheitsbereich in der Politik meistens niedrig priorisiert. Diese Unterpriorisierung ist weltweit zu beobachten – auch in Deutschland. Die Gesundheitseinrichtungen müssen hierzulande immer noch um Ausgleichszahlungen für zunehmende Energiekosten und die Inflation kämpfen. Es kann beobachtet werden, dass wirklich gute Strukturreformen im Gesundheitsbereich nur durchgesetzt werden konnten, wenn die politische Spitze das Thema persönlich hoch priorisiert.

Die Unterfinanzierung ist oft historisch über Jahrzehnte entstanden. In den Ländern der früheren Einflusszone der Sowjetunion ist das im Prinzip gut durchdachte Gesundheitssystem aufgrund der dauerhaften Unterfinanzierung qualitativ immer schlechter geworden. **Ärzte verdienen oft weniger als Industriearbeiter** und die Gesundheitseinrichtungen wurden marode. Nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion und dem EU-Beitritt der osteuropäischen Länder wanderte das medizinische Personal in großer Zahl in die westlichen Länder ab. In vielen Entwicklungs- und Schwellenländern ist die Situation ähnlich, die öffentlichen Gesundheitssysteme mit Krankenhäusern und ambulanten Kliniken wurden durch permanente Unterfinanzierung immer weniger leistungsfähig.

Private Zuzahlungen sind vielfach Standard

In diesen Ländern hat sich jedoch schon seit Langem eine **privatwirtschaftliche, parallele Gesundheitsinfrastruktur** gebildet, bei der Privatzahlungen verlangt werden. Die private Versorgungsangebote sind den öffentlichen Versorgungseinrichtungen nicht immer überlegen, aber es gibt meistens keine lange Wartezeiten. Es gibt aber auch gute Kliniken, die eine Versorgung auf fast westlichem Niveau anbieten können – was aber für die meisten Menschen

unerschwinglich ist. Private Einrichtungen bezahlen Ärzte und anderes medizinisches Personal in der Regel deutlich besser als in den öffentlichen Einrichtungen mit der Folge, dass medizinisches Personal abwandert.

Interessant ist auch, dass **große Unternehmen in Entwicklungsländern selber Kliniken betreiben**, weil sie wissen, dass gesunde Mitarbeiter essentiell für eine produktive Belegschaft sind und die Mitarbeiter keinen oder sehr schweren Zugang zu Gesundheitsleistungen haben. So versorgt beispielsweise das US-amerikanische Unternehmen Del Monte in Kenia HIV-positive Mitarbeiter mit antiretroviralen Medikamenten und das staatseigene indonesische Energieunternehmen Pertamina betreibt Kliniken und fördert Gesundheitsprojekte für die Belegschaft.

Trotzdem betreffen die SDGs nicht nur die Probleme der Entwicklungsländer. Alle Länder haben sich Ziele gesetzt, wie sie sich in kritischen Bereichen verbessern können. Die Bundesregierung hat beispielsweise das Ziel definiert, die **Raucherquote** von Jugendlichen auf sieben Prozent und bei den Erwachsenen auf 19 Prozent bis 2030 zu reduzieren. Außerdem soll die Zunahme von Adipositas bei Jugendlichen und Erwachsenen dauerhaft gestoppt und die Emissionen von Luftschadstoffen bis 2030 auf 45 Prozent gegenüber dem Jahr 2005 reduziert werden. Die WHO-Indikatoren zeigen darüber hinaus einen **hohen Alkoholkonsum in Deutschland** und eine verbesserungsfähige Lage bei Impfungen. Die globale SDG-Zielerreichung war bis zum Ausbruch der COVID-19 Pandemie auf einem relativ guten Weg. Die Pandemie hat die Entwicklung weltweit gestoppt oder teilweise zurückgedreht. Dies lässt sich beispielsweise am **Rückgang der Lebenserwartung in fast allen Ländern** beobachten.

Deutschland engagiert sich stark für Verbesserungen der Gesundheit auf globaler Ebene und trägt beispielsweise substantiell zur Finanzierung des **Global Fund zur Bekämpfung von HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria** bei.

Evert Jan van Lente ist Gesundheitsökonom und seit 1989 im deutschen Gesundheitssystem sowie in internationalen Gesundheitsprojekten tätig. Zuletzt arbeitete er beim AOK-Bundesverband, zuständig für die Europapolitik und bei der Europäische Arzneimittel Agentur (EMA). Als Dozent arbeitet er an der Universität Heidelberg, sowie an der Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg. Für den Tagesspiegel Background analysiert er als Autor aktuelle gesundheitspolitischen Trends, Probleme und Herausforderungen.