maldekstra #12

Globale Perspektiven von links: das Auslandsjournal

September 2021

Global Health

Die soziale Dimension von Gesundheit ist mit der Pandemie wieder stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Lange war es viel zu still um dieses Thema. Dabei ist es untrennbar mit dem linken Anspruch sozialer Gerechtigkeit verbunden

Mobile Krankenstation in Magoma (Tansania)
Foto: Kai-Uwe Wärner/picture alliance

Der Kampf um globale soziale Gerechtigkeit bleibt ein unvollständiges Ansinnen, beinhaltet er nicht auch den Kampf um Gesundheit und Bereitstellungen aller Bedingungen, die als notwendige Voraussetzungen für den Erhalt von Gesundheit, Vorbeugung gegen Krankheit und die medizinische und pflegerische Versorgung kranker Menschen gelten. Zur sozialen Dimension von Gesundheit gehört weitaus mehr als funktionierende Gesundheits- und Pflegesysteme. Wohn- und Arbeitsbedingungen, struktureller Rassismus, der Zustand der Umwelt, der Zugang zu Nahrungsmitteln sind genauso bedeutsam wie medizinische Versorgung unabhängig von der eigenen sozialen und finanziellen Situation. Es geht um Zusammenhänge. Der Verlust an Biodiversität befördert das Entstehen von Pandemien. Landgrabbing, Öko-Piraterie, Extraktionsindustrien haben extrem große Rückwirkungen auf die Gesundheit der Bevölkerungen. Neokoloniale Strukturen verhindern, dass Länder des globalen Südens eigene Gesundheitssysteme aufbauen können. Entwicklungshilfe wird zur Schimäre, kommt sie als Almosen daher. Gesundheit war schon immer mehr als die Abwesenheit von Krankheit.

Inhalt

3 **Was macht krank?** Eva Wuchold und Jan van Aken über die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit

6 **Rechte statt Zielgruppen** Gespräch mit Nicoletta Dentico über Kämpfe um Gesundheit in einem kranken System

8 **Privilegien erkennen, Macht aufgeben, Raum schaffen** Einige Gedanken zur Dekolonialisierung globaler Gesundheitsversorgung

10 **Solidaritätsinzidenzwert: null** Auch in der Pandemie geht es darum, was Vorrang hat: das Recht auf Profit oder Menschenrechte.

12 **Wer natürliche Lebensräume zerstört, befeuert Pandemien** Biodiversität kann ein Schutzfaktor gegen die Übertragung von Infektionen sein

14 **Verfügbare Impfstoffe für alle und überall** Der Markt mag manches richten, eine solidarische Gesundheitsversorgung für alle gehört nicht dazu

16 **Tödliche Ignoranz** In Indien ließ die Regierung alle Chancen verstreichen, den Ausbau der öffentlichen Krankenversorgung zur Bekämpfung von Corona zu forcieren

18 **Ticktack, ticktack** Arbeitslosigkeit ist für viele Betroffene eine Zeitbombe und in Tansania nicht selten für Suizide verantwortlich

19 **Privatisierung war eine schlechte Lösung** Publikation über den Stand der Gesundheitsversorgung in sieben arabischen Ländern

20 **Gesundheit in Post-Konflikt-Situationen** Die innovativsten Gesundheitsreformen verändern die Machtverhältnisse

22 **Allein mit blauen Flecken** Zu einer Studie zu häuslicher Gewalt gegen Frauen in Hanoi

Impressum

maldekstra wird herausgegeben von der common Verlagsgenossenschaft eG, Franz-Mehring-Platz 1, 10243 Berlin, in Kooperation mit der

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG

Beirat Hana Pfennig, Boris Kanzleiter

Redaktion Kathrin Gerlof (V.i.S.d.P.) Anne Schindler, Sigrun Matthiesen Julia Funcke (Korrektorat), Mitarbeit: Jan van Aken, Eva Wuchold, Berit Köhler

Gestaltung Michael Pickardt

Kontakt Tel. 030.2978.4678 kontakt@common.berlin

Druck BVZ Berliner Zeitungsdruck GmbH, Am Wasserwerk 11, 10365 Berlin

Druckauflage 57.500

„maldekstra“ steht für „links“ in der Weltsprache Esperanto.

maldekstra ist online abrufbar über www.rosalux.de/publikationen/maldekstra. Anfragen, Leserbriefe und der Bezug der gedruckten Ausgabe bitte an maldekstra@rosalux.org

„maldekstra“ wird finanziert aus Mitteln des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung.

Allen das Recht auf Gesundheit

Es ist acht Jahre her, da konstatierte die Volkswirtin und Historikerin Friederike Habermann in einem Artikel für das „Gen-ethische Netzwerk“ (1986 von kritischen Wissenschaftler*innen, Journalist*innen, Tierärzt*innen, Mediziner*innen, Politiker*innen und anderen an der Gentechnik interessierten Menschen gegründet), dass „biologische Merkmale und gesundheitsrelevante Verhaltensweisen“ eine „wesentliche Rolle beim gesellschaftlichen Ein- und Ausschluss von Menschen“ spielen. „Heute signalisiert der fitte, natürlich ernährte, schlanke und möglichst junge Körper Zugehörigkeit und Erfolg, Armut und Marginalisierung dagegen werden mit Übergewicht, Alkohol- oder Nikotinkonsum assoziiert. Die Existenz verarmter Unterschichten erscheint dabei zunehmend als Resultat biologischer Anlagen, die Menschen daran hindern, den neoliberalen Anforderungen an Anpassungsfähigkeit, Mobilität und Flexibilität gerecht zu werden.“ Der sogenannte Homo oeconomicus sei zum hegemonialen Leitbild für alle geworden, und dem seien alle Subjekte unterworfen.

