



m)

medico international

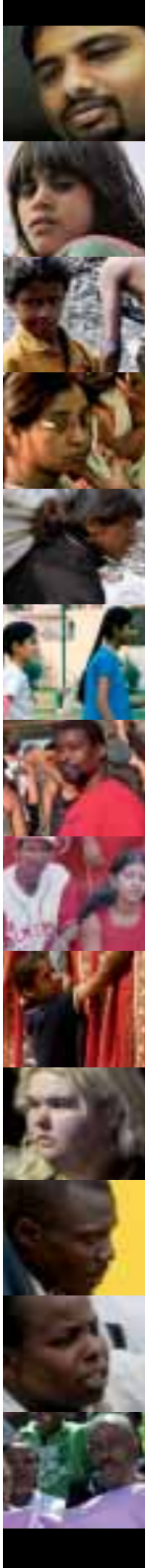
rundschau
reihen
3/09

DOSSIER

GESUNDHEIT IST MEHR

ALS DIE ABWESENHEIT

VON KRANKHEIT



Inhalt

- 03 Editorial
- 04 Kommentar | Von Commons und öffentlichen Gütern
- Kapitel I: Gesundheit als soziale Frage**
- 08 Guatemala | Hunger im Überfluss
- 10 Soziale Determinanten von Gesundheit
- 12 Eine radikale WHO-Analyse
- 13 Afrika | „Trickle down“ verkehrt
- 16 Projekte – Projektionen | Honduras, Sierra Leone, Afghanistan
- Kapitel II: Gesundheit für Alle**
- 19 Simbabwe | Ein zartes Pflänzchen
- 22 Projekte – Projektionen | Sri Lanka, Gazastreifen, Bangladesch
- Kapitel III: Psychosoziale Dimensionen**
- 26 Auf dem Weg in die Gesundheitsdiktatur?
- 28 Projekte – Projektionen | Libanon, Nicaragua, Südafrika
- Kapitel IV: Gesundheitsbewegung**
- 31 Globale Netzwerke | Die Wirklichkeit der Slums im Maharadscha-Palast
- 34 medico-Debatte | Globaler Solidarausgleich
- 36 Brasilien | In der Pipeline: Aids-Patente
- 38 medico aktiv
- 40 Biokapitalismus | Die Enteignung der Körper
- 48 medico Materialliste
- 50 Hinweise / Impressum

Titelbild: Das Bild des Lebens. Die Sequenz der humanen Desoxyribonukleinsäure (kurz DNA oder DNS) im Computerbild.
Foto: Science Photo Library

Liebe Leserinnen und Leser,

sieben Stunden dauert der Flug von Toronto nach Port-au-Prince. Der Abstand in Lebenszeit beträgt dagegen Jahrzehnte. 79 Jahre ist die durchschnittliche Lebenserwartung eines Kanadiers, 51 Jahre die einer Haitianerin. Wer das als traurige Selbstverständlichkeit zur Kenntnis nimmt, dem ist vielleicht nicht klar, dass eine Neuigkeit in diesen Zahlen steckt. Denn noch nie in der jüngeren Geschichte war der Unterschied in Einkommen, sozialen Chancen und im Gesundheitsstatus innerhalb und zwischen den Ländern so groß wie heute. Die Finanzkrise, so viel ist sicher, wird diese Gesundheitskluft erheblich vertiefen. 100 Millionen Menschen werden durch den Crash in die Armut gestürzt.

Diese Ausgangslage haben wir zum Anlass genommen, ein Sonderheft zur Weltgesundheit zu machen, das nicht bei der Beschreibung der Katastrophe stehen bleibt. Es geht uns vielmehr darum, die Fäden zu Unternehmungen der Abhilfe aufzunehmen und das Netzwerk, in dem medico sich bewegt, sichtbar zu machen. Es ist so viel geworden, dass wir die Seitenzahl des Heftes erhöhen mussten. Trotzdem ist es uns nicht gelungen, von allen Gesundheitsinitiativen, sozialmedizinischen Projekten und Debatten zu berichten, die darin eine Rolle spielen. Bei der Beschäftigung mit diesem Heft ist uns selbst gegenwärtig geworden, wie haltbar dieses Netzwerk der Veränderung ist, obwohl es einen globalen Raum begreifen muss, der unfassbar und disparat erscheint. Das hat in vielen Fällen mit einer gemeinsamen Geschichte zu tun, in der die Erfahrungen aus den Gesundheitsbewegungen der 1980er-Jahre aufbewahrt sind. Die Akteure des Netzwerkes haben alle ein menschenrechtliches Verständnis von Gesundheit. Ihre Praxis, die wir vorstellen, beharrt auf der Notwendigkeit und Möglichkeit von Gleichheit. Und damit bewegen sie sich im zentralen Auseinandersetzungsfeld der gegenwärtigen Krise und ihren negativen Folgen für die Ausgegrenzten und Marginalisierten. „Gesundheit als Menschenrecht zu sehen“, so der indische Nobelpreisträger Armatya Sen, „ist ein Aufruf, die Gesundheit der Menschen voranzubringen, in ähnlicher Weise wie die Aktivisten im 18. Jahrhundert für Freiheit und Befreiung kämpften.“ Wenn man Gesundheit als Menschenrecht betrachtet, dann muss man dringend aktiv werden, um dieses Ziel zu erreichen. Und genau in diesem Kontext bewegen sich alle Beispiele, die wir Ihnen in diesem Heft vorstellen. Von Nothilfe, die unter denkbar katastrophalen Umständen stattfindet, bis zu Debatten und Überlegungen über Umverteilung von Ressourcen und Finanzen auf globaler Ebene. Gesundheit als des Menschen Recht zu betrachten, so Sen, erkennt an, dass es eine soziale Verpflichtung für gute Gesundheit gibt. „Es gibt wenige Dinge in der heutigen Welt, die so wichtig sind wie dieses.“ Wir geben Ihnen dieses Heft als Summe gemeinsamer Bemühungen zu treuen Händen. Vieles werden Sie kennen und manches vielleicht neu lesen. Wenn wir Sie überzeugen konnten, dass dieses Unterfangen, jetzt zumal, einen Sinn macht, dann unterstützen Sie die Arbeit von medico und unserer Partner. Durch Spenden oder auch durch die Weitergabe dieses Heftes. Nachbestellen können Sie immer.

Herzlichst Ihre



Von Commons und öffentlichen Gütern

Nur über die Verteidigung und Ausweitung des sozialen Eigentums gelingt der Weg aus der Krise – eine Begriffsklärung

Von Thomas Gebauer

Die Finanzkrise hat die destruktive Kraft des Kapitalismus noch einmal verdeutlicht. Nachhaltige Schäden allüberall. Allein in Afrika werden 50 Millionen Menschen aufgrund der Krise verarmen, rechnet die Weltbank; Hunderttausende werden verhungern.

Auch im eigenen Land sind die Folgen der Krise unübersehbar. Zwar ist der „Geschäftsklimaindex“ rechtzeitig vor den Wahlen wieder leicht angestiegen, doch ist die Stimmung der Leute alles andere als gut. Viele haben sich ins Private zurückgezogen, und es gehört schon einige Chuzpe dazu, ängstliches Verharren als Zufriedenheit zu deuten, wie das neoliberale Kommentatoren tun.

Die mitunter gespenstisch anmutende Ruhe ist Ausdruck einer tiefen sozialen Verunsicherung, deren Ursachen weit über die akute Krise hinaus zurückreichen. Der Crash hat das forciert, was mit der neoliberalen Umgestaltung der Welt vor Jahren begonnen wurde: die Aushöhlung des großen sozialen Versprechens einer für alle gesicherten Existenz. Wenn nun ausgerechnet das Wirtschaftsmodell, das all das Unglück zu verantworten hat, gestärkt aus der Krise hervorgehen sollte, ist das schon demoralisierend. Nicht Banken wurden in den zurückliegenden Monaten verstaatlicht, sondern die öffentlichen Etats privatisiert. Dabei bilden die skurrilen Umbuchungen von Steuermitteln in Dividendenausschüttungen und Managergehälter wie in den USA nur die Spitze des Eisberges. Schlimmer wiegt die Nachhaltigkeit, mit der die öffentlichen Haushalte durch milliardenschwere Rettungspakete enteignet wurden. So sehr die Krise den Neoliberalismus ideologisch erschüttert hat, monetär hat sie ihm angesichts leerer Staatskassen vorerst zum Sieg verholfen.

Zum Wesen des Kapitalismus gehört neben der Entfaltung von technologischem Fortschritt und Wohlstand auch die systematische Produktion von Armut. Seine negativen Seiten waren hierzulande so lange nur vermittelt spürbar, wie sich die Erwirtschaftung von Rendite auch auf Massenkonsum und eine Beteiligung am produzierten Wohlstand gründete. Diese fordistische Phase des Kapitalismus ging zu Ende, als die Grenzen des Wachstums erreicht waren. Seitdem ist Kapitalverwertung zunehmend auf Prozesse der Enteignung angewiesen: auf den Raubbau an Gemeingütern,

der Enteignung von Wissen, die Privatisierung öffentlicher Dienstleistungen, die Kapitalisierung sozialer Sicherungssysteme – mit anderen Worten: die Enteignung sozialen Eigentums.

Die Alternative zur sozialen „Verunsicherung“ liegt nicht in der Rückkehr zu einem autoritären Wohlfahrtsstaat. Auch die Einhegung des destruktiven Potentials des Kapitalismus muss nicht automatisch zu einer bürokratischen Kommandowirtschaft führen. So gerne solche Schreckgespenster in Talkshows bemüht werden, bleiben sie doch Unsinn. Nicht die Wiederholung alter Fehler steht auf der Tagesordnung, sondern die Entwicklung eines emanzipatorischen Gegenentwurfs, der eine Neubalancierung der Bedürfnisse der Einzelnen mit denen der Gesellschaft ermöglicht.

Ausgangspunkt ist die Überzeugung, dass der Reichtum der Welt allen Menschen gehört. Nur in öffentlicher Verantwortung kann über seine Nutzung entschieden werden. Nicht abstrakte Kapitalverwertungsinteressen dürfen dabei im Vordergrund stehen, sondern die Bedürfnisse und Rechte aller Menschen.

Statt noch die letzten Bereiche des Lebens dem Renditedenken und damit betriebswirtschaftlichen Effizienzkriterien zu unterwerfen, bedarf es der Schaffung und Absicherung einer Sphäre von Gemeingütern, die aufgrund ihrer Bedeutung für das menschliche Leben vor markt förmigen Bereicherungsprozessen geschützt werden müssen. Solche *Commons*, die wie die Atmosphäre, das Land, das Wasser, die Bodenschätze, die Gene oder das Wissen zum Erbe der Menschheit gehören, werden bekanntlich vorgefunden, von niemandem gemacht und sollten deshalb weder eingezäunt, patentiert oder sonst wie privat angeeignet werden dürfen.

Gleichmaßen schützenswert sind *öffentliche Güter*, die den Zugang zu Gemeinressourcen sicherstellen: Bibliotheken, Schulen oder Universitäten zu Wissen, kommunale Wasserwerke zu Trinkwasser oder Krankenhäuser zum Erhalt des Lebens. Solche öffentlichen Dienstleistungen werden zwar von Menschen hergestellt, müssen aber aufgrund ihrer Bedeutung für den Zugang zu Gemeingütern in öffentlicher Verantwortung liegen.

Über ein Ensemble von öffentlichen Gütern entsteht schließlich eine *soziale Infrastruktur*, ohne die gesellschaftliches Zusammenleben auf Dauer nicht möglich ist. Gesundheit, Bildung, die Teilhabe an Kultur, – all das sind öffentliche Aufgaben, denen



Leben mit Le Corbusier im indischen Chandigarh. „Ich verlange von einer Stadt, in der ich leben soll: Asphalt, Straßenspülung, Haustorschlüssel, Luftheizung, Warmwasserleitung. Gemütlich bin ich selbst.“ (Karl Kraus).

nur über öffentliche, steuer- bzw. umlagenfinanzierte Dienstleistungen entsprochen werden kann. So entscheidend demokratische Verhältnisse für die Gewährleistung der Freiheitsrechte sind, so notwendig ist die Schaffung einer sozialen Infrastruktur für die Verwirklichung des UN-Sozialpaktes. Ohne ihre institutionelle Absicherung bleiben die sozialen und kulturellen Menschenrechte bloßer Schein.

Ziel eines solchen Gegenentwurfs ist nicht eine Verstaatlichung der Gesellschaft, sondern im Gegenteil: die Re-Sozialisierung von Staat und Wirtschaft. Es liegt auf der Hand, dass eine solche Umkehrung der politisch-ökonomischen Verhältnisse nicht vom Himmel fallen wird, sondern gegen machtvolle Interessen durchgesetzt werden muss. Nicht immer bedarf es dabei der sozialen Wiederaneignung von Gemeinressourcen, deren Nutzung durch Zäune, Patente und andere Formen der Enteignung von Gemeingütern eingeschränkt wurde. Oftmals geht es auch um die Verteidigung und den Ausbau noch bestehender öffentlicher Güter und Dienstleistungen: den Erhalt kommunaler Krankenhäuser, die Bekämpfung der Misere im öffentlichen Bildungswesen, die Verhinderung des Börsengangs öffentlicher Transportmittel, etc.

Angesichts des unterdessen erreichten Globalisierungsgrades wird auch die Durchsetzung einer sozialen Infrastruktur auf Dauer nur im Globalen möglich sein. Nicht ohne Grund bewegen sich die sozialen Auseinandersetzungen, die in der Welt stattfinden, aufeinander zu. Während hierzulande der Widerstand gegen die Privatisierung sozialer Sicherungssysteme wächst, bemühen sich andernorts Menschen darum, das „soziale Eigentum“ solcher öffentlichen Güter aufzubauen. So haben sich beispielsweise in Bangladesch 8.000 Familien zu einem genossenschaftlichen Versicherungsverein zusammengeschlossen, in dem diejenigen, die ein wenig mehr haben, auch für die Gesundheitsbedürfnisse der gänzlich Mittellosen aufkommen. So unterschiedlich die Lebensumstände sein mögen, verfolgen die medico-Partner in Bangladesch doch das gleiche politische Ziel wie kritische Ärzteorganisationen, Sozialverbände und Gewerkschaften hier.

Solidarität mit solchen Projekten ist mehr als Hilfe in der Not: In den Solidargemeinschaften, die sich weltweit gegen die „organisierte Verantwortungslosigkeit“ des Kapitalismus durchsetzen und behaupten müssen, liegt auch die Keimzelle für etwas, das in der Bekämpfung der globalen Gesundheitskatastrophe von großer Bedeutung werden könnte. Warum sollte das Prinzip gemeinsamer Risikoteilung, der Kerngedanke von Solidargemeinschaften, nicht auch im globalen Maßstab gelten? Was spräche denn dagegen, dass reichere Länder so lange auch für die Gesundheitsbedürfnisse der ärmeren mit aufkommen, wie diese dazu nicht aus eigener Kraft imstande sind? Wäre es nicht höchste Zeit für einen „Weltgesundheitsvertrag“, der nicht wie all die anderen globalen Gesundheitsfonds auf Freiwilligkeit beruht, sondern ein verpflichtendes Finanzierungsinstrument – und damit soziale Sicherheit – schafft?

Ohne starke Öffentlichkeiten, die von unten auf die Aneignung von Gesundheit drängen, ohne Solidarität, verstanden als internationale Vernetzung lokaler Widerstandspunkte, die sich mit politischen Initiativen, Gegeninformationen und konkreten Hilfsaktionen gegenseitig unterstützen, wird weder der Krise begegnet werden können, noch das möglich werden, was heute keineswegs mehr utopisch ist: ein globaler Sozialvertrag als Grundlage jenes Weltbürgerrechtes, das schon Immanuel Kant eingefordert hat. ■



I. KAPITEL

GESUNDHEIT ALS SOZIALE FRAGE

Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit – dieser alte Slogan der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bringt die Grundüberlegungen für einen gerechten und gleichen Zugang zu Gesundheit auf den Punkt. medico stellt diese Idee in den Mittelpunkt seiner Gesundheitsarbeit: Lebensgrundlagen wie Essen, Wohnen, Einkommen, aber auch demokratische Beteiligung sind die Voraussetzung für Gesundheit. Zusammengefasst sind diese Gedanken in der Beschäftigung mit den „sozialen Determinanten von Gesundheit“.

