

### **Ausgangslage**

Noch nie wurde soviel für weltweite Gesundheitsprojekte gespendet wie heute, sowohl von öffentlicher als auch von privater Seite. Geprägt vom Eindruck nuklearer Bedrohung und grenzüberschreitender Umweltprobleme, begreift man die Welt heute als Schicksalsgemeinschaft. Krankheiten, Seuchen oder Katastrophen sind somit infolge der dichten Vernetzung längst globale Phänomene und Begründer von Kausalbeziehungen zwischen Gesellschaften.

### **Thesen**

- „There is a great danger current that the age of generosity not only falls short of expectations but actually make things worse on the ground.“
- Tore Godal: There is currently no systemic approach designed to match essential needs with the resources that are actually available.“

### **Brain Drain International / Intranational:**

- Überalterung in entwickelten Ländern
- Weltweit fehlen heute über 4 Mio. Gesundheitsangestellte
- Jahr 2020 in den USA; fehlen 800'000 Pflegefachpersonen und 200'000 Ärzte
- Ghana: 604 von 871 dort ausgebildeten Ärzten (1993-2002) arbeiten im Ausland
- Simbabwe: 360 von 1'200 in den 1990er Jahren ausgebildete Ärzte noch dort, 1980: 90 % der Pflegestellen im besetzt, heute noch 30 % besetzt
- Brain Drain innerhalb des Landes: Stellen in Hilfsprojekten deutlich besser bezahlt.; Malawi: in den letzten 5 Jahren 64 % der Pfleger, 85 % der Ärzte an ausländische NPOs verloren, grösstenteils aus USA und Grossbritannien
- Erschwerend: AIDS als Todesursache bei Gesundheitspersonal: 18-41 % des Gesundheitspersonals in Afrika mit HIV infiziert

### **Folgen von fehlendem Personal:**

- Ghana: 72 % der Kliniken können nicht ganze Palette an Gesundheitsleistungen erbringen aufgrund fehlenden Personals
- 43 % der Kliniken können keine volle Kinderimpfung anbieten
- 77 % der Kliniken können keinen 24h-Notfalldienst und rund um die Uhr Betreuung bei Geburten anbieten
- Guinea Bissau: Fehlen von Ärzten verhindert Verteilung von reichlich vorhandenen AIDS-Medikamenten

### **Hilfe mit Bedingungen...**

- Auflagen:vom Spender vorgegebenen: Prioritäten, Politik, Werte
- Spezifische Projekte reflektieren Interessen der Spender, nicht der Empfänger
- Seuchen/Krankheiten mit höchster Medienaufmerksamkeit in reichen Ländern, erhalten die meisten Gelder (High Profile Diseases)
- Krankheiten ohne Lobby, drei häufigsten Todesursachen in armen Ländern:
  1. Tod im Kindbett
  2. Atemwegerkrankungen bei Kindern
  3. Darminfektionen
- Projekte schlecht koordiniert und nicht in lokales Gesundheitssystem integriert: Stand Alone Projekte, keinen positiven Effekt auf die allgemeine Gesundheitsversorgung ausserhalb der eigenen Nische

- Hilfe auf kurzfristig und messbare Resultate ausgerichtet, substanzielle Hilfe benötigt aber mindestens eine Generation, um Situation zu verbessern

### **...und ihre Nebenwirkungen**

- Fehlendes Fachpersonal in lokalem Gesundheitswesen, Brain Drain intranational
- Fehlende Exitstrategien: Nach Projektende keine Nachhaltigkeit
- Ausserhalb von „Aid-Industrie“ wenig „Spill overs“ für Wirtschaft
- Beste Talente der lokalen Wirtschaft in „Aid-Industrie“, Innovationskraft sinkt
- Keine Breitenwirkung für lokales Gesundheitssystem

### **Lösungsansatz**

Anstelle der Bekämpfung vereinzelter (wenig verbreiteter) Krankheiten, muss sich die Weltgemeinschaft auf zwei Ziele fokussieren:

1. Erhöhung der Überlebenschancen von Müttern
2. Erhöhung der allgemeinen Lebenserwartung

### **Begründung:**

- Erhöhung dieser Indikatoren lässt auf eine Verbesserung bei anderen Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung schliessen.
- Falls sich diese Indikatoren nicht verbessern, dann bringen auch die Fortschritte bei spezifischen Krankheiten wenig in Bezug auf die allgemeine Gesundheitssituation der Bevölkerung.

### **Fazit:**

- Die OECD- und G8-Länder sollten sich von der partikularen Betrachtungsweise lösen und erkennen, dass AIDS, TB und Malaria nicht isoliert, sondern als wichtige Elemente innerhalb der oben beschriebenen zwei Ziele betrachtet werden müssen.
- Internationale Organisationen und Programme sollen versuchen ihre Anliegen/Programme in das allgemeine System des landeseigenen Gesundheitssystems zu integrieren. „Community based models“ sollten die Norm werden.
- Weg von spezialisierten Programmen und Projekten, hin zu einer breiten Betrachtungsweise, welche alle Aspekte der Prävention und Behandlung miteinbeziehen.
- Spender und Hilfswerke müssen wirksame Gesundheitsinfrastrukturen schaffen sowie die lokale Wirtschaft an den Investitionen teilhaben lassen.
- Ausstiegsstrategien entwickeln, um diese Infrastruktur auch dann aufrecht erhalten zu können, wenn die Spendenflüsse versiegen.
- Tore Godal: „Strategic Framework that guide both donations and actions, donors who think right from the start about how to develop the capabilities in poor countries, in order to transfer operations to local control, to develop exit strategies.“

### **Literatur:**

Garrett, Laurie, The Global Health Challenge (in: Foreign Affairs Jan/ Febr. 2007:  
<http://www.foreignaffairs.org/20070101faessay86103/laurie-garrett/the-challenge-of-global-health.html> (zuletzt besucht am 05.12.2007)