Zu diesem „Leitbild“ gehört, dem Menschen die volle Verantwortung für physische und psychische Gesundheit zu übertragen. Von da aus bis zu dem Punkt, an dem Gesellschaft und Staaten wesentlich aus der Verantwortung entlassen werden, Gesundheit vor allem als Voraussetzung dafür betrachtet wird, seine Haut zu Markte tragen zu können, ja selbst zum Markt wird, auf dem sich exorbitante Profite erwirtschaften lassen, ist der Schritt klein. Gesundheit als universales Menschenrecht wird zur individuellen Leistung, die entweder erbracht werden kann oder nicht. Pech gehabt, wenn nicht.

Ende des vergangenen Jahrhunderts wurde in den USA, in Europa und anderswo intensiv an diesem neuen Leitbild gearbeitet. Dem Ideal (fit, schlank, gepflegt, gesund) wird als Gegenpart eine Unterklasse zur Seite gestellt. Der einstige Wohlstandsbauch des globalen Nordens wird prekär, weil Folge schlechter Ernährung und mangelnder Bewegung, der ausgezehrte Körper der Pauperisierten im globalen Süden gilt nicht als Folge prekärer Arbeit und unverschleierter Ausbeutung, sondern als Zeichen dafür, dass der Aufstieg nicht geschafft wurde.

Gesundheit als individuelle Leistung bzw. als Frage der Einstellung und des persönlichen Erfolgs zu betrachten, hat große Vorteile. Es katapultiert das Thema aus allen Zusammenhängen, die da unter anderem heißen: zunehmende soziale Ungleichheit, atemberaubender Klimawandel, Globalisierung als Bewegungsform transnationaler Konzerne, deren ökonomische Gewalttätigkeit gegenwärtig keine ernstzunehmende Gegnerin kennt, eine mehr und mehr auseinanderfallende Weltgemeinschaft und die damit einhergehende Entstehung autoritärer Regimes, Hegemonie einer ökonomischen Lehre, die den Gesellschaften und Staaten höchstens zubilligen will, Statisten bzw. Gehilfen bei der Durchsetzung profitabler Interessen zu sein.

Das Gefühl, schon einmal weiter gewesen zu sein, kommt nicht von ungefähr. Als die Weltgesundheitsorganisation 1978 die sogenannte „Alma-Ata-Erklärung“ verabschiedete, wurde die Gesundheit in den Mittelpunkt eines vom öffentlichen Sektor geleiteten Projekts gestellt. Als Menschenrecht, zur Wahrung der Menschenwürde und als Möglichkeit einer wirtschaftlichen Transformation, wurden doch Sozial- und Wirtschaftsbereiche als Verantwortliche für diese Transformation benannt. Die Covid-Pandemie hat gezeigt: Das Gegenteil ist Realität. Es gab keine globale Reaktion auf die Pandemie, kein globales Handeln, weil für beides überhaupt keine Voraussetzungen da sind. Zugleich ist die Pandemie vielleicht einer jener seltenen Bifurkationspunkte, an denen die Dinge in die eine oder andere Richtung gedacht und gekämpft werden können. Globale Gesundheit als Ziel braucht globale, vor allem demokratische Entscheidungsstrukturen jenseits von Markt und Kapitalmacht. Vor allem braucht sie die Ausweitung politischer Zugriffsrechte. Das aber tut sich nicht von selbst, denn der politische Wille dafür kann nur so groß sein, wie die Kämpfe für ein Menschenrecht auf Gesundheit für alle stark sind. Davon handelt diese Ausgabe.

Kathrin Gerlof

Gesundheit und Pflege – prekär und umkämpft

„Bei der Pflege geht es um die Zukunft unserer Gesellschaft: um die Frage, wie wir leben und alt werden wollen“, heißt es in einem Kommentar, der ein Dossier der Rosa-Luxemburg-Stiftung zu der Frage einleitet, was einer Politik des Sparens (Einsparens) und der zunehmenden Ökonomisierung der Pflege entgegengesetzt werden kann. Vor sechs Jahren streikten die Beschäftigten der Berliner Charité erfolgreich für mehr Personal. Die Auseinandersetzungen sind wieder aufgeflammt, bei Vivantes und Charité fanden weitere Streiks statt, denn noch immer ist die Situation für die in der Pflege Beschäftigten nicht gut. Berlin ist kein Einzelfall, sondern beschreibt das System. Die Auseinandersetzungen in der Hauptstadt machen Schule. Auch anderswo streiken und kämpfen Beschäftigte für bessere Arbeitsbedingungen und strukturelle Voraussetzungen, um eine gute, zugewandte Pflege zu gewährleisten. Die verträgt Ökonomisierung und Sparpolitik und eine auf Profit und Wachstum ausgerichtete Ökonomie nicht. Dass Kürzungen im Gesundheitsbereich Menschenleben kosten, ist in der Corona-Krise mehr als sichtbar geworden. Das Dossier behandelt die Frage, wie ein öffentliches und demokratisches, solidarisch finanziertes und geschlechtergerechtes Gesundheitssystem entstehen kann, in dem die Bedürfnisse der Menschen im Zentrum stehen, und was diesem Ziel entgegensteht. *kg*

Dossier „Gesundheit und Pflege“ unter: rosalux.de/dossiers/gesundheit-und-pflege

Beginn der Massenimpfung gegen Covid-19 in Pathum Thani, Thailand, Juni 2021
Foto: Athit Perawongmetha, REUTERS

Was macht krank?