Hunger im Überfluss

Die Folgen der Ungleichverteilung von Ressourcen in einem fruchtbaren Land

Der guatemaltekeische Präsident Colom erklärte am 9. September 2009 einen Ernährungsnotstand. Bereits seit Tagen stand er unter großem Druck, weil immer mehr Fälle dramatischer Unterernährung, vor allem im Osten des Landes, bekannt wurden, und diese von den Gesundheitsbehörden entweder nicht gemeldet oder verharmlost wurden. Der Gesundheitsminister wurde entlassen, nachdem eine Studie seines Ministeriums bekannt wurde, die im Zeitraum von Januar bis Juli 2009 462 Todesfälle aufgrund gravierender Unterernährung konstatierte, darunter 54 Kinder.

Mit der Ausrufung des Notstands trat Colom die Flucht nach vorn an. Wenige Tage zuvor hatte Olivier De Schutter, UN-Sonderbeauftragter für das Recht auf Ernährung, Guatemala besucht und auf die gravierenden Missstände aufmerksam gemacht. Die Sozialausgaben müssten dringend erhöht und Programme zur Förderung der bäuerlichen Landwirtschaft umgesetzt werden. Auch der Zugang zu Land, für jene die gar kein Land oder zu wenig besitzen, müsse geregelt und gefördert werden. De Schutter wiederholte nur, was guatemaltekeische Organisationen seit Jahren fordern. Zum Beispiel die Kampagne für ein „Guatemala ohne Hunger“, in der auch der medico-Projektpartner ACCSS aktiv ist.

Denn die erneute Trockenheit in Guatemala, ausgelöst von dem Klima-

phänomen El Niño, die große Teile der Ernte in dem sogenannten „trockenen Korridor“ Guatemalas zerstört hat, ist nicht der eigentliche Grund für die aktuelle Katastrophe.

So protestierten kürzlich Tausende Campesinos auf den Straßen von Guatemala-Stadt, begleitet von Bischof Alvaro Ramazzini. Ihr Unmut richtete sich nicht allein gegen die Sonntagsreden der Regierung, sondern auch gegen die internationalen Organisationen, denen sie vorwerfen, letztendlich nur die auf den Export orientierte Großlandwirtschaft zu fördern und die Frage der Landverteilung nicht anzugehen.

Grundnahrungsmittel sind in Guatemala in ausreichendem Maße vorhanden. Der Mehrheit der Bevölkerung fehlen aber die Ressourcen, um genügend Nahrungsmittel für den Eigenbedarf anzubauen oder zu kaufen. Verschärft wird dies durch die steigende Tendenz der Agrarindustrie, Ländereien für den Anbau von Exportprodukten, insbesondere pflanzlichen Treibstoffen, aufzukaufen oder mit Knebelverträgen zu pachten. Auch die Drogenökonomie verstärkt die Nachfrage nach Land. Zum Schaden der Kleinbauern und der Subsistenzwirtschaft. Unsere Projektpartner im guatemaltekeischen Ixcán, die in Dörfern von Kleinbauern leben, sind damit täglich konfrontiert. „Wir verfolgen mit großer Sorge das Vordringen der Palma-



Müllmensen in Guatemala-Stadt. Foto: picture-alliance/ dpa

Africana-Plantagen, die sich gut für die Gewinnung von Bio-Diesel eignet, und die Methoden, mit denen diese Firmen den Kleinbauern das Land abluchsen. Aber auch andere Sektoren, wie die Erdölfirmen und Strukturen der organisierten Kriminalität, versuchen alles, um an Land zu kommen, und gehen dabei nicht gerade zimperlich vor. Die Sicherheitslage hat sich enorm verschlechtert“, so die Worte einer Aktivistin, die nicht genannt werden möchte.

„Die Unterernährung ist konkrete Folge einer mangelnden Ernährungssicherheit, mangelnder Bildungsprogramme und vor allem der Ausgrenzung und Marginalisierung der Bevölkerungsmehrheit, die durch die Regierungspolitik gefördert werden“, so die Erklärung der Kampagne für ein „Guatemala ohne Hunger“. Die guatemaltekische Regierung verletze die von ihr ratifizierte Charta der wirtschaftlichen, sozialen und kulturellen Rechte der Vereinten Nationen, zu denen auch das Recht auf Gesundheit zählt, für das medico gemeinsam mit seinen Partnerorganisationen, auch in Guatemala, streitet.

Die guatemaltekischen Organisationen klagen in ihrer Erklärung an, dass die natürlichen Ressourcen als Waren gesehen werden, die beliebig gehandelt werden können, ohne Rücksicht auf die verheerenden Folgen für Umwelt und die betroffenen Menschen. Sie wenden sich gegen die Steuervergünstigungen oder gar -befreiungen, die vor allem exportorientierten Unternehmen gewährt werden, und fordern deren Besteuerung zugunsten von Investitionen in soziale Dienste und Infrastruktur, die der Bevölkerung in den ländlichen Regionen zugutekommen.

Die ungerechte Landverteilung ist Ausgangspunkt der guatemaltekischen Tragödie. Nur in den 50er-Jahren unter Präsident Jacobo Arbenz wurde eine Agrarreform in die Wege geleitet. Sie richtete sich unter anderem gegen die allmächtige United Fruit Company. Diesem demokratischen und sozialen Aufbruch bereitete ein von den Vereinigten Staaten inszenierter und finanzierter Putsch ein jähes Ende. Es folgten die dunklen Jahrzehnte der Militärdiktaturen, in denen das Verschwindenlassen von Oppositionellen

und die Politik der verbrannten Erde mit hunderttausenden Opfern unter der indigenen Bevölkerung das Leben bestimmten. Seit dem Friedensschluss von 1995 hat sich an den sozialen Rahmenbedingungen nichts geändert. Eine Landreform fand nicht statt. So gut und wichtig die Arbeit der guatemaltekischen Kollegen in den psychosozialen und gesundheitlichen Programmen ist: Eine nachhaltige Wirkung können sie nur erzielen, wenn sich etwas an diesen sozialen Rahmenbedingungen grundlegend ändert. ■

Dieter Müller

Projektstichwort:

Seit vielen Jahren unterstützt medico die Gesundheits- und Gemeindeprogramme der guatemaltekischen Gesundheitsorganisation ACCSS bei der Errichtung von Gesundheitszentren, Ausbildung von Zahnpromotoren und in der Arbeit mit Jugendlichen in den armen ländlichen Regionen. Außerdem wird in Guatemala die Menschenrechts- und psychosoziale Arbeit mit indigenen Gemeinden gefördert. Spenden werden erbeten unter dem Stichwort: **Guatemala**.

soziale determinanten von gesundheit

Der Streik des Sisyphus

„Erfolgreicher als es durch die Volksheilstätten geschieht, führt den Kampf gegen die Tuberkulose schon heute das Proletariat selbst, indem es sich bessere Arbeits- und Existenzbedingungen erkämpft.“

Ludwig Teleky (1872-1957, österreichischer Sozialmediziner)

Dass Krankheiten tieferliegende Ursachen in spezifischen Lebens- und Arbeitsbedingungen in Gesellschaften haben, ist eine Erkenntnis, die so alt ist wie die systematische Beschäftigung von Gesundheitsprofessionellen mit Krankheit und Gesundheit. In einem der ersten bekannten medizinischen Be-

richte beschreiben römische Ärzte die dramatischen Gesundheitsschäden der Sklaven in den spanischen Bleigruben.

Mit der erfolgreichen Identifizierung von Krankheitserregern wie den Tuberkulosebazillen, Cholera-Vibrionen und Pockenviren in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts konzentrierte sich die Medizin immer mehr auf ein Erregerbekämpfungs-Modell, das mit beispielhaft wirkungsvollen Impfstoffen gegen Pocken und Diphtherie und ersten Erfolgen der antibakteriellen Behandlung im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert auch substantielle Erfolge feiern konnte.

Zugleich wurde allerdings die Erkenntnis, dass nicht nur diese direkten Verursacher für vermeidbare Krankheit und vorzeitigen Tod verantwortlich sind, sondern wesentlich auch soziale, kulturelle und ökonomische Lebensbedingun-

gen der Menschen, reduziert auf ein weitgehend technisches Verständnis von öffentlicher Gesundheitskontrolle: Kanalisation, Trinkwasserversorgung, Nahrungsmittelüberwachung.

Der Kontext zwischen einer gesellschaftlichen Auseinandersetzung um gerechte Ressourcenverteilung, Kampf gegen unzumutbare Arbeitsbedingungen, sozialen Sicherungssystemen und ihren Auswirkungen auf Gesundheit und Krankheit, wie er für den österreichischen Sozialmediziner Ludwig Teleky dank seiner Studien der Soziologie und Nationalökonomie und seinen Verbindungen zu österreichischen Gewerkschaften und Austromarxisten selbstverständlich war, geriet mit einer sich weiter verwissenschaftlichenden Medizin aus dem Blick. Das zeigt sich nicht zuletzt mit dem geplanten „World Health Summit“ im Oktober in Berlin, der von medizintechnischen Wunderleistungen wesentliche Impulse für eine bessere Gesundheit für alle Menschen in der Welt erwartet. (s. Seite 38).

Dagegen steht eine wesentliche Grunderfahrung von Gesundheitsprofessionellen. In ihrer Arbeit mit Armen und Marginalisierten in der Welt gelangen sie immer wieder zur selben Erkenntnis, dass die Behandlung armutsbedingter Krankheiten eine sich wiederholende, nicht enden wollende und frustrierende Beschäftigung ist, weil die Menschen immer wieder mit den gleichen Problemen in den Praxen auftauchen. Und bei der Suche nach den tieferliegenden Ursachen der Krankheit stießen diese PraktikerInnen und ForscherInnen auf die gleichen Bedingungen sozialer Ungleichheit, die schon im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert relevant waren. Eine solche „Archäologie der Ursachen“ von ungleich verteilter Krankheit und vorzeitigem Tod, die immer tiefere Schichten

struktureller Ursachen aufdeckt, kann am Beispiel der eingangs erwähnten Tuberkulose erklärt werden.

Die Krankheit als erst zu nennende Ursache kann mit einer direkten medizinischen Intervention (BCG-Impfung, Fallfindung, medikamentöse Behandlung) bekämpft werden. Die tiefer liegenden Ursachen, die zur Ausbreitung der Krankheit führen, sind nur mehr mit strukturellen und politischen Interventionen anzugehen. Zuerst und als schnelles Programm zur Stärkung der Abwehrkräfte beispielsweise durch subventionierte Nahrungsmittel oder Wohnungsbauprogramme für geringverdienende Haushalte. Tuberkulose als Armutskrankheit kann jedoch letztlich nur nachhaltig beseitigt werden, wenn es sozialen Bewegungen und Interessensvertretungen der Marginalisierten gelingt, grundlegende politische Veränderungen wie eine Landreform oder faire globale Beziehungen durchzusetzen. Nicht eben ein einfach umzusetzendes Programm, aber ein lohnendes für alle, die nicht mehr allein die Menschen, die sie behandelt haben, in die gleichen Umstände zurückschicken wollen, die für deren Krankheiten verantwortlich sind. Es bedeutet: Sisyphus verweigert sich der Aufgabe, in unendlicher Wiederholung den Stein hinaufzurollen, und beginnt stattdessen, den Berg abzutragen.

So lässt sich vielleicht die Aufgabe am besten charakterisieren, die uns die Analyse der sozialen Determinanten stellt: die Bekämpfung der sozialen Ungleichheit als zentrale Aufgabe von Gesundheitspolitik zu betrachten. Dass der Bericht der Kommission der Weltgesundheitsorganisation zu den sozialen Determinanten der Gesundheit ebendieses in unmissverständlichen Worten einfordert, hat die Gesundheitsaktivisten weltweit

positiv überrascht. Ihr Beitrag, den sie sowohl in der Kommission als auch als Gesprächspartner der zivilgesellschaftlichen „Wissensnetzwerke“ der Kommission auf allen 5 Kontinenten geleistet haben, ist zumindest teilweise angekommen. Es gilt, die Taten der Weltgesundheitsorgani-

sation an diesen Worten zu messen und selbst weiter daran zu arbeiten, den Berg abzutragen. Gemeinsam mit den Partnern im People's Health Movement weltweit ebenso wie im deutschen Bündnis des „Public Eye on Berlin“ (s. Seite 38).

Andreas Wulf

Fehlt nur noch das Rezept

Eine unvermutet radikale WHO-Analyse der Gesundheitskrise. Von David Woodward

Der 2008 vorgelegte Bericht der Weltgesundheitskommission zu den sozialen Determinanten von Gesundheit liefert auf den ersten Blick nichts Neues. Unter dem Titel „Die Kluft in einer Generation überwinden“ werden relevante Differenzen bezüglich der Gesundheit und insbesondere zwischen Reichen und Armen aufgezählt. Diese Ungleichheiten entstehen durch Unterschiede im Einkommen, Zugang zu Gesundheitsdiensten, sauberem Wasser, sanitären Anlagen und Bildung. Es gibt, so der Bericht, eine moralische Verpflichtung, gegen diese soziale Ungerechtigkeit zu handeln. All dies hätte zu jeder Zeit in den letzten 20 oder 30 Jahren gesagt werden können.

Tatsächlich aber ist dieser Bericht, verglichen mit den Ergebnissen vieler anderer globalen Kommissionen fast revolutionär. Die Kommission beschränkt sich nicht auf die unmittelbaren Gründe gesundheitlicher Ungleichheiten, sondern sie erkennt an, dass es Ursachen dafür gibt, warum Regierungen, besonders in der unterentwickelten Welt,

nicht in der Lage sind, „Gesundheit für Alle“ zu garantieren. Der Bericht benennt weiter, was geschehen muss, um sich gesundheitlicher Gerechtigkeit von lokaler bis globaler Ebene stetig anzunähern.

Regierungen in Entwicklungsländern sind stark behindert durch mangelnde Ressourcen, begrenzte Infrastrukturen, schwache administrative Kapazitäten und eingeschränkte Verhandlungsmacht in internationalen Verhandlungen. Dies ist in erheblichem Maß das Ergebnis globaler ökonomischer Einschränkungen und Einflussnahmen. Und diese liegen wiederum in einem System globaler „Governance“ begründet, dass Macht und Einfluss zugunsten der „entwickelten Welt“ kanalisiert und über die verzweifelten Bedürfnisse der Mehrheit der Weltbevölkerung stellt.

Die formellen Empfehlungen der Kommission sind zwangsläufig durch ihr Mandat beschränkt. Der Bericht drückt dies explizit aus: „Es war jenseits des Auftrags und der Kompetenz der Kommission, eine neue internationale ökonomische Ordnung zu entwerfen, die eine

Balance findet zwischen den Bedürfnissen der gesamten Weltbevölkerung nach sozialer und ökonomischer Entwicklung, gesundheitlicher Gerechtigkeit und der Dringlichkeit auf den Klimawandel zu reagieren.“ Aber dies ist eindeutig, was die Befunde der Kommission implizieren.

Der Bericht ist gespickt mit schneidender Kritik an Globalisierung, Marktintegration, Handelsliberalisierungen, den ökonomischen Rezepten von Internationalem Währungsfonds und Weltbank, Abkommen der Welthandelsorganisation und den jüngsten Reformprogrammen im Gesundheitssektor. Er betont, dass seine Empfehlungen zu Arbeitsmarktpolitik und sozialer Sicherung von grundlegenden Änderungen im globalen Management der Ökonomie abhängen, und stellt die Notwendigkeit für wesentliche Reformen der globalen Governance heraus, um nicht nur Gesundheit zu befördern, sondern eine „echte Gleichheit des Einflusses“ von Reichen und Armen sicherzustellen.

Dies ist eine außergewöhnlich radikale Agenda. Und – in der besten

Tradition der Gesundheitsprofession – sie ist durch ein beeindruckendes Angebot von Evidenz verstärkt. Neun „Wissensnetzwerke“, in denen die führenden globalen Experten in den relevanten Feldern arbeiten, haben sie zusammengetragen. Die Kommission mag nicht den Auftrag gehabt haben, eine neue internationale Wirtschaftsordnung zu entwerfen – aber sie hat ein überwältigendes Argument für die Notwendigkeit einer solchen präsentiert und einen unschätzbaren Anfangspunkt entwickelt.