Eva Wuchold und Jan van Aken über die soziale Dimension von Gesundheit und Krankheit

Warum ist dieser Zusammenhang zwischen Gesundheit und Lebensbedingungen aus dem Fokus geraten, nachdem er im vergangenen Jahrhundert doch einmal gut präsent war in den sozialen Kämpfen?

Van Aken: Vor alle m auch aus Epidemien hat man schon im 19. Jahrhundert gelernt, dass Armut sehr viel mit Krankheit einhergeht und zu tun hat. In den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts, als auch das Private politisch gesehen wurde, da wurde auch Gesundheit politischer betrachtet. In Deutschland findet bis heute jährlich der Kongress „Armut und Gesundheit“ statt. Die große Frage ist: Warum ist das Thema in der Breite der Bevölkerung nicht im Bewusstsein? Ich glaube, das hat mit Kapitalismus zu tun. Was im Vordergrund steht, sind neue Produkte und Dienstleistungen, die sich zu Geld machen lassen. Das ist für uns der Inbegriff von Gesundheit. Darin hat Armut keinen Platz.

Es war interessant, zu sehen: Als während der Covid-19-Pandemie in New York klar wurde, dass in den armen Stadtteilen die Sterberaten viel höher sind, hat es doch eine ganze Weile gedauert, bis da ein Zusammenhang hergestellt wurde. Schlechtere Wohnverhältnisse, Arbeitsbedingungen, mehr Armut – zu Beginn hat man trotzdem erst einmal geglaubt, hier könne es sich um eine genetische Disposition handeln. Soziale Bedingungen wurden von vielen Wissenschaftler*innen schlicht ausgeblendet. Das ist verrückt.

Wuchold: In Ländern aller Einkommensniveaus folgen Gesundheit und Krankheit einem sozialen Gradienten: je niedriger die sozioökonomische Position, desto schlechter die Gesundheit. Die Lösung des Problems liegt demnach auf der Hand: Abbau von materiellen und sozialen Ungleichheiten zur Beseitigung gesundheitlicher Ungleichheiten. Dass dies in den letzten Jahrzehnten aus dem Blickfeld der sozialen Bewegungen verschwunden ist, hat vielleicht auch damit zu tun, dass die Gesundheitssysteme im globalen Vergleich sehr unterschiedlich aufgestellt sind und sich auch die jeweiligen Kämpfe dementsprechend stark unterscheiden. In manchen Regionen geht es um den Aufbau von Basisgesundheitsversorgungssystemen, in anderen um die Einführung gesetzlicher Krankenversicherungen, in wieder anderen um die

Fotos: privat

Eva Wuchold leitet das Programm Soziale Rechte der Rosa-Luxemburg-Stiftung im Büro Genf. **Jan van Aken** arbeitet für das dortige Programm zum Thema Global Health. Das Gespräch führte **Kathrin Gerlof**.

Privatisierung öffentlicher Gesundheitseinrichtungen.

Die neoliberale Auslegung macht es sich einfach: Der Mensch ist frei. Demzufolge ist er auch verantwortlich dafür, sich um seine Gesundheit zu kümmern. Spricht man jedoch von der sozialen Dimension von Gesundheit, muss man von gesellschaftlicher Verantwortung reden. Worin besteht die?

Van Aken: Darin, zuerst einmal die Frage zu stellen, woher Krankheit kommt: Übergewichtigkeit zum Beispiel hat mit schlechter Ernährung zu tun. Es wäre also ein richtiger Weg, zum Beispiel bestimmte Nahrungsmittel zu verbieten, die krank machen. Oder zumindest Obergrenzen für Zucker, Fett und andere Gifte. Eine sozial sinnvolle Gesundheitspolitik würde also stets nach Ursachen von Krankheit fragen. Und die Ursachen, die sich ausräumen lassen, auch beseitigen. Das ist aber kaum möglich heute, widerspricht es doch völlig den Interessen des kapitalistischen Systems.

Wuchold: Genau daran krankt das Gesundheitssystem: Schritt für Schritt wurde es in den letzten Jahrzehnten aus einer am Gemeinwohl orientierten Wirtschaft herausgelöst und dem Konkurrenzprinzip des Kapitalismus unterworfen. Seit dem Ende des Wachstums in den 1970er Jahren beruht die Verwertung des Kapitals zunehmend auf Prozessen der Enteignung von Gemeingütern. Was die Weltbank und der Internationale Währungsfonds den Ländern des Südens verordneten, nämlich den Abbau der sozialen Infrastruktur, forderten Unternehmensberater in ähnlicher Weise zunehmend von den Gesundheitseinrichtungen in den Ländern des Nordens. Den Diskurs um „öffentliche Gesundheitsversorgung“ haben vor der Corona-Pandemie nur noch wenige geführt. Stattdessen galt Gesundheit als Wachstumsmarkt. Es ging darum, wie die Anleger, und nicht darum, wie die Patient*innen profitieren. Dienstleister aller Art, vor allem aber die Pharmaindustrie, haben in den letzten Jahrzehnten darauf gedrängt, die soziale Dimension der Gesundheitspolitik auszublenden und sich auf das Management von Krankheiten zu konzentrieren.

Hat da auch die gesellschaftliche Linke zu wenig gegengehalten?

Wuchold: Es ging zwar immer wieder einmal um den Zugang zu bestimmten Medikamenten oder um die Produktion von Generika, aber nicht um das System als Ganzes. Problembereiche wurden allenfalls punktuell angegangen, zum Beispiel die Arbeitsbedingungen der Pflegekräfte, nicht aber kontinuierlich.

Van Aken: Es gibt ja zu vielen Gesundheitsthemen Menschen, die in Bewegung sind. Etwa was den Zugang zu Medikamenten betrifft, denken wir an die Aids-Kampagne in den 1980er Jahren. Aber warum gibt es keine breitere Bewegung? Darüber haben wir viele Gespräche geführt und häufig die Antwort gehört: Im Gesundheitsbereich entsteht Bewegung vor allem dann, wenn Menschen direkt betroffen sind. Wenn dann die Kampagne gewonnen und das Problem gelöst ist, sind die Bewegungen auch wieder weg. Da ist Aids ein gutes Beispiel. Die meisten, mit denen wir gesprochen haben, glauben nicht, dass es eine breite soziale, sich verstetigende Gesundheitsbewegung geben wird. Stattdessen werde das aufgegriffen, wenn es sich an andere Themen andocke. Das spürt man bei der Klimabewegung sehr stark. Dass der Klimawandel krank macht, ist ein Thema. Aber es läuft sozusagen mit.

Ihr macht explizit einen Zusammenhang auf zwischen Demokratisierung und der Schaffung von Entscheidungsstrukturen der globalen Gesundheitspolitik jenseits der Privatwirtschaft. Was hat Demokratie mit Gesundheit zu tun?

Wuchold: Gesundheit ist ein Menschenrecht. Um verwirklicht zu werden, muss es in der Ausrichtung

Kampf gegen Profitinteressen

Anfang 2021 hat die Rosa-Luxemburg-Stiftung ein neues Projekt zu globalen Gesundheitsfragen gestartet. Schon seit einigen Jahren arbeitet die Stiftung in Deutschland zu Themen rund um die Gesundheit, vor allem zu Kämpfen und Streiks in den Krankenhäusern (und anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung), zur Kritik an der Ökonomisierung und Profitorientierung im Gesundheitsbereich, zu Fragen von bedarfsorientierter Planung und Regelungskompetenzen auf Länderebene ebenso wie zur Forderung nach einer Rekommunalisierung und Rückführung privater Kliniken in Gemeinwirtschaft oder zur Digitalisierung von Gesundheitsdienstleistungen. Spätestens seit Covid-19 war klar, dass wir auch einen globaleren Blick auf die Gesundheitsgerechtigkeit werfen sollten.

Diese Ausgabe der „maldekstra“ macht sehr deutlich, wie breit das Thema ist – von der Access Campaign bis hin zu den (un)demokratischen Strukturen der Global Governance von Gesundheit. In diesem ganzen Themenreigen haben wir den Schwerpunkt „Gesundheit als Recht und öffentliches Gut“ gewählt. Das Leitmotiv wird der Kampf gegen Ökonomisierung und Profitlogik im Gesundheitswesen sein: Gesundheitsversorgung darf nicht Konzernziel und nicht von Profiterwartungen getrieben sein, das gilt in Deutschland genauso wie global. Unsere Vision ist eine öffentliche Gesundheitsstruktur weltweit, in der niemand mehr private Profite aus der Krankheit anderer Menschen zieht. Dafür werden Kämpfe gegen die Auswüchse der Privatisierung genauso unterstützt wie die Ausarbeitung und Umsetzung von Best-Practice-Beispielen auf lokaler, regionaler oder nationaler Ebene.

Die Stiftung will interessierte Regionalbüros dabei unterstützen, Projekte mit Partnerorganisationen auf den Weg zu bringen, mit denen gute öffentliche Projekte gefördert und/oder Privatisierungen bekämpft werden, von Best-Practice-Beispielen in Kerala/Indien bis hin zum Kampf um essenzielle Gesundheitsversorgung in Brasilien.

Angesiedelt ist das Projekt im Genfer Büro der Rosa-Luxemburg-Stiftung, quasi in Sichtweite der WHO, dort sollen auch global übergreifende Themen angegangen werden, wie zum Beispiel der zunehmende Einfluss von Philantrokapitalisten vom Schlage eines Bill Gates. Das Büro Genf hat seit seiner Gründung einen zentralen Schwerpunkt in der Arbeit für Globale Soziale Rechte.