Jetzt liegt es an der Zivilgesellschaft, die ein Schlüsselement einer globalen Bewegung für Wandel ist, den Fehdehandschuh aufzunehmen und die Bedürfnisse, die die Kommission identifiziert hat, in ein konkretes Programm zu übersetzen. Dann, vielleicht, können wir tatsächlich hoffen, „die Kluft in einer Generation zu schließen“. ■

David Woodward ist unabhängiger Entwicklungsberater und Mitglied des Wissensnetzwerkes zu Globalisierung und Gesundheit.

„Trickle down“ verkehrt

Afrika: Wirtschaft und Armut wachsen parallel

Mr. Banda lebt auf dem Land in Malawi. Seit einiger Zeit ist der 41-Jährige schwer krank. Zum wiederholten Mal hat man bei ihm Tuberkulose festgestellt. Und nun auch noch HIV/Aids. Aufgrund seiner Krankheit konnte Mr. Banda seine Familie nicht

mehr versorgen. Die Familie hat ihn mittlerweile verlassen – auf der Suche nach anderen Überlebenschancen.

Mr. Banda hat zwar einen Platz in einem Programm zur Behandlung mit antiretroviralen Medikamenten, aber es fehlen ihm die sozialen und finanziellen

Ressourcen, daran teilzunehmen. „Ich habe niemanden, der mich ins Krankenhaus bringt, dort pflegt und mit Essen versorgt. Die Leute im Dorf, die mir sonst helfen, sind zu arm, um zum Krankenhaus zu kommen.“ Solange es sein Gesundheitszustand erlaubte, schleppte er sich zu Fuß ins Behandlungszentrum. Doch mittlerweile schafft sein Körper die Strecke nicht mehr, die Behandlung und die zusätzlichen seelischen und körperlichen Belastungen sind einfach zuviel. Jetzt sitzt er zu Hause und weiß nicht, ob er noch einmal in der Lage sein wird, die lebensrettende Therapie wieder aufzunehmen.

Die Geschichte von Mr. Banda gilt dem afrikanischen Gesundheitsnetzwerk EQUINET (Regionales Netzwerk für gleichen Gesundheitszugang in Ost- und im südlichen Afrika) als exemplarisch für die gesundheitlichen Dilemmata im subsaharischen Afrika. Viel internationales Geld und nationale Gesundheitsressourcen in Form von Personal und Infrastruktur fließen in die Bekämpfung von HIV/Aids. Doch die Programme funktionieren vor allen Dingen auf dem Land nur unzureichend, weil sie den gesundheitlichen und sozialen Kontext allzu häufig missachten. Die HIV/Aids-Problematik ist das sichtbarste Phänomen für Exklusion und Marginalisierung von Millionen Menschen in Afrika. Die niederschmetternde Gesundheitsstatistik der afrikanischen Länder lässt sich in wenigen Zahlen auf den Punkt bringen: 10 Prozent der Weltbevölkerung lebt in Afrika. Jedoch finden sich hier 25 Prozent der weltweiten Krankheitsbelastungen, vor allem durch HIV/Aids. Dennoch stellt Afrika weniger als 1 Prozent an globalen Gesundheitsausgaben und lediglich 2 Prozent der Gesundheitsbelegschaft. Das afrikanische Gesundheitsnetzwerk EQUINET, dem

auch medico-Partner aus Simbabwe angehören, macht diese Rechnung in seiner jüngsten Analyse der regionalen Gesundheitsprobleme im südlichen und östlichen Afrika auf. Der Titel dieser ausführlichen Beschäftigung mit der Lage und den möglichen Auswegen ist Programm: „Reclaiming the Resources for Health“ – „Wir fordern die Ressourcen für Gesundheit zurück“.

In ihrer Studie stellen die Gesundheitsaktivisten fest, dass sich das neoliberale Versprechen auf Wohlstand und Entwicklung nicht erfüllt hat. Am Ende von Strukturanpassungsprogrammen, nicht enden wollendem Schuldendienst, Marktliberalisierung lautet das Ergebnis: In Afrika ist trotz Wirtschaftswachstum die Zahl der Armen gewachsen. Es gab also keinen vielbeschworenen Trickle-Down-Effekt (Wenn die Reichen reicher werden, bekommen auch die Armen mehr ab). Das Gegenteil ist der Fall. Weil die Reichen reicher wurden, wurden die Armen ärmer. So zumindest kann man die Zahlen interpretieren: Laut der Equinet-Studie stieg das Bruttoinlandsprodukt in den untersuchten afrikanischen Ländern in den vergangenen Jahren an. Gleichzeitig sank der Human Development Index (HDI), eine Kennziffer, die nicht nur das Bruttoinlandsprodukt berücksichtigt, sondern auch Faktoren wie die Lebenserwartung oder den Bildungsgrad der Menschen.

An diesem Abgrund zwischen wirtschaftlicher Gesundheit für wenige und Krankheit für viele setzt Equinet an.





Afrika, so die These des Netzwerkes, habe die Ressourcen für eine gute Gesundheit für alle. Und Ressourcen sind dabei durchaus im wörtlichen Sinne gemeint. Denn 80 Prozent der Exporte Afrikas bestehen aus Rohstoffen. Eine verbesserte Gesundheitssituation kann, so die Analyse von Equinet, nur durch einen anderen Einsatz dieser Ressourcen und vor allen Dingen der durch ihren Export erbrachten Einnahmen erfolgen. Das Netzwerk verweist darauf, dass die afrikanischen Regierungen bereits 2001 im Abkommen von Abuja festgelegt hatten, 15 Prozent der Staatseinnahmen für Gesundheit aufwenden zu wollen. Für die afrikanische Zivilgesellschaft ein Angel-punkt, um auch die eigenen Regierungen in die Pflicht zu nehmen.

Die Vorgaben von Abuja sind bislang nicht eingehalten worden. Sie teilen das traurige Schicksal von Selbstverpflichtungen der reichen Länder. Noch immer liegen die Ausgaben im Gesundheitsbereich zum Teil weit unter 10 Pro-

zent der ohnehin kleinen staatlichen Budgets. Vor allem das Abfließen der finanziellen Ressourcen aus der Region gefährdet die Erreichung dieses Ziels. In Lesotho beispielsweise leben 29 Prozent der Bevölkerung mit HIV/Aids. Für ihre Behandlung stehen jährlich 25 Dollar zur Verfügung. Für die Abzahlung der Auslandsschulden verwendet Lesotho dagegen 38 Dollar pro Kopf und Jahr. Ein Beispiel, das die afrikanischen Gesundheitsaktivisten darin bestärkt, ein „Abuja plus“ zu fordern. Ohne internationale Unterstützung würden die Länder ihr selbst gestecktes Ziel nicht erreichen. „Abuja plus“ müsse darin bestehen, für die Aufrüstung der öffentlichen Gesundheit in den ärmsten Ländern internationale Finanzierungen und den Erlass der Auslandsschulden zu gewährleisten. ■

Hendrike Braun

Eine deutsche Zusammenfassung der Studie „Reclaiming the Resources for Health“ finden sie unter: www.medico.de

Kunst trifft Politik

honduras: Die Option auf Wandel verteidigen

Am 28. Juni verschleppte das Militär in Honduras den Präsidenten Manuel Zelaya. Der erste bislang erfolgreiche Putsch in Lateinamerika seit Jahrzehnten ist vor allem ein Aufstand der lokalen Oligarchie gegen einen von ihnen, der eine anti-neoliberale Wende angekündigt hatte. Die lokalen sozialen Bewegungen verteidigen seitdem in Zelaya den legitimen Präsidenten und die mit ihm verbundene Option auf einen Wandel. Das breite Widerstandsbündnis umfasst zivilgesellschaftliche Gruppen, Gewerkschaften, Bauern- und Umweltorga-

nisationen, indigene Bündnisse und Studenten. Auch zahlreiche regionale Künstler unterstützen die Proteste. Im Internet zirkulieren widerständige Filme und Musikvideos. Da der Zugang zum Internet in Honduras jedoch sehr begrenzt ist, unterstützt medico die Herstellung und Verteilung von Tausenden DVDs durch die Anti-Putsch-Bewegung. Die DVD enthält verschiedene Foto-, Video- und Musikbeiträge, ihre Verbreitung will die Zensur unterlaufen und die alternativen Medien in Honduras stärken.

Spendenstichwort: medico

Rechte und Ressourcen

sierra leone: Beratung im Diamantenland

Auch in Sierra Leone ist es für arme Menschen nicht leicht, zu ihrem Recht zu kommen. Willkür, Korruption und die Macht der Diamantminenbetreiber hindern sie daran, ihre Rechte und Ressourcen einzuklagen. Der sierra-leonische medico-Partner Network Movement for Justice and Development (NMJD) setzt sich seit Jahren dafür ein, dass die Einnahmen aus dem Rohstoffabbau auch der Bevölkerung zugutekommen. Er steht Ratsuchenden zur Seite, einen Weg zur Verteidigung ihrer Rechte und zur Klärung von Konflikten zu finden.

Meist geht es dabei um Landfragen und Schürfrechte, aber auch um häusliche Gewalt oder Unterhaltsverpflichtungen. In der Minenregion Kono wurden bereits 9 Laienjuristen („Paralegals“) ausgebildet und juristische Beratungsbüros für sie in ihren Heimatgemeinden eingerichtet. Sie sollen auch darauf hinwirken, dass staatliche Stellen ihren Verpflichtungen gegenüber den Kommunen nachkommen. Unterstützt werden sie dabei mit regelmäßiger Fortbildung durch Rechtsexperten und Menschenrechtsaktivisten.

Spendenstichwort: Sierra Leone



Aufklären und Heilen

afghanistan: Gesundheit beginnt im Minenfeld

Die afghanischen medico-Partner demilitarisieren noch immer ihr Land am Hindukusch – inmitten eines eskalierenden Krieges. Sie sind der humanitären Minenräumung verpflichtet und beseitigen Kriegshinterlassenschaften dort, wo ziviles Leben wieder möglich werden soll. Trotz der zunehmenden Gewalt kehren immer Menschen notgedrungen nach Afghanistan zurück. Sie begegnen möglicherweise zwei Frauenteamen der Organisation for Mine Clearance and Afghan Rehabilitation (OMAR), die mit ihren „mobilen Schulen“ primär Mädchen und Frauen über den Schutz vor Landminen aufklären. Das Mine Detection and Dog Center (MDC), das Hunde auf den

Minenfeldern einsetzt, betreibt eine Poliklinik in Kabul. Die Tagesklinik ist mit modernem Laborgerät und einer Apotheke ausgestattet. Das kostenfreie Angebot reicht von Allgemeinmedizin über zahnärztliche Behandlungen bis zur Gynäkologie. Durch Spenden ermöglicht medico die Arbeit einer Psychologin und einer Physiotherapeutin, die weibliche Minenopfer und Behinderte betreuen. Obwohl es in Afghanistan unüblich ist, über die psychischen Folgen des Krieges zu sprechen, zeigen die Erfahrungen, wie wichtig die mentale Auseinandersetzung für den Heilungsprozess ist.

Spendenstichwort: Afghanistan

We can't wait.
Let's go 2010.



Das andere Südafrika vor dem größten Spiel. Foto: Reuters

II. KAPITEL

GESUNDHEIT FÜR ALLE

Das Konzept der Basisgesundheitsversorgung ist das Leitmotiv der medico-Projektförderung im Bereich der direkten Gesundheitsversorgung. Aufsuchende Gesundheitsteams, Zusammenarbeit mit den lokalen Institutionen, Ausbildung von Gesundheitspromotoren, demokratische Beteiligung der Bewohner an der Ausbildung solcher Strukturen – das sind einige Eckpfeiler dieses Konzeptes, das sich in erster Linie an den Gesundheitsbedürfnissen der Menschen und nicht an der Inwertsetzung durch den Markt orientiert.

Ein zartes Pflänzchen

Chance auf Veränderung nach der Cholera-Epidemie

Ein Treffen von Einwohnern in der simbabwischen Industriestadt Kwekwe im Zentrum des Landes, eine der Hochburgen der Cholera-Epidemie. Im Gesundheitszentrum stinkt es. Die Abwasserversorgung ist zusammengebrochen und wurde nur notdürftig repariert. Die wenigen GesundheitsarbeiterInnen, die es dort noch gibt, kommen nur selten. Seit der neuen Einheitsregierung werden sie zwar wieder bezahlt, aber weiterhin fehlen Medikamente und Verbandsmaterial und der Privatsektor lockt jetzt mit besseren Angeboten. „Wir müssen etwas unternehmen“, sagt eines der anwesenden Gemeindemitglieder. „Aber ist dafür nicht der Staat zuständig?“, entgegnet eine andere, „was können wir schon tun?“ „Was denkt ihr, was ihr tun könntet, damit der Staat seine Verantwortung übernimmt und sich die Situation verbessert?“, fragt Tafadzwa Chigairo, der Gesundheitsarbeiter der Community Working Group on Health (CWGH). „Wir müssen zur Distriktverwaltung gehen, um ihnen die Situation zu schildern“, lautet eine Antwort. „Meinst du, das interessiert die? Ohne Druck übernehmen die keine Verantwortung“, entgegnet ein anderer. Tafadzwa schlägt ein Verfahren vor: „Lasst uns Folgendes besprechen: Erstens, was können wir selbst tun? Zweitens, wo könnte uns CWGH unterstützen? Drittens, was müsste der Staat tun?“ Nach langen Debatten und einem gemeinsamen Es-

sen fährt Tafadzwa wieder in die Hauptstadt Harare ins CWGH-Büro zurück. Dort tauscht er sich mit seinen Kollegen und Kolleginnen aus, die in anderen Gemeinden arbeiten. Sie berichten von ähnlichen Erfahrungen: Gesundheitszentren ohne sauberes Wasser; Gesundheitspersonal, das bei Kerzenlicht Nachtgeburten durchführt; Frauen, die wenige Stunden nach der Geburt wieder kilometerlang nach Hause laufen, weil es im Gesundheitszentrum keinen Platz gibt. Überall fehlt es an Gesundheitspersonal, Ausstattung und Medikamenten; die verantwortlichen Stellen kümmern sich oft nicht darum, dass Ressourcen eingeplant und dann auch zur Verfügung gestellt werden. Nicht selten werden die Gesundheitsbudgets für andere Zwecke missbraucht.

Neue Verfassung

„Das Recht auf Zugang zu Gesundheit wird in Simbabwe mit Füßen getreten“, sagt Itai Rusike, der Direktor der CWGH. „Nirgendwo gibt es auch nur die Voraussetzungen für gesunde Lebensbedingungen, zur Prävention von Krankheit. Von der Versorgung bei Krankheit ganz zu schweigen. Die Cholera-Epidemie in diesem Jahr, die mehr als 4.000 Menschen das Leben gekostet hat, wäre vermeidbar gewesen, wenn sich die Regierung wenigstens für einen minimalen Standard sauberer Wasserversorgung verantwort-

lich gefühlt hätte. Stattdessen wurden die wenigen Staatsressourcen in privaten Krankenhäusern und teuren Dienstwagen verpulvert.“

Itai kennt sich aus. Seit 10 Jahren engagiert sich CWGH für eine verbesserte und gerechte Gesundheitspolitik, versucht Verschlechterungen aufzuhalten und Epidemien wie Cholera, Malaria und HIV/Aids durch Aufklärung und Prävention zu verhindern. CWGH will jetzt die politische Übergangsperiode nutzen, um Ansprüche auf einen gerechten Zugang zu Gesundheit praktisch und politisch durchzusetzen und damit die Basisgesundheitsversorgung der Bevölkerung wirklich zu verbessern. „In den nächsten 1-2 Jahren soll die Koalitionsregierung eine neue Verfassung ausarbeiten. Wir finden, dort sollte das Recht auf Zugang zu Gesundheit Eingang finden, damit so eine katastrophale Vernachlässigung nie wieder vorkommt. Und wenn, dass es dann juristische Folgen für die Verantwortlichen hätte.“ Auch Itai weiß, dass eine verfassungsmäßige Verankerung nicht die Versorgungssituation ändert. Er setzt aber auf einen Mobilisierungsprozess und die öffentliche Diskussion, um praktische Verbesserungen durchzusetzen.

Unterstützt wird CWGH dabei von der Schwesterorganisation TARSC

(Training and Research Support Centre), die GesundheitsarbeiterInnen ausbilden und mit den Gemeinden Aktionspläne über Prioritäten und Verbesserungsmöglichkeiten entwickelt. „Das können ganz viele verschiedene Dinge sein“, erklärt Fortunate Machingura. „In Kwekwe will die Gemeinde Gelder für Materialkosten organisieren, um in Selbsthilfe die Abwasserleitung zu reparieren. Gleichzeitig wollen sie das Gesundheitskomitee wiederbeleben, das in den 80er-Jahren gut funktioniert hat. Über dieses Komitee wollen sie Einfluss auf den Zugang zum lokalen Gesundheitsbudget haben, bei Planungen dabei sein, und die Umsetzung bei den Verantwortlichen nachhalten. In Bindura Nyava soll eine Solaranlage zur Stromgewinnung installiert werden, damit das Gesundheitspersonal besser arbeiten kann und hoffentlich nicht weiter abwandert. In Chiwundura sollen ein geschützter Brunnen und eine Latrine für das Gesundheitszentrum gebaut werden. Überall sollen Aufklärungskampagnen über Präventionsmaßnahmen und Übertragungswege von Krankheiten stattfinden. Auf Distriktebene sollen auch regelmäßig Gespräche mit den lokalen Autoritäten und den Gesundheitsverantwortlichen darüber geführt werden, wie die regelmässige Versorgung mit Medikamenten und medizinischem Mate-





Foto: Reuters

rial sichergestellt und damit auch die Arbeitsbedingungen für das Gesundheitspersonal verbessert werden können.“

Regional vernetzt

Damit diese lokalen Aktivitäten auch national Auswirkungen haben, will CWGH auf Provinz- und Nationalebene mithilfe von Radiosendungen, Pressemitteilungen und einem halbjährlichen Newsletter über solche lokalen Veränderungsbemühungen berichten.

Das Konzept der Primary Health Care, der Basisgesundheitsfürsorge, das nicht erst ansetzt, wenn Menschen schon krank sind, sondern Gesundheitsaufklärung und Mobilisierung für gesunde Lebensbedingungen ins Zentrum stellt, ist in Simbabwe nicht neu. In den 1980er-Jahren nach der Unabhängigkeit galt das Basisgesundheitsystem als vorbildlich. Mugabes diktatorischer Regierungsstil, Korruption und von der Weltbank und dem IWF auferlegte Strukturanpassungsprogramme haben das Land in eine Abwärtsspirale getrieben. „Aber die historische Erfahrung einer anderen Wirklich-

keit ist noch da“, sagt Rene Loewenson, die Direktorin von TARSC, „die älteren Menschen erinnern sich noch genau, die anderen haben eine Ahnung. Wir haben die Kraft, die Dinge wieder zu verändern, wenn wir regionale und internationale Unterstützung haben.“

Regional haben sich die Projektpartner EQUINET angeschlossen, einem Bündnis von vielen engagierten Gesundheitsorganisationen im östlichen und südlichen Afrika, international gehören sie zum People's Health Movement. ■

Usche Merk

Projektstichwort:

Mit der Unterstützung von medico wollen unsere simbabwischen Partner die Basisgesundheitsversorgung und den Einsatz um eine verbesserte Gesundheitsinfrastruktur vor Ort auf 25 Distrikte im Land ausweiten. Wir haben dafür einen Zuschuss beim Entwicklungshilfeministerium (BMZ) beantragt. Wir selbst werden für die Arbeit jährlich 40.000 Euro zur Verfügung stellen. Dazu benötigen wir Ihre Spende unter dem Stichwort: **Simbabwe**.

„Die Staatsressourcen wurden verpulvert.“ Itai Rusike und Fortunate Machingura (CWGH).

Gefangen auf der Farm

sri lanka: Nothilfe für Kriegsvertriebene

Der Name Manik Farm weckt beim ersten Hören kaum schlimme Assoziationen. Dasselbe gilt, auch wenn hier Zweifel auftauchen, vom Ausdruck „Welfare Camp“, zu Deutsch: Wohlfahrtslager. Manik Farm ist ein Welfare Camp im Norden Sri Lankas. Seit dem Frühjahr interniert die sri-lankische Armee hier über 280.000 Menschen. Manik Farm ist ein Internierungslager. Die Menschen wurden ohne Rücksicht auf ihre familiäre Bindung auf Zelte verteilt, je hundert von ihnen teilen sich eine provisorische Toilette. In knappen Portionen gibt es ungewürzten Reis und Linsen. Kranke liegen reglos auf dem Boden, zu schwach, die

Mücken zu verscheuchen. Immer wieder „verschwinden“ vor allem Jüngere, werden als angebliche Rebellen in Speziallager verschleppt, manche auch einzeln auf Polizeistationen irgendwo im Land. Den lokalen medico-Partnern wird nur willkürlich Zugang gewährt. Auch für Verwandte gilt: Zutritt nur bei Bestechung der Wachen. Unsere Partner fordern, dass Manik Farm aufgelöst, die Menschen an Orte ihrer Wahl rückgesiedelt werden. Bis dahin muss Hilfsorganisationen freier Zugang gewährt, das Militär abgezogen werden. Die Verschleppungen müssen aufhören.

Spendenstichwort: Sri Lanka

Kampf dem Krebs!

gazastreifen: Aufklärung und Vorsorge für Frauen

In Gaza sind die Aufklärung über Brustkrebs und die Möglichkeiten seiner Früherkennung gering. Betroffene Frauen, aber auch Ärzte, wissen kaum um die Vorsorgemöglichkeiten. medico unterstützt deshalb eine Kampagne der gemeindeorientierten Basisinitiative „The Culture & Free Thought Association“ (CFTA). Die Frauenorganisation ist eine Ausnahmeerscheinung im Gazastreifen. Ihre Sprecherin, Majeda Al-Saqq, ist Feministin, trägt ihr kurz geschnittenes Haar offen und verweigert jeden Schleier.

CFTA betreibt sechs Zentren und kümmert sich um die psychische und physische Gesundheit von marginalisierten Frauen und Kindern. Ihr Engagement gegen häusliche Gewalt und für sexuelle Aufklärung stößt dabei auf die Ablehnung durch islamistische Gruppen. Dennoch erlernen jetzt 2.000 Frauen Früherkennungstechniken und machen Vorsorgeuntersuchungen, sie gehen zur Mammographie und belegen Selbstuntersuchungswrkshops. Radiospots sowie die Sensibilisierung anderer Gesundheits-



anbieter sollen den Druck auf das Gesundheitssystem erhöhen, Brustkrebs ernst zu nehmen und lokale Behand-

lungsmöglichkeiten bzw. Überweisungen aus dem Gazastreifen anzubieten.

Spendenkonto: Palästina

Versicherungskarte für Arme

bangladesch: Ein Gesundheitsfonds für die Zukunft

Etwa eine Million Menschen versorgt die Gesundheitsorganisation Gono-shasthaya Kendra (GK) mit Basisgesundheitsdiensten, überall dort, wo für die Menschen Gesundheit nicht zu haben ist. Gesundheitsstationen in entlegenen Dörfern oder in städtischen Armutsvierteln, vorwiegend aus Frauen bestehende sozialmedizinische Teams, die vor Ort grundlegende Gesundheitsbelange der Bevölkerung abdecken – das ist das Konzept seit vielen Jahrzehnten.

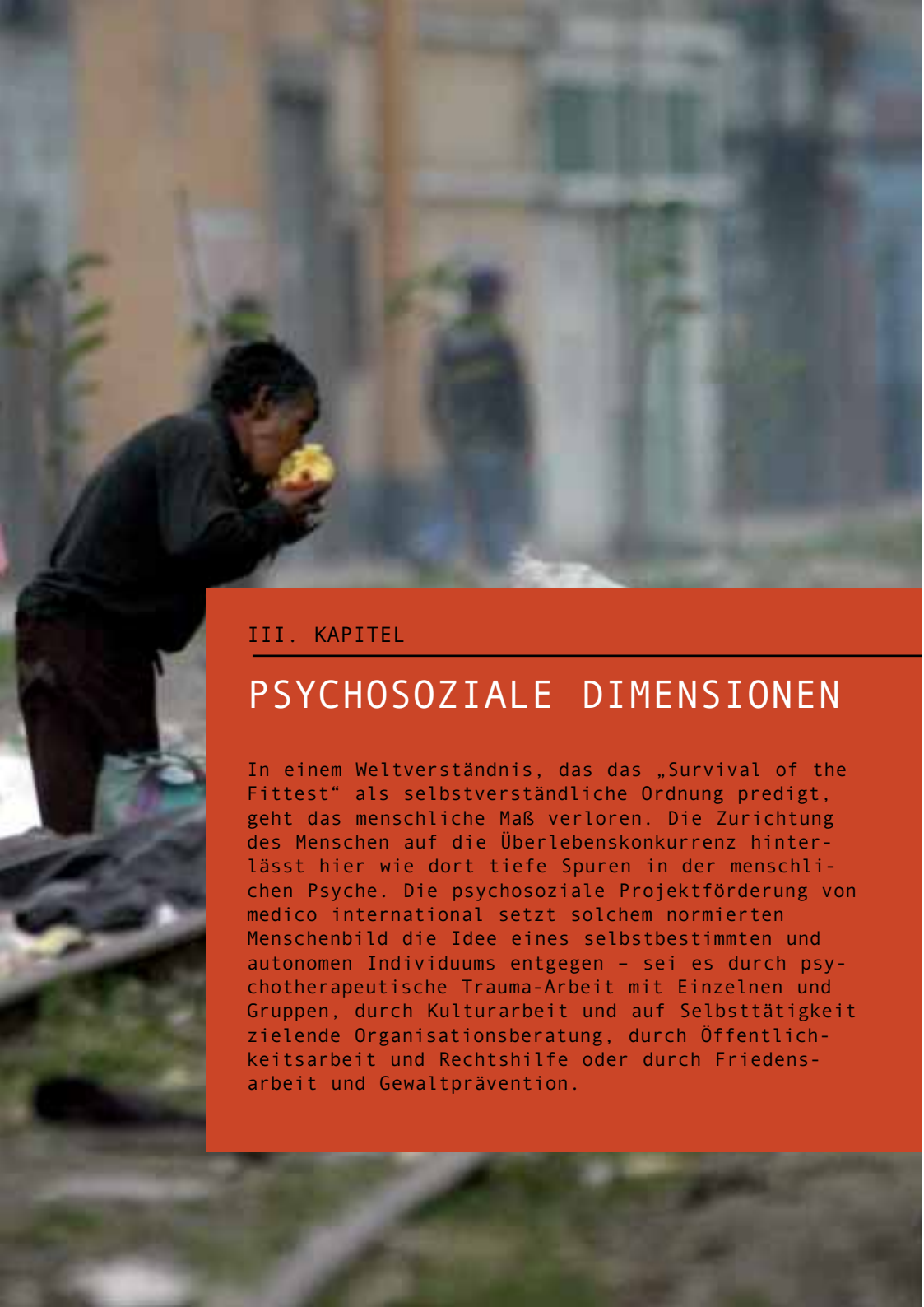
Die Finanzierung dieser Arbeit ist jedoch prekär und abhängig von den Möglichkeiten solcher Organisationen wie medico. GK versucht Anfänge eines solidarischen Versicherungssystems aufzubauen. Die Idee: Jeder finanziert entsprechend seinem Einkommen die glei-

che Gesundheit für alle. Die Beiträge sind bei GK familienbezogen und in Stufen an die lokalen Verhältnisse angepasst. Die Versichertenkarte macht die Leistungen im Krankheitsfall billiger, bei den Ärmsten übernimmt GK die Kosten. Allerdings lassen sich gerade die Besserbemittelten nur schwer von dieser praktischen Solidarität überzeugen: nur 3% der Reichen beteiligen sich. Es zeigt sich, dass sich erst bei einer umfassenden Pflichtversicherung substantielle Umverteilungseffekte erzielen lassen. Das gilt auch für Bangladesch. Die GK-Versicherung macht einen Anfang und die medico-Spenden für GK sind Teil einer globalen Solidarversicherung.

Spendenstichwort: Bangladesch

Auf 200 Milliarden US-Dollar wird das zusätzliche Defizit infolge der Finanzkrise allein in den 40 ärmsten Ländern der Welt geschätzt. Hungernde in Guatemala-City ernähren sich vom Abfall.





III. KAPITEL

PSYCHOSOZIALE DIMENSIONEN

In einem Weltverständnis, das das „Survival of the Fittest“ als selbstverständliche Ordnung predigt, geht das menschliche Maß verloren. Die Zurichtung des Menschen auf die Überlebenskonkurrenz hinterlässt hier wie dort tiefe Spuren in der menschlichen Psyche. Die psychosoziale Projektförderung von medico international setzt solchem normierten Menschenbild die Idee eines selbstbestimmten und autonomen Individuums entgegen – sei es durch psychotherapeutische Trauma-Arbeit mit Einzelnen und Gruppen, durch Kulturarbeit und auf Selbsttätigkeit zielende Organisationsberatung, durch Öffentlichkeitsarbeit und Rechtshilfe oder durch Friedensarbeit und Gewaltprävention.

Auf dem Weg in die Gesundheitsdiktatur?

Zwischen Emanzipation und Zurichtung

Aus historischem Blickwinkel wird deutlich, dass Gesundheit immer zweierlei ist: sie ist einerseits Ergebnis gesellschaftlicher Entwicklung, andererseits aber Teil des Motors dieser Entwicklung. Die Leitbilder, die sich in der Idee der Gesundheit spiegeln, zielen aber nicht nur auf die Gestaltung der gesellschaftlichen Realität, sondern umfassen auch Vorstellungen von einem perfekten Zustand menschlichen Lebens. Exemplarisch kommt das in der vielbeachteten Gesundheitsdefinition der WHO zum Ausdruck, die Gesundheit als den „Zustand eines vollständigen physischen, seelischen und sozialen Wohlbefindens“ begreift. Zu Recht ist dieser Begriff immer wieder kritisiert worden. Denn selbstverständlich zählen auch körperliche Gebrechen, geistige Behinderungen, das Älterwerden und an seinem Ende auch der Tod zum Leben selbst. Wer sie zugunsten eines vorgeblichen „Wohlbefindens“ eliminieren wollte, eliminierte das Leben selbst.

Je nach Perspektive, kann die Idee des „vollständigen Wohlbefindens“ so als einschränkende Norm oder als Aufruf zur Veränderung verstanden werden. Aus der Perspektive des Elends wird das Bemühen um Veränderung klar: Es geht darum, Gesundheit in einem umfassenden Sinne herzustellen und dabei

deutlich zu machen, dass es nicht reicht, nur Krankheit und Tod zu verhindern, ohne auch das Leben zu verbessern. Gesundheit, daran lässt die WHO mit ihrer Definition keinen Zweifel, ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit – und mit ebendiesem Anspruch kümmern sich lokale Initiativen, soziale Bewegungen, politische Parteien und engagierte Gesundheitsarbeiter um Veränderung. Sie drängen auf soziale Verhältnisse, in denen das Recht auf Gesundheit im Sinne eines gleichen Zugangs aller zu Gesundheit und im Sinne gesundheitsförderlicher Verhältnisse verwirklicht ist. Aus dieser Sicht ist Gesundheit aufs Engste verknüpft mit emanzipatorischen Zielen.

Auf der anderen Seite steht ein Gesundheitsbegriff, in dem vor allem staatliche und wirtschaftliche Interessen zum Ausdruck kommen. Gesundheit meint hier u.a. die Wehr- und Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung oder eine bis ins hohe Alter fortbestehende Bereitschaft zum Konsum von Waren, zu denen nicht zuletzt die immer größer werdende Palette von Gesundheitsangeboten selbst zählt. Aus dieser Perspektive entpuppt sich die Idee „vollständiger“ Gesundheit nicht als Teil von Emanzipation, sondern meint deren Gegenteil: Disziplin, Kontrolle und Steuerung. Dann sind es nicht mehr freie Entscheidungen,

die menschliches Verhalten leiten, sondern gesellschaftliche Normen, Moralvorstellungen und Profitinteressen. Unter solchen Umständen verwandelt sich das Recht auf Gesundheit in eine Verpflichtung zur Gesundheit. Man muss gesund bleiben, um hochflexibel dem Arbeitsmarkt zur Verfügung zu stehen und den Sozialversicherungsträgern dabei möglichst nicht zur Last zu fallen. Wenn heute von Gesundheit die Rede ist, geht es also immer sowohl um Kontrolle als auch um Befreiung.