Koordiniert wird das Projekt von Berit Köhler und Jan van Aken. Berit Köhler ist Gesundheitswissenschaftlerin und hat viele Jahre für die Linksfraktion in der Hamburger Bürgerschaft gearbeitet, unter anderem zu Gesundheitsfragen. Jan van Aken ist Biologe und hat mehrere Jahre für verschiedene UN-Organisationen gearbeitet, darunter auch bei der WHO.

Berit Köhler

der Gesundheitspolitik das zentrale Anliegen sein, und nicht die hohe Bettenauslastung, das Einhalten von Praxisbudgets oder Pharma-Renditen. Dies bedarf sowohl einer Beteiligung von Patient*innen und Mitarbeiter*innen an institutionellen Entscheidungen als auch einer Stärkung ihrer Rechte insgesamt.

Van Aken: Nach dem Zweiten Weltkrieg war die Weltgesundheitsorganisation WHO die erste Unterorganisation der UNO, die gegründet wurde. Weil Gesundheit als gemeinschaftsstiftendes Element gesehen wurde, und es gibt viele Beispiele dafür, dass der Aufbau von Gesundheitssystemen in Post-Konflikt-Situationen ein guter Weg war, Menschen wieder zusammenzubringen. In Kuba gibt es trotz geringer Mittel und demokratischer Defizite ein gutes Gesundheitssystem, das in der Breite funktioniert. Es braucht den politischen Willen, da viele staatliche Ressourcen reinzustecken, dann bildet sich darüber auch ein gesellschaftlicher Zusammenhang.

Was genau muss demokratisiert werden, um der zunehmenden Einhegung eines Menschenrechts durch Markt und Kapital etwas entgegenzusetzen?

Wuchold: Es müsste ein von den Mitarbeiter*innen im Gesundheitsbereich und den Patient*innen kontrolliertes System aufgebaut werden, das mit entsprechenden materiellen und personellen Ressourcen ausgestattet und resistent gegen Pandemien ist. „Demokratisch“ hieße auch, dass es eine einheitliche soziale Krankenkasse gibt, finanziert durch Einkommens-, Vermögens- und Unternehmenssteuern. Alle, auch Geflüchtete, Obdachlose und Sans-Papiers, müssten versichert sein. Maßnahmen zur Markt- und Wettbewerbsorientierung (unter anderem Fallpauschalen) müssten ebenso wie Privatisierungen entschädigungslos rückgängig gemacht werden. Gesundheit wäre nicht länger eine Ware. Dazu müssten auch Pharma- und Diagnostikindustrie unter öffentliche Kontrolle gestellt werden. Demokratisierung hieße auch, durch Steuern und Ähnliches eine umfassende Gesundheits- und Sozialversorgung im globalen Maßstab zu schaffen.

Was bedeutet das für bestehende globale Strukturen der öffentlichen Gesundheit wie die WHO, muss sie erneuert oder gar ersetzt werden?

Wuchold: Der Gründungsauftrag der WHO lautet, zur Erreichung des höchsten Gesundheitsniveaus für alle Menschen beizutragen. Bereits in der Deklaration von Alma-Ata (Kasachstan), dem Abschlussdokument der Konferenz von 1978, forderte sie ein globales System der primären Gesundheitsversorgung. Damit sie diese Aufgabe erfüllen kann, muss sie zu den in ihrer Verfassung beschriebenen Organisationszielen zurückkehren: auf der Grundlage fundierter und unabhängiger wissenschaftlicher Erkenntnisse zu einer allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen beizutragen. Dies erfordert jedoch ein Umdenken bei der Mehrheit der Mitgliedsstaaten. Stagnation und Kürzungen bei den Pflichtbeiträgen an die WHO trugen ebenfalls zu ihrer Schwächung bei, da immer mehr gesundheitsrelevante Aktivitäten zu anderen Institutionen abwanderten, zunächst zu anderen

Ein Ebola-Überlebender und Pfleger kümmert sich um ein drei Monate altes Waisenmädchen, das an Ebola erkrankt ist, in der Biosecure Emergency Care Unit im Ebola-Behandlungszentrum von Ärzte ohne Grenzen in Beni in der Demokratischen Republik Kongo, Oktober 2019
Foto: Zohra Bensemra/REUTERS

UN-Organisationen, später aber auch zu öffentlich-privaten Partnerschaften, wie dem Globalen Fonds oder der Globalen Allianz für Impfstoffe Gavi, und zuletzt zu Multistakeholder-Initiativen.

Van Aken: Das bedeutet, alle Stakeholder (Interessengruppen), auch die Industrie, sitzen direkt mit am Tisch, wenn Entscheidungen getroffen werden. Dazu kommen nichtdemokratische Gremien, wie G7, G20, wo Entscheidungen an der Weltgemeinschaft vorbei getroffen werden. Eben nicht mit allen 194 Mitgliedsländern der WHO. Die wichtigsten Entscheidungen fallen inzwischen nicht mehr in der WHO, sondern in undemokratischen Strukturen. Das ist falsch.

Es ist ein hoffnungsvolles Zeichen, wenn sich eine Stiftung, wie die RLS, des Themas annimmt. Womit soll angefangen werden?

Van Aken: In Deutschland hat die Stiftung schon viele Jahre sehr intensiv an dem Thema Gesundheit gearbeitet: Rekommunalisierung von Krankenhäusern, gute Bezahlung in der Pflege, um nur zwei Bereiche zu nennen. Sie weiß, dass soziale Fragen und Gesundheitsfragen nicht zu trennen sind. Globale soziale Gerechtigkeit ist das Leitthema in der weltweiten Arbeit. Jedes Büro der Stiftung setzt sich das als Überschrift. Und Gesundheit gehört zu sozialer Gerechtigkeit.

Wuchold: Mit der Diskussion um Globale Soziale Rechte wurde bereits vor einigen Jahren ein Prozess dafür eingeleitet, gemeinsame Themen und zum Teil auch Projekte zu finden. Dies war zunächst das Klimathema, später auch das Agrarthema. Dass jetzt Gesundheit eine zentralere Rolle spielen wird, ist sehr zu begrüßen, denn: Wer über Gesundheit reden will, kann über soziale Gerechtigkeit, über globale Gerechtigkeit, aber auch über die Auswirkungen des Klimawandels und vieles mehr nicht schweigen.

Rechte statt Zielgruppen

Ein Gespräch mit Nicoletta Dentico über Kämpfe um Gesundheit in einem kranken System

Foto: privat

Nicoletta Dentico ist bei der NGO „Society for International Development“ für den Bereich globale Gesundheit zuständig. Zuvor war sie unter anderem Geschäftsführerin von „Ärzte ohne Grenzen“ in Italien und als externe Beraterin der WHO tätig. Das Gespräch führte **Sigrun Matthiesen**.
Nicoletta Dentico über Covid-19 und Global Health Governance: https://link.springer.com/article/10.1057/s41301-021-00296-y

Wieso lassen sich unter der Parole „Gesundheit als Menschenrecht“ unterschiedliche Kämpfe zusammenführen, und welche Vorteile hat das?
Gesundheit wird von allen als wertvoll angesehen und ist deshalb ein guter Ansatzpunkt dafür, Menschenrechte einzufordern. Deshalb haben die Gründer*innen der UN das Recht auf Gesundheit ja als Fundament dieser multilateralen Konstruktion betrachtet und als erste Unterorganisation die WHO gebildet. Ausgehend von Gesundheit wurden anständige Arbeitsbedingungen, Wohnverhältnisse, Zugang zu Trinkwasser unbestreitbar, und Regierungen konnten entsprechende Infrastruktur aufbauen. Dieses Ziel sollten wir wieder anstreben, denn Covid hat gezeigt, dass eine Gesellschaft, die nicht in soziale Sicherheit investiert, stirbt – egal, wie wohlhabend das Land sein mag, siehe USA. Wenn wir aus dieser politischen Perspektive Gesundheit wieder als Menschenrecht verstehen, dann sehe ich eine große Chance, unter diesem Begriff unterschiedliche Kämpfe zu vereinen. Aber der Weg dorthin wird steinig: In den vergangenen Jahrzehnten wurde Gesundheit vollständig kommodifiziert und dem privaten Sektor überlassen, während Regierungen sie nur noch als Kostenfaktor ansehen statt als die wichtigste soziale Investition eines Staates. Gleichzeitig hat die Zivilgesellschaft immer weniger Einfluss auf gesundheitspolitische Standards und Maßnahmen. Der internationale Gewerkschaftsverband ILO hat gerade einen Bericht veröffentlicht, wonach 2022 insgesamt 159 Staaten erneut Austeritätspolitik unterworfen sein werden – ein unhaltbarer Zustand mit enormen gesundheitlichen Folgen.

Also besteht ein direkter Zusammenhang zwischen globaler Gesundheit und internationaler Verschuldung?
Mit Sicherheit! Zahlreiche Staaten hatten ernsthafte Anstrengungen unternommen, ein öffentliches Gesundheitssystem aufzubauen, doch die wurden seit den 1980er Jahren zunichtegemacht durch die Strukturanpassungsprogramme von Weltbank und Internationalem Währungsfonds. Heute geht es mehr als je zuvor darum, den privaten Sektor zu begleiten und ihm Zugänge zu sozialen Bereichen zu verschaffen. Dabei wissen wir, dass der private Sektor keinerlei Interesse an einer Rückverteilung von Wohlstand hat. Es geht ihm darum, die Bedürfnisse der Armen zu vermarkten. Dabei verspricht man, sich um sie zu kümmern, und entwickelt technische Lösungen, aber letztlich geht es um finanzielle und wirtschaftliche Ausbeutbarkeit. Ein wirklich universelles öffentliches Gesundheitssystem wäre für alle gratis, auch für die Reichen – was sehr wichtig ist, weil sie im Gegenzug mehr Steuern zahlen sollen. Darin besteht eine wirkliche Rückverteilung von Wohlstand.