Ob Ernährung, Mobilität oder Sexualität – längst geht es ja immer auch um Fragen der Gesundheit. Essen ist kein privater Genuss mehr, sondern wird zur öffentlich verhandelten Aufnahme von bis in Milligrammbereiche hinein analysierten Nahrungsmittelbestandteilen. Die Existenz von Aufzügen und Rolltreppen, die in frühsozialistischen Gesellschaftsentwürfen noch als Beleg für die Befreiung von Mühen galt, wird zum Symptom pathologischer Bewegungsarmut. Und Sexualität meint nicht mehr allein Erotik und Befriedigung, sondern das Risiko lebensbedrohender Erkrankungen. Es stimmt, dass Gesundheit im Alltag entsteht, und doch birgt gerade die Allgegenwart gesundheitlicher Aufklärung die Gefahr, dass Aufklärung in neues Unheil umschlägt. Die Gefahr, dass Gesundheit zu einem Bestandteil der Zurichtung und Beherrschung von Menschen wird, ist dort besonders groß, wo zugleich auch ökonomische Interessen im Spiel sind.

Rauchen, Bewegungsarmut, Dickleibigkeit – all das kann heutzutage mit Ächtung am Arbeitsplatz, schlechterer Gesundheitsversorgung und schließlich auch höheren Versicherungsprämien bestraft werden. Gerade in modernen Gesellschaften wird Gesundheit zuneh-

mend repressiv „von außen“ verordnet. Das Ziel ist nicht Autonomie, sondern die Verwandlung der Menschen in asketische Maschinen, die vor allem eines gewährleisten: einen störungsfreien und deshalb gut zu kalkulierenden Produktionsprozess. Unter solchen Umständen ist der menschliche Körper nicht mehr Teil einer schützenswerten Privatsphäre, sondern Gegenstand biopolitischer Kontrolle – und schließlich der Verwertung selbst. Wo Rendite und Disziplin über den Menschen gestellt werden, ist der Weg von der Gesundheitsgesellschaft in eine Gesundheitsdiktatur nicht mehr weit.

Schon heute sind Tendenzen moderner Eugenik auszumachen, die „Volksgesundheit“ über einen Mix aus politischem Zwang, sozialer Kontrolle, der Verinnerlichung ultimativer Gesundheitsvorstellungen und gentechnischer Eingriffe herstellen will. Von vielen unbemerkt, verwandelt sich das „Märchen ewiger Gesundheit“ in die negative Utopie einer Gesellschaft, die „Gesundheit“ nutzt, um Kontrolle und Repression zu verewigen. ■

Aus: Global – Gerecht – Gesund?

Fakten, Hintergründe und Strategien zur Weltgesundheit. Ein Attac-Basistext, verfasst von medico international, VSA-Verlag Hamburg, 2008.



Börse der Kreativität

Libanon: Jugendliche lernen im Sommercamp

Unter Pinien und mit Blick auf die libanesisische Küste trafen sich 140 Jugendliche für neun Tage. Sie alle, Palästinenser wie Libanesen, leben im Libanon. Eine zusätzliche Gruppe ist aus der West Bank, dazu einige Ägypter und wenige Jordanier. Hier, keine hundert Meter vom Grab Edward Saids, findet das alljährliche Sommercamp statt. Der medico-Partner ARCPA (Arab Resource Centre for Popular Arts) veranstaltet diese Börse der Kreativität seit 2002. Die Mitarbeiter arbeiten schon immer mit Kindern und Jugendlichen. Seit dem israelischen Krieg gegen den Libanon 2006 rücken Konzepte der sozialpsychologischen Arbeit stärker ins Augenmerk. So wurden in diesem Jahr Workshops zu

Konfliktbearbeitungsstrategien organisiert. Eine Trainerin, die aus Kroatien kommt, bot praxiserprobte Lösungsansätze im Rollenspiel an. Das Sommercamp setzte Impulse, und Techniken wurden hier Praktikern vorgestellt, die lokale Arbeit entwickelte sich weiter. Die Köpfe von ARCPA, der Direktor Moataz Dajjani und der Koordinator Hicham Kayed, sitzen abgekämpft aber zufrieden am Tisch. Das Camp ist vorbei. Hicham sagt lächelnd: „Bei uns geht es immer weiter. Nach dem Sommercamp ist vor dem Film Festival for Youth & Children im Oktober.“ Die Fortsetzung des medico-ARCPA-Programms „Konflikt als Herausforderung“, das bis Ende 2011 läuft.

Spendstichwort: Libanon

Sich selbst ermächtigen

nicaragua: Gegen ein ökonomistisches Menschenbild

Nicaragua, so schrieb die Psychologin und medico-Partnerin Marta Cabrera in einem Aufsatz für medico, sei ein von „vielen Schmerzen gezeichnetes Land“. Viele Entwicklungsprogramme und Versuche die Armut zu bekämpfen, so Cabrera, scheiterten daran, dass sie die Geschichte aus Armut, Unterdrückung, Krieg und die tiefen Spuren, die das in den Schicksalen der meisten Nicaraguaner hinterlassen hat, nicht be-

rücksichtigten. Marta Cabrera hatte auch wesentlichen Anteil daran, dass in dem Wiederansiedlungsprojekt mit arbeitslosen Landarbeitern in dem Dorf „La Palmerita“ eine starke psychosoziale Komponente eingebaut wurde. Nur so hätte dieses Projekt mit Menschen, die von frühster Kindheit an nur Ausbeutung und extreme Armut erlebt haben, überhaupt eine Chance auf Erfolg. So steht in diesem Projekt, das Menschen aus extremer



Kollegen aus 100 verschiedenen zivilgesellschaftlichen Organisationen in vier Regionen teilnehmen. Das Leitmotiv dieses Prozesses richtet sich gegen ein ökonomistisches Menschenbild: „Die Bedeutung der psychosozialen Arbeit anzuerkennen und in sie Energien zu investieren beinhaltet ein differenziertes Menschen-

Armut die Möglichkeit eröffnet, als Kleinbauern eine halbwegs gesicherte Existenz aufzubauen und ihren Kindern eine stabile Perspektive zu eröffnen, die Bildung und Ausbildung der Menschen im Vordergrund. Ähnlich auch ein Programm zur Organisationsentwicklung, an dem

bild, in dem Menschen als das angesehene werden, was wir sind: äußerst komplexe Wesen mit diversen Bedürfnissen und Interessen, die über das Materielle hinausgehen und den Rhythmus sozialen Lebens vorgeben.“

Spendenstichwort: Nicaragua

Recht braucht langen Atem

südafrika: Teilerfolg für Apartheid-Opfer

Einer der ältesten medico-Partner in Südafrika, die Opferhilfe-Organisation Khulumani mit 50.000 Mitgliedern, kämpft seit Jahren um Entschädigung für die unter der Apartheid erlittenen Verfolgungen. Dazu gehört auch die Einreichung einer Klage vor einem New Yorker Gericht gegen internationale Banken und Unternehmen, die mit dem international sanktionierten Apartheid-Regime kooperierten. Allein dass die Klage zur Verhandlung zugelassen wurde, war ein großer Erfolg. Die damalige südafrikanische Regierung allerdings sprach sich gegen das Gerichtsverfahren aus. Die Begründung kommt bekannt vor: Es schädige

das Investitionsklima. Nun hat die neue Regierung einen Kurswechsel vollzogen und unterstützt den Klageweg. Damit ist ein wichtiges Hindernis für den weiteren Prozessverlauf aus dem Weg geräumt. Die betroffenen Firmen müssen den Klagenden ihre Archive öffnen und die Firmenverantwortlichen den Anwälten der Klagenden unter Eid Auskunft geben. Der Prozess ist damit in eine entscheidende Phase getreten, in der neue Elemente zum Vorschein kommen können und die Wahrheit über das Ausmaß der Unterstützung von transnationalen Unternehmen für das Apartheidregime öffentlich wird.

Spendenstichwort: Südafrika



IV. KAPITEL

GESUNDHEITSBEWEGUNG

„Gesundheit muss von unten kommen“ klingt wie ein Glaubenssatz. Über 40 Jahre medico-Erfahrung bestätigen trotzdem seine Richtigkeit. Gesundheitsbewegungen in vielen Ländern haben in den 1980er-Jahren einem menschenrechtlichen Gesundheitsverständnis den Weg geebnet. In vielen Ländern sind wenigstens Anfänge einer öffentlichen Gesundheitsversorgung entwickelt worden. Heute geht es darum, Strukturen einer globalen Gesundheitsbewegung zu entwickeln, die die Kommerzialisierung der Gesundheit verhindert und das gleiche Recht aller auf Zugang zu Gesundheit zur Norm macht.

Die Wirklichkeit der Slums im Maharadscha-Palast

Die internationale Universität des People's Health Movement will ein weltweites Netz von jungen Gesundheitsaktivisten und Experten befördern. Ein Erfahrungsbericht aus Bangalore.

Das indische National Institute for Tuberculosis, in dem die 11. International People's Health University im September 2009 für 10 Tage zu Gast war, repräsentiert die alte „Gartenstadt Bangalore“ in ihrer ganzen Größe und Schönheit. Das Forschungsinstitut befindet sich in einem ehemaligen Palast einer Prinzessin der Maharadscha-Dynastie von Mysore und ist umgeben von einem 24 Hektar großen Garten mit uraltem Baumbestand. Auch gesundheitspolitisch ist der Ort von Bedeutung. Hier weihte in den 50er-Jahren der erste indische Premierminister das Tuberkulose-Institut ein, um symbolisch den Kampf gegen die Krankheit zu verkünden. In der indischen Tuberkulose-Bekämpfung hat auch der „Vater der Primary Health Care“, Halfdan Mahler, seinen Platz: Bevor er zum Generaldirektor der WHO gewählt wurde, arbeitete er als Arzt im indischen Tuberkuloseprogramm.

Das Tuberkulose-Institut drückt auch das Dilemma der nationalen Gesundheitspolitik aus. Sie ist nicht über solche krankheitsspezifischen Anstrengungen hinausgekommen und hat es versäumt, ein umfassendes Gesundheits-

system für alle Bürger zu entwickeln. Gerade 1,2% des nationalen Budgets werden in das öffentliche Gesundheitssystem investiert, auf das vor allem die ländlichen Armen angewiesen sind. In den Städten hat sich eine öffentliche Basisgesundheitsversorgung nie entwickelt, neben überlaufenen öffentlichen Krankenhäusern und einigen Präventions- und Behandlungsprogrammen (gegen Kinderlähmung, Tuberkulose, Malaria und seit Neuestem auch endlich HIV/Aids) gibt es nur den wachsenden „Gesundheitsmarkt“ privater Kliniken und Praxen, deren Dienstleistungen die Armen und mitunter auch die Mittelklasse bei schweren Gesundheitsproblemen in den finanziellen Ruin treiben.

Politische Ökonomie der Gesundheit

Vor diesem Hintergrund diskutierten auf der International People's Health University in Bangalore 60 Gesundheitsaktivistinnen und -aktivisten aus 15 Ländern. Sie nahmen an einer Mischung aus Crashkurs in politischer Ökonomie der Gesundheit und kompetentem Erfahrungsaustausch teil – und schon die Zu-



Foto: ap

sammensetzung der Gruppe garantierte spannende Debatten. Neben den indischen TeilnehmerInnen aus einem Dutzend Bundesstaaten des Landes waren Sri Lanka, Nepal, die Philippinen, Kenia, Äthiopien, Georgien, Frankreich, Kanada, die Niederlande und Deutschland mit einzelnen Personen oder kleineren Gruppen vertreten.

Ein Seminarthema wie „Konflikt und Gesundheit“ ist bei den meisten Teilnehmern nicht nur eine abstrakte Reflexion über gesundheitliche Folgen von Gewalt und spezifische Bedürfnisse vulnerabler Gruppen, sondern unmittelbare Erfahrung aus nächster räumlicher und zeitlicher Nähe, die in den Plenumsbeiträgen auch zur Sprache kam. Der Bürgerkrieg in Sri Lanka, die Repression der indischen Armee und Regierungsbehörden im Bundesstaat Chittorgarh gegen maoistische Aufständische und jede Form kritischer Öffentlichkeit, die ethnischen Konflikte in Kenia, die sich erneut verstärkenden politischen Spannungen in Nepal, verdichteten sich zu einer allen geläufigen und doch jeweils spezifischen Analyse, in der auch Handlungsoptionen ausgetauscht werden konnten.

Che im Gepäck

Am meisten beeindruckt aber hat mich, der ich als Teil des „Lehrkörpers“ an diesem Intensivseminar teilgenommen habe, das breite Spektrum der persönlichen und professionellen Hintergründe und Erfahrungen der Teilnehmer. Es kamen keine Theoretiker zusammen, sondern hier debattierten Menschen, die an der Basis direkt mit den Problemen und Gesundheitslagen der Ausgegrenzten konfrontiert sind. Sie stellten sich der Diskussion mit anderen und lernten dabei die verschiedenen Strategien im Einsatz für einen gleichen Gesundheitszugang aller kennen. Diese Gesundheit geht über die reine Gesundheitsversorgung hinaus. So unterstützt die Juristin Marina in Georgien die (nicht nur gesundheitsbezogenen) Menschenrechte von Gefangenen. Eric Owuor kämpft mit seinem Paralegal-Trust in Kenia für einen Zugang für Arme zum Rechtssystem und hat in den letzten Monaten besonders Frauen unterstützt, die rechtswidrig in öffentlichen Krankenhäusern in Nairobi festgehalten wurden, weil sie die Rechnungen für die medizinische Betreuung ihrer Risikogeburten nicht bezahlen konnten. Sapna von Basic

Needs India hilft psychisch Kranken und ihren Angehörigen in den Slums von Bangalore, in die lokalen Selbsthilfestrukturen integriert zu werden und gemeinsam ihre Rechte gegenüber der Stadtverwaltung und den Gesundheitsbehörden durchzusetzen. Celso Jr. ist Lehrer an einer Krankenpflegeschule und langjähriger Aktivist der Health and Democracy Alliance auf den Philippinen und dort am Aufbau von Basisgesundheitsdiensten auf der Insel Isabella beteiligt. Atis aus Nepal will als ausgebildeter „moderner“ Pharmazeut der traditionellen tibetischen Medizin zu Anerkennung im neuen Gesundheitssystem verhelfen. Vijay aus Bangalore dokumentiert filmisch die Einführung des Community Monitoring, das die Aufgabe hat, ländliche öffentliche Gesundheitszentren durch die Gemeinden selbst zu sichern und zu kontrollieren. Sarojini und Aastha von der Frauenorganisation Sama in Delhi betreiben einen Watch zu Medikamenten- und Impfstoffversuchen der multinationalen Pharmakonzerne mit Frauen in verschiedenen indischen Bundesstaaten. Varun hat seinen gut bezahlten Job als Agrar- und Nahrungsmittelingenieur bei einem großen multinationalen Konzern in Lucknow gekündigt, um seine Kenntnisse in Logistik und Versorgungsstrukturen für die Verbesserung der ländlichen Gesundheitsdienste in Indien einzusetzen. Mit Hilfe des indischen People's Health Movement

bereitet er gerade eine 5-monatige Motorradtour durch den ganzen Subkontinent vor, um in möglichst vielen verschiedenen Regionen die jeweiligen Gesundheitsnöte und Projekte zu deren Bewältigung kennenzulernen. Die Kollegen vom PHM haben es nicht versäumt, ihm neben guten Kontakten und Tipps auch das Reisetagebuch von Che Guevara mit ins Gepäck zu legen, das der 26jährige „Aussteiger“ noch nicht kannte.

Gerade diese Mischung macht die Stärke einer solchen IPHU aus, die den Rahmen eines gewöhnlichen Uni-Blockseminars aber auch der üblichen Postgraduierten-Ausbildungsgänge sprengt. Zwar werden auch hier Vorträge gehalten und Powerpoint-Präsentationen gezeigt, aber der Schwerpunkt liegt in der systematischen Integration der TeilnehmerInnen ins Programm – etwa mit eigenen Kurzbeiträgen in Ergänzung zu den theoretischeren Vorträgen über Globalisierung und ihre Auswirkungen auf Gesundheitssysteme, Konzepte der Community Health und der sozialen Determinanten von Gesundheit, TRIPS und Patente, in Rollenspielen, in denen die Dynamik zwischen NGO-Aktivistinnen und armen Gemeinden untersucht oder Kommunikationsstrategien für das „Recht auf Gesundheit für Alle“ entwickelt werden usw. ■

Andreas Wulf

Projektstichwort:

Im Rahmen der Zusammenarbeit mit dem People's Health Movement unterstützt medico seit mehreren Jahren die Arbeit der International People's Health University. Darüber hinaus beteiligen wir uns finanziell an einem Forschungsprojekt ehemaliger Teilnehmer dieser alternativen Universität, das sich mit dem Zusammenhang von sozialen Bewegungen und Basisinitiativen und mit der Wirksamkeit von Basisgesundheitsprogrammen beschäftigt. Sie können diese Arbeit, die die Geschichte sozialer Bewegungen vermittelt und aufbewahrt und neue Netze der Veränderung knüpft, unterstützen. Das Stichwort lautet: **Gesundheit.**

Globaler Solidarausgleich

Überlegungen zur Sicherung eines gerechten Gesundheitszugangs

Nicht erst der Finanzcrash hat das Versprechen, privatisierte Gesundheitsdienste könnten die Gesundheitskatastrophe in den Armutsregionen lösen, ad absurdum geführt. In der Krise aber konnte man das mit klaren Worten aussprechen, so die WHO-Direktorin Margaret Chan Anfang 2009 in Istanbul: „Der Markt kann soziale Probleme nicht lösen. Öffentliche Gesundheit kann das aber sehr wohl.“ Weil heute immer mehr Menschen privat für ihre Gesundheit aufkommen müssen, würden jährlich 100 Millionen unter die Armutsgrenze fallen. „Etwas ist furchtbar schiefgegangen“, erklärte Chan. Und belässt es bei Andeutungen, was gemeint ist. Die Tatsache nämlich, dass Institutionen wie Weltbank und WHO bewusst auf eine Strategie der Privatisierung von Gesundheitsdiensten gesetzt haben. Diese Strategie ist gescheitert, so die britische Hilfsorganisation Oxfam: Das Wachstum des privaten Sektors in armen Ländern gehe direkt auf Kosten des öffentlichen Gesundheitswesens und untergrabe dessen „Kapazitäten, die Ärmsten zu versorgen“.

Ähnlich hart die Kritik an den ambivalenten Wirkungen privater Initiativen wie der Gates-Stiftung. 3 Milliarden Dollar gibt sie jährlich für Gesundheitsprojekte, Forschung und Lobby-Aktivitäten aus. 40 Prozent gingen an internationale Organisationen, von der übrigen Summe 80 Prozent an US-amerikanische

Einrichtungen, so eine Studie des britischen Medizinjournals „Lancet“. Mit ihrem Etat kann die Stiftung maßgeblich Einfluss auf die Weltgesundheitspolitik nehmen. Als private Stiftung aber ist sie niemand rechenschaftspflichtig. Die Stiftung, heißt es, werde „geleitet von den Interessen und Leidenschaften der Gates-Familie“. Ein „skurriles Regierungsprinzip“, meint der „Lancet“. Moderne Weltgesundheitspolitik im Zeichen re-feudalisierter Verhältnisse?

Klar ist, dass enorme finanzielle Anstrengungen nötig sein werden, um allen Menschen den verbrieften Zugang zu Gesundheit zu ermöglichen. Angesichts des Scheiterns der bisherigen Finanzierungsmodelle ist zunächst eine radikale Wende im konzeptionellen Denken erforderlich. Hier setzen die medico-Überlegungen an: Ohne eine Ausweitung der Prinzipien solidarischer Gesundheitsfinanzierung auf die globale Ebene wird der weltweiten Gesundheitskatastrophe nicht zu begegnen sein.

Im Mai 2009 stellte medico auf einem Treffen von Gesundheitsaktivisten aus aller Welt seine Ideen in Genf vor. Ausgangspunkt unserer Überlegungen ist die Frage, wie öffentliche Gesundheitsversorgung nachhaltig gesichert bzw. auf- und ausgebaut werden kann. Über dieses Ziel herrscht meist Konsens, selbst Akteure wie die Gates-Stiftung führen es im Munde. Unsicher wird es erst

dann, wenn es um die Finanzierung solcher Versorgungsstrukturen geht.

Abhilfe, so unsere Idee, könnte das schaffen, was wir im Arbeitstitel „Weltgesundheitsvertrag“ genannt haben. Dabei geht es um die Einrichtung eines globalen Finanzierungsmechanismus, der vom Prinzip der gemeinsamen Risikoteilung geleitet wird und reichere Länder dazu verpflichtet, anteilmäßig auch für die Gesundheitsbedürfnisse der ärmeren aufzukommen. „Grundlegend“, so die erste Skizze, „sind jene Prinzipien einer solidarischen Finanzierung von Gesundheitssystemen, die auch in vielen nationalen Gesundheitssystemen in unterschiedlicher Form und Umfang realisiert sind.“ Angesichts des erreichten Globalisierungsgrades werden auch die nationalen Versorgungssysteme nur über ihre Internationalisierung gesichert werden können. Frei nach Albert Einstein, dass man Probleme nicht mit derselben Denkweise lösen kann, die sie geschaf-

ten haben, geht es darum, das Recht auf Gesundheit um die Pflicht zu erweitern, dafür in Form von gesundheitlicher Infrastruktur geradestehen – und zwar nachhaltig. Mit den Millennium Development Goals und all den globalen Fonds, die allesamt auf Freiwilligkeit und Goodwill beruhen, wird das nicht gelingen

In der Arbeitsgruppe, in der medico seine Überlegungen zur Diskussion stellte, gab es einhellige Zustimmung. Zugleich aber äußerten die Kollegen aus Afrika auch Skepsis angesichts der Idee eines weiteren internationalen Gebildes – nach all den von außen kommenden und vertikal implementierten Gesundheitsprogrammen völlig zu Recht. Und so drehte sich die weitere Debatte konsequent darum, wie ein solches Finanzierungsinstrument demokratisch verwaltet werden kann und Beteiligung auf lokaler Ebene sichert. Und „Ownership“, wie es im Entwicklungsjargon gelegentlich heißt, ist nicht nur möglich, sondern essentiell.

Das gilt schon für die Durchsetzung eines solchen „Weltgesundheitsvertrages“. Ohne eine breite Bewegung von unten wird es kaum möglich sein, dem herrschenden Trend der Privatisierung das öffentliche Gut einer allgemeinen Gesundheitsfinanzierung abzurufen. Die Debatte geht weiter. Wir halten Sie auf dem Laufenden. ■

Katja Maurer



In der Pipeline: Patente

Versorgung von Aids-Patienten in Gefahr

Die brasilianische HIV/Aids-Politik verzeichnete besonders Ende der neunziger Jahre große Erfolge bei der Reduktion der Neuinfektionen, der Verbesserung der Lebensqualität von mit HIV/Aids lebenden Menschen und der Verringerung der Sterberate unter Infizierten. Aufgrund dieser Erfolge galt Brasilien lange Zeit als das erfolgreichste Entwicklungsland im Kampf gegen HIV/Aids. Nicht zuletzt sind diese Erfolge auf das Engagement einer starken Zivilgesellschaft zurückzuführen. Brasilien gehörte zu den lateinamerikanischen Ländern mit den stärksten Gesundheitsbewegungen. Nach dem Ende der Militärdiktatur 1988 setzte sie ein verfassungsmäßig garantiertes Recht auf Gesundheit durch. Gesundheitsbewegung war und ist in Brasilien immer mit der Forderung nach gleichem Zugang verbunden.

Dieses Recht auf Gesundheit manifestierte sich konkret in der Gründung des staatlichen und kostenlos zugänglichen Gesundheitssystems SUS. Zu diesem Selbstverständnis gehörte auch die kostengünstige lokale Produktion von HIV/Aids-Medikamenten. Die kostenlose Versorgung von HIV/Aids-Patienten mit Medikamenten der ersten Generation war so möglich.

In den letzten Jahren wurde die Situation komplizierter. Die lokale Produktion von Generika (Nachahmerprodukten) und auch der kostengünstige Erwerb von Originalprodukten der zweiten

Generation wurden durch internationale Patentregelungen erheblich erschwert.

Was ist der Hintergrund für diese Situation? Im Rahmen des TRIPS-Abkommens (Abkommen zu geistigen Eigentumsrechten) verabschiedete die brasilianische Regierung 1996 ein Gesetz, das die nationale Patentregelung an das neu verabschiedete internationale Patentrecht anpassen sollte. Das war Brasiliens Eintrittskarte für den Weltmarkt. Demzufolge mussten Patente auf bisher nicht patentierte technologische Verfahren beantragt werden. Dieses Gesetz begründete ähnlich wie in Indien den PIPELINE-Mechanismus, der es ausländischen Unternehmen ermöglichte, zwischen Mai 1996 und Mai 1997 Patentanträge für Produkte zu stellen, welche in ihrem Herkunftsland bereits Patentregelungen unterlagen. Dabei werden Patentanträge lediglich aufgrund der Tatsache bewilligt, dass sie bereits in anderen Ländern genehmigt sind.

Die Auswirkungen der „PIPELINE-Patente“ auf den Zugang zu Medikamenten

Während der erwähnten Einjahresperiode wurden durch diesen Mechanismus 1182 Patente angemeldet – von denen viele als „essentielle Medikamente“ für Krankheiten, wie unter anderen HIV/Aids, Krebs, Schizophrenie, eingestuft sind. Die meisten Anträge kamen aus den

Das Engagement zivilgesellschaftlicher Organisationen

Seit Jahren setzen sich brasilianische Nichtregierungsorganisationen, darunter auch der medico-Partner ABIA, gegen die PIPELINE-Patente ein. 2007 reichten sie Beschwerde beim Generalbundesanwalt gegen den Mechanismus ein. 2009 beschloss dieser, die Beschwerde zu verfolgen. Es wird also zu einem ordentlichen

Gerichtsverfahren kommen. Wenn das Gericht der Beschwerde stattgibt und die Patentierungen als verfassungswidrig einstuft, wäre das ein fundamentaler Schritt in Richtung Zugangssicherung zu lebenswichtigen Medikamenten, nicht nur im Bereich HIV/Aids. In den globalen Auseinandersetzungen um die Patentierung und damit einhergehende Zugangsbeschränkung von Medikamenten ist diese Auseinandersetzung exemplarisch. ■

Renata Reis und die Kollegen
vom ABIA-Team

USA (ca. 45%) und führten zur Patentierung von insgesamt 340 Medikamenten. Da PIPELINE-Patente in Brasilien aber lediglich Patentanträge von bereits patentierten Produkten darstellen, erfüllen sie nicht das gesetzlich festgelegte Kriterium der „Neuartigkeit“, das das brasilianische Gesetz als wesentlich vorsieht, um Produkte patentieren zu können. Die PIPELINE-Regelung widerspricht also dem Kern des brasilianischen Patentrechts. Dieses sieht vor, dass Patentschutz nur dann gewährleistet werden kann, wenn über die Patentierung des Produkts ein Beitrag zur Förderung von wirtschaftlicher und technischer Entwicklung im Land geleistet werden kann.

Da Brasilien eines der wenigen Länder ist, das universellen Zugang zu antiretroviraler Therapie ermöglicht, entwickeln sich PIPELINE-Patente zu einem großen Hindernis für die weitere Gewährleistung der HIV/Aids-Behandlung. Es gibt lediglich einen alleinigen Anbieter, der den Marktpreis für das Medikament festlegt. Hohe finanzielle Aufwendungen müssen bereitgestellt werden, die große Summen des Gesundheitsbudgets beanspruchen. Die Produktion von Generika wird verhindert.

Projektstichwort:

Die brasilianische medico-Partnerorganisation ABIA wurde 1986 mit dem Ziel gegründet, ein solidarisches zivilgesellschaftliches Netz aufzubauen, um die Regierung zu zwingen, sich mit der Aids-Problematik zu befassen. ABIA ist inzwischen die einflussreichste brasilianische NGO im Aids-Bereich, die sich für Aufklärung, Zugang zu Medikamenten und Schutz der Menschenrechte einsetzt. Spenden für diese Arbeit bitte unter: **Brasilien.**



Foto: picture-alliance/ dpa

Gesundheit ist keine Ware

Was ein Weltgesundheitsgipfel ist – und was nicht

Vom 15. – 18. Oktober findet anlässlich des 300. Jubiläums der Berliner Charité und unter Schirmherrschaft von Angela Merkel und Nicolas Sarkozy eine Gesundheitskonferenz statt. Ihr Programm liest sich wie das vieler anderer Kongresse im Umfeld von Medizin und Pharmaindustrie. Dennoch soll in der Charité nichts Geringeres als ein „World Health Summit“ stattfinden, der nach dem Vorbild der anachronistisch gewordenen G8 jährlich wiederholt werden soll; eine „M8“ ist geplant, eine Allianz der international führenden Forschungseinrichtungen. So wird der Anspruch der „Macher“ der Welt kopiert, globale Probleme jenseits der formal dazu legitimierten Strukturen, dafür in enger Verbindung mit dem Weltmarkt zu lösen. In ihrer Berufung ausgerechnet auf das World Economic Forum entgeht den Veranstaltern, dass die illustren Treffen von Davos Anlass für die Gründung des World Social Forum waren. Und genau das könnte nun auch in Sachen Weltgesundheit geschehen. Zumindest ist das die weiteste Option einer medico-Initiative, die schnell bundesweite Unterstützung fand.

Public Eye on Berlin

„Public Eye on Berlin“ folgt einer einfachen Idee: diejenigen zu Wort kommen zu lassen, die in der Charité nicht dabei sind und das auch nicht wollen. Beteiligt sind andere Hilfsorganisationen, die

BUKO-Pharmakampagne, die Studierendeninitiative GandHi, politische Medizinerverbände, Gewerkschaften, auch die „Medi-Büros“, die von medizinischer Versorgung ausgeschlossene Migranten unterstützen. Doch geht es nicht nur um Kritik, sondern mehr noch um die Alternativen, die schon mit dieser Aufzählung benannt sind. Gemeinsamer symbolischer Nenner ist die Forderung eines „Krankenscheins für alle“, mit der der freie und gleiche Zugang aller zu Gesundheit eingefordert wird.

Eine Initiative zur rechten Zeit

Gesundheit nicht wie viele Charité-Teilnehmer als Ware, sondern als öffentliches Gut zu verstehen, heißt zugleich, Gesundheit nicht als technisch anzugehendes, sondern als globales soziales Problem anzugehen. Public Eye on Berlin wird dies auf einer Gegenveranstaltung zum Kongress exemplarisch verdeutlichen: in einer Bestandsaufnahme der Weltgesundheit, in der Bestimmung der sozialen Determinanten von Gesundheit, in der Verknüpfung aller Gesundheitsfragen mit demokratischer Partizipation und der Verteidigung des ärztlichen Ethos gegen dessen Ökonomisierung. Sichtbar wird dies auch in zwei Live-Schaltungen: Der Kongress wird in seiner Eröffnungszereemonie in die Internationale Raumstation schalten, in der auch biomedizinische Forschungen durchgeführt werden. Public Eye on Berlin hingegen wird nach

Bangalore schalten, ins Büro eines medico-Partners, der in den Slums der indischen Metropole arbeitet. Den Plan einer der G8 zu vergleichenden „M8“ beantwortet medico mit der Praxis einer weltweiten Gesundheitsbewegung. In Folge

in Berlin, aber auch woanders. „Public Eye on Berlin“ wird am 16. Oktober in Berlin eröffnet, vis-a-vis dem „World Health Summit“ der Charité. Weitere Informationen auf www.medico.de

Auf der Urlaubsinsel

Ein afrikanisch-europäischer Dialog von unten

Frauen und Kinder in ein solches Gefängnis zu sperren, das wäre selbst bei uns unvorstellbar.“ Amadou Mbow vom medico-Partner AMDH in Mauretanien war sichtlich schockiert, als er Ende August auf der griechischen Urlaubsinsel Lesbos die unmenschlichen Zustände im Gefängnislager Pagani erleben musste. Ausnahmslos alle neuankommenden Flüchtlinge werden dort bisweilen monatelang interniert. Ousmane Diarra vom medico-Partner AME in Mali ging es kaum anders. „Für uns in Afrika ist es nicht nachvollziehbar, warum Flüchtlinge in Europa wie Vieh behandelt werden. Unter dem Deckmantel des Migrationsmanagements erleben wir eine Klassifizierung von Personen, die sich über Grenzen hinweg bewegen.“ Beide afrikanischen Menschenrechtler nahmen durch finanzielle Unterstützung von medico an der Protestwoche des No-BorderCamps auf Lesbos teil. Ihr besonderes Interesse galt der transnationalen Kampagne gegen Frontex. Denn die europäische Grenzschutzagentur patrouilliert in der Ägäis gleichermaßen wie vor

der westafrikanischen Küste und ist mitverantwortlich für die steigende Zahl ertrunkener Boatpeople. Das internationale Aktionstreffen diente aber nicht nur dazu, den begonnenen euro-afrikanischen Netzwerkprozess weiterzuentwickeln, sondern zeitigte auch handfeste Ergebnisse: Ein von Aktivisten verdeckt gedrehtes Video über die skandalösen Zustände im Lager Pagani wurde nicht nur im griechischen Fernsehen, sondern auch auf CNN ausgestrahlt. Das Internationale Rote Kreuz schaltete sich ein, Hunderte Flüchtlinge konnten so die langersehnte Fähre nach Athen besteigen.