Aus einer globalen Perspektive betrachtet, wer steht derzeit in Bezug auf das Menschenrecht Gesundheit oben, und wer ist unten?
Die vorherrschende Idee ist, den Zahlungskräftigen eine sehr hochwertige Gesundheitsversorgung anzubieten und allen anderen eine schlechtere bis rudimentäre. Das hat mit den Privatisierungen und Versicherungsmodellen zu tun, die im Gesundheitsbereich Einzug gehalten haben und die leider auch die Agenda zur Entwicklung einer globalen Krankenversicherung (Universal Health Coverage/UHC) bestimmen. Dieser Ansatz bedeutet, dass wir unzählige Sozialversicherungsprodukte entwickeln werden, öffentlich bezuschusst für diejenigen, die in einem geregelten Beschäftigungsverhältnis stehen, aber für die überwiegende Mehrheit in informellen Arbeitsverhältnissen privat zu finanzieren. So entsteht eine von der Zahlungsfähigkeit abhängige Sozialversicherungshierarchie: Ein wenig, als würden zwar alle formal zum gleichen großen Essen eingeladen, aber aufgrund der Zahlungsfähigkeit dürften wir beide von der Vorspeise bis zum Dessert und zum Kaffee alles haben, während andere nur den Kaffee bekommen und wieder andere mit den Resten vorliebnehmen müssen.

Dabei haben, von der WHO bis zur Weltbank, doch alle multilateralen Institutionen angeblich die Armen als Zielgruppe …
Diesem „Zielgruppen-Denken“ haben sich auch viele NGOs verschrieben, wo ständig von Marginalisierten oder Vulnerablen die Rede ist. Ich finde das sehr problematisch, denn die so Bezeichneten sind ja eher „vulnerabilisiert“, und das ist etwas völlig anderes. Amazon-Beschäftigte mit schrecklichen Arbeitszeiten und -bedingungen, ohne Unterstützung durch Gewerkschaften, wurden schutzlos gemacht. Frauen in Flüchtlingslagern in Libyen sind nicht „verletzlich“, sondern werden verletzbar gemacht. Durch diese Perspektive verändert sich das Narrativ: Diejenigen, die in einer ungerechten Welt ihre Menschenrechte, einschließlich des Rechts auf Gesundheit, nur dadurch verwirklichen können, dass sie ihre Länder verlassen, sind eigentlich Held*innen der Gegenwart. Deswegen halte ich das verbreitete „Zielgruppen-Denken“ für eine der schlimmsten Abweichungen von einem politischen Verständnis universeller öffentlicher Gesundheitsversorgung oder überhaupt sozialer Absicherung. Paradoxerweise bringt die WHO mittlerweile ihren Mitgliedsstaaten bei, wie sie den privaten Sektor im Gesundheitsbereich am besten unterstützen – das ist doch wahnsinnig!

Welche politischen Strategien sind nötig, um wieder ein Verständnis von Gesundheit als universellem Menschenrecht zu etablieren?

Angesichts der gegenwärtigen skandalösen Machtgefälle wird das ein langer Weg: Wir müssen die bestehende politische Kultur zerstören und eine neue aufbauen, aber auch politische Forderungen entwickeln, denn die Leute haben ja erst kürzlich angefangen, Gesundheit als Thema wiederzuentdecken. Jetzt, in dieser sozioökonomischen, soziohygienischen, sozioökologischen Dreifach-Pandemie genügt es nicht, einfach Medizin und mehr Krankenhäuser zu fordern, sondern wir müssen uns das Recht auf Gesundheit in neuer, vernetzter Form aneignen. Dazu sollten wir auf der Graswurzel-Ebene beginnen, mit Initiativen, die uns helfen, Gesundheit im Zusammenhang mit Gender- und Umwelthemen zu sehen, beispielsweise „Fridays for Future". In Italien versuchen wir, diese jüngeren Leute mit ihrer enormen Mobilisierungsfähigkeit zu ermutigen, ihre Umweltagenda mit Forderungen nach sozioökonomischen Rechten zu verbinden. Jetzt müssen wir die Saat für die politische Arbeit ausbringen, die zukünftig vor uns liegt. Und uns dabei weniger an der Vergangenheit orientieren als an den neuen Wegen, Formen und Begriffen, die wir brauchen, um wiederzuerlangen, was früher schon einmal als soziales Allgemeingut definiert worden ist.

Gibt es Beispiele für Bewegungen, denen das jetzt schon gut gelingt?

Ich beginne mit indigenen Gruppen, weil ich denke, dass wir von ihnen viel zu lernen haben für die Neudefinition unserer politischen Forderungen. Ihre Perspektive, das Wissen um die Harmonie zwischen Mensch und Umwelt sind, wie Naomi Klein vor ein paar Jahren schrieb, vielleicht der einzige Weg zur Rettung des Lebens auf diesem Planeten. Und sie geben nicht auf: In Ecuador beispielsweise haben indigene Gruppen im Kampf gegen Landübernahmen durch multinationale Konzerne enorme Erfolge erzielt. Ein anderes Beispiel sind indische Kleinbauern: zwei Millionen in dauerhaften Auseinandersetzungen, die der Modi-Regierung trotz deren ständiger Drohungen ernsthaft auf die Nerven gehen. In Italien und Frankreich haben Ärzt*innen und andere Beschäftigte des Gesundheitswesens gestreikt – das könnte der Beginn einer unglaublichen weltweiten Bewegung sein. Denn sie stehen im Zentrum, dort, wo Bedürfnisse, verletzte Rechte und Budgetkürzungen aufeinandertreffen und sie trotzdem ihre Arbeit machen sollen.