Spendenstichwort: Migration



Foto: NoBorder

medico-Partner Amadou Mbow
vor dem Lager Pagani.

Die Enteignung der Körper

Biofarmen und menschliche „Versuchskaninchen“ im indischen Mumbai. Von Kaushik Sunder Rajan

Im Juni 2000 wurden die menschliche DNA und ihre einzelnen Chromosomen nach zehnjähriger Forschung erstmals vollständig identifiziert. Der Mensch verfügt mit dem entschlüsselten Humangenom jetzt über das Erbgut seiner Spezies und damit über ein Referenzwerk, ein „Buch des Lebens“, bestehend aus einer Abfolge von mehr als drei Milliarden genetischen Buchstaben, mit dessen Hilfe er sich nicht nur mit anderen Organismen vergleichen, sondern auch nach den Ursachen der Differenzen innerhalb seiner Spezies suchen kann, Gesundheit, Aussehen und Verhalten betreffend. Der vollständige DNA-Faden gilt als ein Erbgut-Text, ein digitales Programm, das im Prinzip die Anweisungen zum Bau eines vollständigen menschlichen Wesens enthält. Bereits seit Längerem nutzen Humangenetiker die Familienstambäume, um neue Erkenntnisse über den Ursprung bestimmter Krankheiten zu erlangen, nun aber schürfen westliche Pharmaunternehmen verstärkt in „genetisch homogenen“ Bevölkerungsgruppen nach menschlichen Biodaten, die für die Medikamentenforschung verkauft werden können. Wie im indischen Mumbai regelrechte Bio-Start-ups entstanden, in denen arbeitslose Textilarbeiter mit Billigung des indischen Staates als „Versuchskaninchen“ für gentechnische Medikamente eingesetzt werden, beschreibt der Anthropologe Kaushik Sunder Rajan in seinem jüngst erschienenen Buch „Biokapitalismus“, aus dem wir hier einen Auszug veröffentlichen.

Die indische Pharmaindustrie ist heute eine der interessantesten der Welt, was vor allem mit dem spezifischen Charakter des indischen Patentrechts zu tun hat. Das entsprechende Gesetz aus dem Jahr 1970 schützte nämlich nicht nur Produkte, sondern auch Herstellungsverfahren. Indische Firmen waren daher im Gegensatz zu ihren amerikanischen Konkurrenten in der Lage, Medikamente zu produzieren, die bereits patentiert waren, sofern sie eigene Verfahren vorweisen konnten. Vor diesem Hintergrund konnten in Indien auf dem

Weg des sogenannten „Reverse Engineering“ in großen Mengen billige Arzneimittel hergestellt werden, weshalb die Medikamentenpreise auf dem Subkontinent lange zu den niedrigsten der Welt gehörten. 1995 unterzeichnete das Land dann jedoch die Patentrechtsbestimmungen der WTO, wodurch es sich verpflichtete, die Regeln der Welthandelsorganisation bis 2005 vollständig zu übernehmen. Diese Umstellung hat in Indien zu einem Paradigmenwechsel geführt, da sich indische Unternehmen nun ebenfalls auf die Erforschung und Entwicklung



Photo: Science Photo Library

neuer Substanzen konzentrieren müssen, sodass sich ihre Aktivitäten immer stärker dem amerikanischen Modell annähern. Es ist wichtig, sich vor Augen zu führen, dass die indische Pharmaindustrie in den achtziger und neunziger Jahren keineswegs eine schwächelnde oder sterbende Branche darstellte, die unbedingt einer Reform oder einer Erneuerung bedurft hätte, im Gegenteil. Vielmehr ging es bei der Übernahme der WTO-Regeln um die Preisgabe des traditionellen ertragsbasierten Geschäftsmodells zugunsten eines potentiell lukrativ-

ren, aber auch weitaus riskanteren, wachstumsbasierten Modells. Auch indische Unternehmen werden nun nicht länger ausschließlich nach der Menge ihrer verkauften Produkte bewertet, sondern nach ihren Wertsteigerungsmöglichkeiten, auf die bekanntlich Investoren spekulieren. Dabei stehen sie nun in einem direkten Wettbewerb mit den mächtigeren westlichen Konzernen.

Während die indische Pharmaindustrie sich zu Beginn des Jahrtausends allgemein in einem sehr guten Zustand befand, steckte die Biotech-

Branche auf dem Subkontinent noch in den Kinderschuhen. Das lag unter anderem daran, dass die Arzneimittelkonzerne in der Regel relativ risikoscheu und kaum bereit waren, den Kernbereich der Forschung und Entwicklung auszugliedern. Indische Politiker sind jedoch zunehmend bestrebt, diese Situation zu ändern, da sie in der Genomforschung großes wirtschaftliches Potential für das Land sehen.

Die indische Regierung hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten gerade auf dem Gebiet der Genomforschung sehr stark engagiert. Indien hatte sich in den frühen neunziger Jahren zunächst nicht am Humangenomprojekt beteiligt, was das politische Establishment wenig später bereute, als sich zeigte, welches enorme Potential – an Ruhm und Geld – in dieser Disziplin steckte. Also baute man nun das Centre for Biochemical Technology (CBT), das über 30 Jahre

hinweg ein heruntergekommenes Zentrum zur Aufbewahrung biochemischer Reagenzien gewesen war, zu einem hocheffizienten staatlichen Forschungslabor um. Wie bei allen marktorientierten staatlichen Einrichtungen spielen Fragen des geistigen Eigentums auch für das CBT eine große Rolle.

Der Forschungsschwerpunkt des CBT ist die Populationsgenetik, da sich die indische Bevölkerung aus zwei Gründen gut für die Gewinnung genetischer Daten eignet. Erstens gelten einige indigene Völker des Subkontinents als genetisch homogen, weshalb man dort Studien durchführen kann wie jene, die DeCode in Island plante. Zweitens ist in Indien das Modell der Großfamilie noch immer sehr weit verbreitet, sodass es hier wesentlich einfacher ist als im Westen, die genetischen Ursachen von Krankheiten anhand der Lebensläufe der Familienmitglieder zu untersuchen. Das CBT



treibt daher solche Untersuchungen massiv voran, wobei es seine Proben vor allem von öffentlichen Krankenhäusern bezieht.

Lokale Ökonomien der Verschuldung

Das indische Biotech-Start-up Genomed führt seine Forschungsaktivitäten in zwei sehr unterschiedlichen Umgebungen durch: auf dem Gelände des CBT in Delhi und im Wellspring Hospital in Mumbai, einem Krankenhaus, das dem Pharmaunternehmen Nicholas Piramal India (NPIL) gehört. Diese Orte repräsentieren buchstäblich verschiedene Welten und zeigen sehr anschaulich, welche Bedeutung der Ort für ein komplexes und situationsbezogenes Verständnis der technologischen Produktion hat. Auf den ersten Blick wirkt das Wellspring wie ein „Fünf-Sterne-Krankenhaus“. Angesichts der glänzenden Marmorböden, der bequemen Sofas in der Lobby und der hellgelb bezogenen Krankenhausbetten fühlt man sich beinahe wie in einem Hotel. Vor allem unterscheidet sich das Wellspring von „normalen“ indischen Krankenhäusern jedoch dadurch, dass fast keine Patienten zu sehen sind, und tatsächlich wird in dem Krankenhaus eher experimentiert als therapiert.

Während die genetische Ätiologie (Ursache, Anm. d. Red.) einer Krankheit überaus komplex sein kann, ist die Erforschung der Reaktion auf bestimmte Medikamente relativ einfach. Solche Untersuchungen fallen in den Bereich der Pharmakogenomik, die sich mit den Zusammenhängen zwischen den Erbanlagen und der Reaktion auf Medikamente befasst, die sich wesentlich leichter ermitteln lassen als die genetischen Ursachen von Krankheiten. Für Pharmaunternehmen bieten diese Studien daher wesentli-

che Vorteile: Wenn man Patienten nach der Wahrscheinlichkeit einer negativen Reaktion auf einen Wirkstoff in bestimmte Gruppen einteilen kann, wäre es prinzipiell denkbar, gezielt Arzneimittel für das Patientensegment auf den Markt zu bringen, das nicht negativ reagiert. Unternehmen können jedoch nicht nur Geld sparen, in dem sie die Pharmakogenomik in ihre klinischen Versuche einbeziehen, sondern auch, indem sie diese Versuche in der Dritten Welt durchführen, wo wesentlich niedrigere Kosten anfallen. Während Genomed im Wellspring Hospital während meiner Feldarbeit einerseits die genetische Ursache von Schizophrenie und Diabetes Typ 2 erforschte, bezog sich ein weiteres, wahrscheinlich deutlich lukrativeres

Projekt auf die Pharmakogenomik. Solche klinischen Studien wurden auch im Auftrag westlicher Firmen durchgeführt. Doch die Ressourcen, um die es dabei geht, bestehen nicht nur aus gut ausgebildetem Personal und

der Infrastruktur, die Indien inzwischen aufgrund der staatlichen Förderung der Biotechnologie zu bieten hat, sondern auch aus der indischen Bevölkerung selbst. In unseren Gesprächen wies Samir K. Brahmachari, damals noch Direktor des CBT und Vorstandsmitglied von Genomed, darauf hin, dass ein Querschnitt durch die indische Bevölkerung praktisch das gesamte Spektrum der

Der genetische Querschnitt der indischen Bevölkerung deckt praktisch das gesamte Spektrum der Weltbevölkerung ab.

Weltbevölkerung abdeckt. „Wollen sie Weiße, geben wir ihnen Weiße; wollen sie schwarze oder asiatische Versuchspersonen, geben wir sie ihnen.“ So wird Indien zu einem Melting Pot für klinische Studien.

Allein die Tatsache, dass eine indische Pharmafirma ein hochmodernes Krankenhaus baut, in dem praktisch ausschließlich klinische Versuche stattfinden, zeigt, dass das Wellspring einen Baustein eines übergeordneten, institutionalisierten Genomikprojekts darstellt. Besonders interessant ist jedoch die urbane Ökologie, in die die Klinik eingebettet ist und die sehr gut zeigt, dass man

ethische Diskussionen nicht führen kann, ohne sie in ihren politischen, ökonomischen und geographischen Kontexten zu betrachten. Das Wellspring liegt in Parel, einem Gebiet mitten in Mumbai, wo früher

die Textilindustrie ansässig war, die über Jahrzehnte hinweg in der Stadt für Wachstum sorgte, die jedoch in den achtziger und neunziger Jahren zusammenbrach. Wenn man aus dem Fenster sieht, blickt man auch heute noch auf die leeren Hallen der einst florierenden Fabriken. In Parel gibt es deshalb sehr viele Arbeitslose, die früher in der Textilindustrie beschäftigt waren. Sie haben sich zwar in den späten neunziger Jahren gewerkschaftlich organisiert, doch ihre Kämpfe für die Wiederinbetriebnahme ihrer Fa-

briken sind wohl endgültig gescheitert. Krankenhäuser wie das Wellspring befinden sich insofern exakt an der Nahtstelle zwischen der durch Deindustrialisierung hervorgerufenen Armut (wobei die Armut in Parel ein ganz anderes Gesicht hat als beispielsweise im wenige Kilometer nördlich gelegenen Stadtteil Dhavari, dem größten Slum Asiens) und dem neuen Reichtum, den protzige Bauten und luxuriöse Einkaufszentren repräsentieren, in denen Konsumenten aus der entstehenden Mittelschicht sich mit ausländischen Markenartikeln eindecken. Solche Malls werden, zumindest teilweise, in der Erwartung gebaut, dass die alten Fabrikgebäude irgendwann abgerissen und durch exklusive Wohnanlagen ersetzt werden, denn Parel bietet im Prinzip erstklassige Immobilien in einer Stadt, deren Grundstückspreise zu den höchsten der Welt gehören.

Auch wenn die Beteiligten sich dazu nicht äußern, kann man wohl davon ausgehen, dass das Wellspring nicht zufällig in Parel gebaut wurde, denn hier stehen den Forschern viele arbeitslose Menschen zur Verfügung, die sich leicht für bezahlte klinische Versuche gewinnen lassen. Immerhin wurde hier ein für Mumbai, wo private Krankenhäuser in der Regel in besonders bevorzugten Gegenden angesiedelt sind, typisches Muster durchbrochen. Vor diesem Hintergrund ist es demnach ethisch äußerst fragwürdig, überhaupt von „freiwilligen Versuchsteilnehmern“ zu sprechen. Vielmehr zeigt das Beispiel Wellspring/Parel, wie die Widersprüche des Kapitalismus und das Absterben eines ganzen Industriezweigs in Mumbai zur Entstehung einer neuen Kategorie von Subjekten geführt haben, an denen nun pharmakogenomische Versuche durchgeführt werden.

Ehemalige Industriearbeiter stehen dem globalen Bio- kapital als Versuchspersonen zur Verfügung.

Von Opfern zu Objekten

Das Wellspring zeigt, wie Biopolitik und globale Kapitalströme sich wechselseitig konstituieren und welche Rolle dabei lokale Ökonomien der Verschuldung spielen. In Parel folgen die biopolitischen Herrschaftstechniken dem Modell der Inklusion, das Michel Foucault beschrieben hat. Hier geraten die Angehörigen einer bestimmten Bevölkerungsgruppe (die der ehemaligen Industriearbeiter) unter die epistemischen Logiken und in die umkämpften Kreisläufe des globalen Biokapitals und verwandeln sich somit von Opfern zu Objekten, zu Körpern, die konsumiert werden können und die als Versuchspersonen (eine neue Kategorie von Subjekten) der Wissensproduktion und Werteezeugung zur Verfügung stehen.

Ein Forschungsschwerpunkt von Wellspring/Genomed besteht darin, in klinischen Versuchen die pharmakogenomische Reaktion auf Medikamente zu testen, und die wichtigsten potentiellen Kunden sind westliche Biotech- und Pharmaunternehmen. Ich vertrete den Standpunkt, dass die Subjekte, die in Parel für klinische Versuche zur Verfügung

stehen, Spekulationsobjekte sind, wobei Spekulation hier zwei verschiedene Dinge bedeutet: Einerseits sind sie den spekulativen Unternehmungen des Kapitalismus unterworfen, andererseits denen des indischen Staates, der globale Märkte erobern möchte. In diesem Sinn ist die Geschichte, die ich über Wellspring erzählt habe, eine alte Geschichte, nämlich die der kolonialen Ausbeutung der Ressourcen der Dritten Welt.

Was diese Vorgänge jedoch von bloßer Ausbeutung unterscheidet, ist die Tatsache, dass es sich hier um Versuchspersonen handelt. Denn der klinische Test ist ein spekulatives Unterfangen mit offenem Ausgang. Die Versuchspersonen von Parel werden buchstäblich zwei ineinandergreifenden Formen der Spekulation einverleibt, von denen die eine mit dem Markt, die andere mit den Lebenswissenschaften zu tun hat. Eine Ahnung von diesem Ineinandergreifen vermittelt der Begriff „Biokapitalismus“. ■

(aus: Kaushik Sunder Rajan: Biokapitalismus. Werte im postgenomischen Zeitalter, Frankfurt am Main, Suhrkamp 2009.)



WENN 100 MENSCHEN MÜSSEN,
ABER NUR EINER KANN ...



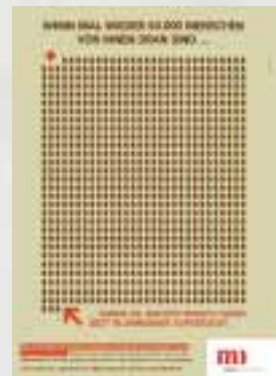
... SIND SIE
WAHRSCHEINLICH
IN SRI LANKA.

Die 280.000 Flüchtlinge in den Internierungslagern Sri Lankas leben unter katastrophalen Bedingungen. Der Mangel an Toiletten begünstigt die Ausbreitung von Krankheiten – und mit dem nächsten Monsun wird sich die Lage weiter verschlimmern. Es ist Zeit, etwas zu unternehmen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung.

www.medico.de | Spendenkonto 1800, Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 502 01

m)

medico international



Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit.

Neue **medico-Plakate** im Praxistest:

Für Gesundheitszentren, beim Arzt ihres Vertrauens, in Gewerkschaftshäusern oder an anderen öffentlichen und privaten Orten.

Es gibt Orte auf der Welt, die kein Arzt mehr besucht, wo der Weg zur Krankenstation durchs Minenfeld führt oder die Schlange der wartenden Flüchtlinge vor den wenigen Toiletten 100 Meter lang ist. Weil das für uns schwer zu akzeptieren ist, haben wir zusammen mit der Kommunikationsagentur A&B ONE versucht, das derart Nichthinnehmbare eben doch zu bebildern.

Die farbigen DIN A1-Plakate können Sie bei uns bestellen (s. auch Seite 49). Damit sie unversehrt bei Ihnen ankommen, verschicken wir sie in einer Plakatrolle. Da der Versand teuer ist (7,40 EUR), freuen wir uns über eine Spende. Spendenstichwort: **medico**

Liebe Leserinnen und Leser, wir können Ihnen hier nur eine Auswahl unserer jüngsten Veröffentlichungen präsentieren, eine Gesamtübersicht können Sie bei uns anfordern oder finden Sie auf unserer Homepage. Zum Nachlesen und Weiterverteilen, für die Bildungsarbeit, zum Auslegen im Laden nebenan. Für Nachfragen stehen wir Ihnen unter der Tel. (069) 944 38-0 gerne zur Verfügung.

Übrigens: Unsere Materialien schicken wir Ihnen kostenlos, es sei denn, ein Preis ist vermerkt.

Materialliste

medico im Überblick



Jahresbericht 2008

(36 S.) Projekte, Netzwerke, Aktionen, Kampagnen: der Gesamtüberblick mit Grundsätzen und Finanzbericht.



Broschüre stiftung medico international

(16 S.) Übersicht über Ziele, Satzung, Struktur und steuerliche Aspekte der stiftung medico international.



Hilfe im Handgemenge

(Faltblatt) Solidarität heißt Partnerschaft: medico international kurz vorgestellt – mit Projektbeispielen aus Mali, Guatemala, Israel & Palästina, Bangladesh. Auch zum Weiterverteilen.

medico rundschreiben

Nummer 01 | 09:

Solidarität in der Krise? Israel/Palästina: Das Ende der Hoffnung? Bangladesh: Die Krise als Chance

Nummer 02 | 09:

30 Jahre sandinistische Revolution: Erfahrungen, Projekte, Ausblicke. Sri Lanka, Paul Parin

Materialien zu medico-Kampagnen

Vielfältige Materialien zu unseren aktuellen Kampagnen finden Sie auf www.medico.de: u.a. Filme, CD-ROMs, Unterschriftenlisten. Interessiert? Dann rufen Sie uns an unter Tel. 069-944 38-0.



Die Saat des Krieges

Landminen: Kampagne & Projekte

(8 S., Zeitung) Mit Texten zu Streumunition und vielen Aktionsangeboten zum 10-jährigen Jubiläum der Verleihung des Friedensnobelpreises.

medico-report



medico-report 27

Patienten, Patente und Profite
Globale Gesundheit und geistiges Eigentum

(152 S.) Internationale Experten hinterfragen das bestehende weltweite Patentsystem und präsentieren innovative Ideen für eine alternative Medikamentenpolitik, die Menschenleben rettet und Kranken den Zugang zu einer elementaren Versorgung sichert. 12 €.



Migration und Flüchtlingsschutz im Zeichen der Globalisierung

(24 S.) Positionspapier von Pro Asyl und medico international zu Ursachen von Migration und Flucht, Kritik an der EU-Migrationspolitik sowie Forderungen für eine humane Flüchtlings- und Migrationspolitik.



WHY? – Jahr für Jahr sterben Flüchtlinge an den Außengrenzen Europas (Plakat, DIN A1)

Das Plakat WHY? können Sie kostenlos bei uns bestellen. Damit es unversehrt bei Ihnen ankommt, verschicken wir es in einer Plakatrolle. Weil dadurch die Versandkosten sehr hoch sind (7,40 €), würden wir uns über eine Spende freuen. Spendenstichwort: **Migration**.

Aus den Projekten



Hilfe für die Menschen in Gaza

Spendenaufwurf mit Infos zur Arbeit in Gaza inkl. Überweisungsträger



Hilfe zur Selbsthilfe
Gesundheitskämpfe in Bangladesh und die Millenniums-Entwicklungsziele

(Faltblatt) Der medico-Projektpartner Gonoshastaya

Kendra berichtet, wie die Millenniums-Entwicklungsziele auf lokaler Ebene verwirklicht werden können. Für Jugendliche gut geeignet. Kann gerne in größeren Auflagen bestellt werden.

Bestellcoupon

Ich bestelle:

- Jahresbericht 2008
- Broschüre: stiftung medico international
- Faltblatt: Hilfe im Handgemeinge
- medico rundschriften 01 | 09
- medico rundschriften 02 | 09
- Zeitung: Die Saat des Krieges
- medico-report 27 – 12 €
- Broschüre: Migration und Flüchtlingsschutz
- DIN A1-Plakat: WHY?
- Faltblatt: Hilfe für die Menschen in Gaza
- Faltblatt: Hilfe zur Selbsthilfe
- medico-Praxis-Plakat DIN A1: Sri Lanka
- medico-Praxis-Plakat DIN A1: Afghanistan
- medico-Praxis-Plakat DIN A1: Simbabwe

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Meine Spendernummer: _____

Ich möchte:

- kostenlose Materialien bestellen
- ggn. Rechnung (zzgl. 2 € Versand) bezahlen
- dass der Rechnungsbetrag einmalig für diese Bestellung von meinem Bankkonto abgebucht wird.

Kontonummer: _____

Bank: _____

Bankleitzahl: _____

Datum: _____

Unterschrift: _____

Bitte einsenden an:

medico international
Burgstraße 106
D-60389 Frankfurt am Main

oder faxen an:

(069) 43 60 02



Hinweise 03 | 2009

Spendeninformation

Adressänderung Bitte geben Sie bei Änderungen Ihrer Anschrift auch Ihre alte Adresse und/oder die Spendennummer an. So ermöglichen Sie es uns, Sie zu „finden“, und helfen zugleich mit, Verwaltungskosten zu sparen.

Einmalige Spende Für Spenden ab 50 € schicken wir Ihnen eine Spendenbescheinigung zu. Für alle Spenden unter diesem Betrag empfehlen wir Ihnen, Ihrem Finanzamt eine Kopie Ihres Kontoauszugs zusammen mit einem Abriss eines medico-Überweisungsformulars einzureichen. Auf der Rückseite des Abrisses befinden sich Informationen zum Freistellungsbescheid. Selbstverständlich stellen wir Ihnen auch für Spenden unter 50 € auf Anfrage eine Spendenbescheinigung aus. Wenn Sie mehr als einmal im Jahr spenden, schicken wir Ihnen keine Einzelquittung, sondern gerne zu Beginn des Folgejahres eine Jahresspendenbescheinigung zu.

Fördermitgliedschaft Die Fördermitgliedschaft bei medico sieht keine Projektbindung vor. Vielmehr unterstützen Sie damit unsere gesamte Projekt- und unsere unabhängige Öffentlichkeitsarbeit. Die regelmäßigen Beiträge unserer Fördermitglieder ermöglichen es uns, langfristige und verbindliche Projektkooperationen einzugehen, aber auch

flexibel zu reagieren, wenn akute Hilfe notwendig ist. Der jährliche Förderbeitrag liegt bei mind. 120 €. Das wäre z.B. der relativ kleine Betrag von 10 € monatlich. Für Leute mit wenig Geld (Auszubildende, Erwerbslose, Studierende) beträgt der jährliche Förderbeitrag 60 €. Für alle regelmäßigen Spenden (Fördermitgliedsbeiträge, Einzugsermächtigungen und Daueraufträge) schicken wir Ihnen jeweils im Januar des darauffolgenden Jahres eine Sammelbestätigung zu, auf der alle Spenden des Jahres aufgeführt sind.

Spendenquittungstelefon:

Tel. (069) 944 38-11, Fax: (069) 944 38-15 oder E-Mail: info@medico.de

Bankverbindung:

medico international, Spendenkonto 1800, Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 502 01

Vielen Dank, dass Sie unsere Arbeit mit einer Spende unterstützen! medico international ist gemeinnützig und Ihre Spende ist steuerlich absetzbar.

Impressum

Herausgeber:
medico international
Burgstraße 106
D-60389 Frankfurt am Main

Tel. (069) 944 38-0
Fax (069) 43 60 02

E-Mail: info@medico.de
Internet: www.medico.de

Spendenkonto: 1800
Frankfurter Sparkasse
BLZ 500 502 01

Redaktion:
Katja Maurer (verantwortl.),
Thomas Gebauer, Martin Glasenapp

Lektorat:
Reinhard Arendt

Gestaltung:
Andrea Schuldt

Hinweis:
Abdruck des Textes „Die Enteignung der Körper“ auf den Seiten 40-45 mit freundlicher Genehmigung des Suhrkamp Verlags aus: Kaushik Sunder Rajan: Biokapitalismus, Werte im postgenomischen Zeitalter, Frankfurt am Main 2009, ISBN: 978-3-518-42049-2.



Die inneren Seiten der Globalisierung –

Psychosoziale Folgen von Gewalt, Armut und sozialer Ausgrenzung in globaler Perspektive

Die medico-Debatte auf der 15. Konferenz Armut und Gesundheit, Donnerstag und Freitag, der 3. und 4. Dezember 2009, Rathaus Schöneberg, Berlin

Donnerstag, 3. Dezember, Eröffnung

In diesem Jahr führt die Landesarbeitsgemeinschaft Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V. die Eröffnungsveranstaltung des Kongresses erstmals gemeinsam mit medico durch. Sie wird um 18:30 Uhr mit Beiträgen des früheren UN-Sonderberichterstatters für das Menschenrecht auf Nahrung, Jean Ziegler, und von Kirsten Schubert von der Studierendeninitiative GandHi eröffnet. An der folgenden Podiumsdiskussion nehmen Annelie Buntenbach vom DGB-Bundesvorstand, Prof. Dr. Rolf Rosenbrock, Leiter der Forschungsgruppe Public Health des Wissenschaftszentrums Berlin, und Thomas Gebauer, Geschäftsführer von medico international teil.

Freitag, 4. Dezember

11:30 – 13:00 Uhr

Keine Versöhnung ohne soziale Gerechtigkeit Wege aus der fortdauernden Apartheidgeschichte Südafrikas

Usche Merk, medico, Begrüßung und Einführung
Heidi Grunebaum, Universität Western Cape, Kapstadt, Südafrika

14:15 – 15:45 Uhr

Überleben und Leben im Land der Globalisierungsverlierer Gewalt und Gegen-Gewalt in Nicaragua

Martha Cabrera, Centro Valdivieso, Managua, Nicaragua

16:15 – 17:45 Uhr

Was tun, wenn Opfer Täter werden? Gewalt der Banlieue, rechte Gewalt, Gewaltverhältnisse innen und außen

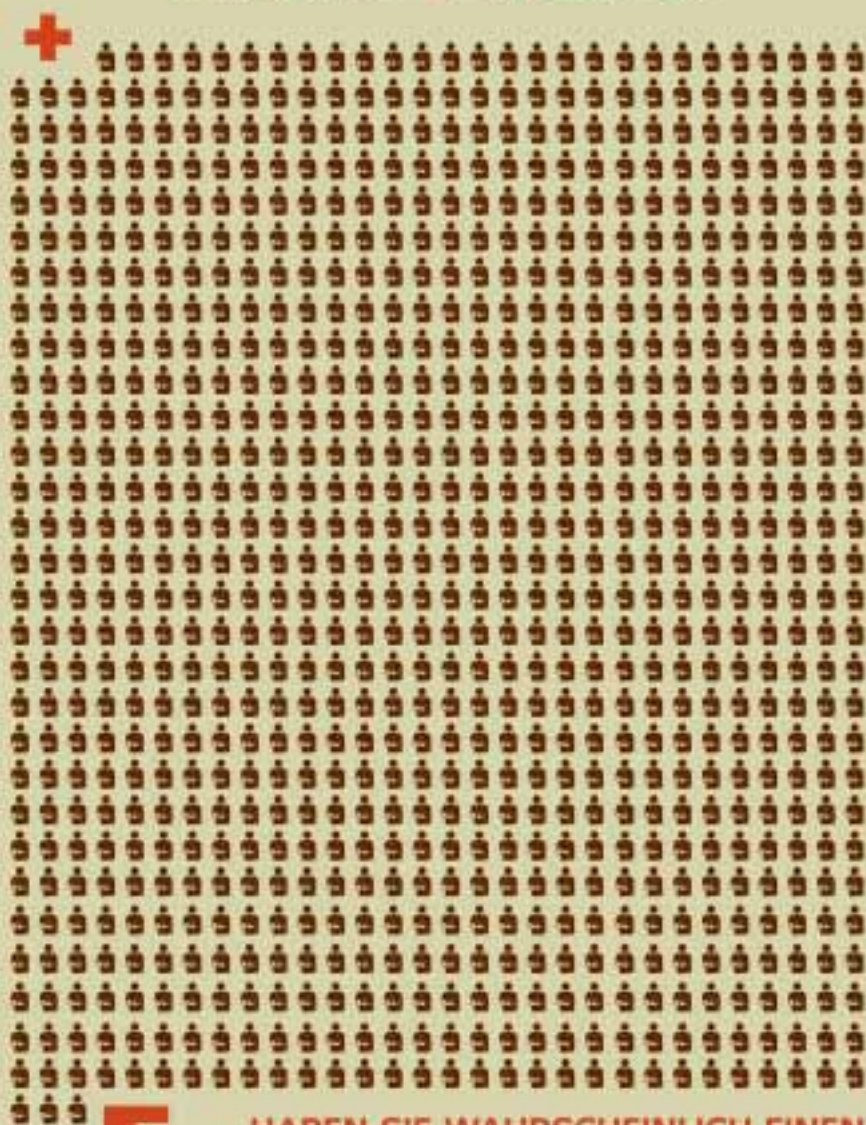
Ruth Jung, Journalistin, Frankfurt/Paris
Heike Kleffner, Journalistin, Berlin, zuvor Mobile Beratung für Opfer rechter Gewalt, Magdeburg
Heidi Grunebaum, Universität Western Cape, Kapstadt, Südafrika

Anmeldung und nähere Informationen
unter www.medico.de



medico international

WENN MAL WIEDER 60.000 MENSCHEN VOR IHNEN DRAN SIND ...



... HABEN SIE WAHRSCHEINLICH EINEN
ARZT IN SIMBABWE AUFGESUCHT.

Mit nur 200 Ärzten auf 12 Millionen Einwohner befindet sich die Versorgung in einem
verheerenden Zustand.

Trotzdem wird medizinisches Fachpersonal auch nach Europa
abgeworfen. Es ist Zeit, etwas zu unternehmen. Dafür brauchen wir Ihre Unterstützung.

www.medico.de | Spendenkonto 1800, Frankfurter Sparkasse, BLZ 500 502 01



medico international