Außerdem glaube ich, dass Greta Thunberg uns allen eine historische Lektion erteilt hat. Sie machte den Standpunkt einer Generation unmissverständlich deutlich, veränderte die Spielregeln für den Dialog mit Politiker*innen, verzichtete auf die üblichen Höflichkeitsfloskeln im Umgang mit Institutionen und sagte stattdessen die ungeschminkte Wahrheit. In Indien, Kenia, überall auf der Welt gibt es zahlreiche Greta Thunbergs aller Geschlechter, die wir noch nicht kennen – das ist für mich ein Zeichen der Hoffnung. Ich sehe überall kleine Revolten, aber nach Covid müssen wir vieles wieder lernen: Wir müssen uns zusammentun und unsere Kämpfe verbinden. Wir können nicht für Arbeitsrechte kämpfen, wenn wir nicht gleichzeitig das Recht auf Gesundheit, auf Nahrung berücksichtigen – und demokratische Rechte. Demokratie ist das Standbein.

Ein Geschäftsmodell gerät ins Wanken

Die Sozialökonomin Lucy Redler befasst sich schon lange mit dem Schwerpunkt Gesundheitspolitik. Im Auftrag der Rosa-Luxemburg-Stiftung hat sie eine Studie verfasst, die 2021 erschienen ist und Einblicke in die Kämpfe um Gesundheit gibt, die seit Langem gekämpft werden und in Zeiten der Pandemie mehr als sonst in den Fokus der Aufmerksamkeit gerückt sind. Im Vorwort heißt es:

„Über Jahre wurden Gesundheits- und Pflegeleistungen zu einem lukrativen Markt umstrukturiert, auf dem private Unternehmen nunmehr mit zum Teil äußerst fragwürdigen Methoden um den größten Anteil am Kuchen konkurrieren. Genau diesen Zusammenhang beleuchtet die vorliegende Studie: Anhand der Unternehmensstrategien von vier wichtigen, weltweit agierenden Gesundheitskonzernen wird gezeigt, wie deren Geschäftsmodell deutlich zulasten der Beschäftigten geht und wie die Konzerne systematisch versuchen, gewerkschaftliche Strukturen zurückzudrängen, zu zerschlagen oder erst gar nicht entstehen zu lassen."

Multinationale Pflege- und Gesundheitsfirmen mit Firmensitz in Deutschland, Frankreich und den USA erobern mit hoher Geschwindigkeit neue Märkte auf der ganzen Welt. Vorhergegangene Privatisierungswellen, fehlende Arbeitnehmer*innenrechte und Patient*innenschutz und willige Regierungen helfen ihnen, Vormachtstellungen in diesen Märkten einzunehmen. Dabei gehören Bestechung von Regierungsbeamt*innen, dreckige Lobbyarbeit und vor allem „Union-Busting" zum Geschäftsmodell.

Doch dieses Geschäftsmodell gerät langsam ins Wanken, denn es regt sich Widerstand auf allen Kontinenten. Zum ersten Mal erzählt diese Broschüre von neuen Gewerkschaftsgründungen in Pflegeheimen in Zentral- und Osteuropa, Organizing-Kampagnen für einen fairen Tarif in Alabama, gewerkschaftlichen Neuaufbrüchen in Asien und Lateinamerika und deren internationaler Vernetzung und davon, was wir für die gewerkschaftliche Praxis in Deutschland daraus lernen können.

Beispielhaft, lebendig, kämpferisch, ist die Studie mehr als eine Bestandsaufnahme, zeigt sie doch auch Strategien für Gegenwart und Zukunft auf, den kapitalorientierten Geschäftsmodellen andere Ideen und Konzepte entgegenzustellen. So heißt es im Fazit, das zugleich Vorschläge unterbreitet, wie solche Kämpfe zu führen sind:

„Das Aufkommen multinationaler privater Konzerne in der Pflege- und Gesundheitsbranche stellt Gewerkschaften vor neue Herausforderungen, denn wie diese Studie gezeigt hat, versuchen diese, den Gesundheits- und Pflegebereich oft weitgehend gewerkschaftsfrei zu halten oder bestehende Tarifverträge auszuhöhlen. Was folgt aus den gewonnenen Erkenntnissen für die Strategien der Gewerkschaften? Wie kann in Konzernen mit schwachem gewerkschaftlichen Organisationsgrad, hoher Fluktuation unter den Beschäftigten und rabiaten Strategien wie Lohndumping, Tarifflucht und Union-Busting erfolgreiche Organisierungsarbeit aussehen? Gibt es Beispiele erfolgreicher internationaler Solidaritätskampagnen und gewerkschaftlicher Vernetzung?" Gibt es. *kg*

Lucy Redler: „Unsere Gesundheit, ihr Profit? Fallstudien zu Union-Busting privater Gesundheits- und Pflegekonzerne und gewerkschaftlicher Gegenwehr", herausgegeben von der Rosa-Luxemburg-Stiftung, 2021

Ärztinnen und Ärzte in einem Kinderhospital in Brüssel
Foto: Piron Guillaume/unsplash

Privilegien erkennen, Macht aufgeben, Raum schaffen

Einige Gedanken zur Dekolonialisierung globaler Gesundheitsversorgung

Von Lioba A. Hirsch

Ob in Universitätsseminaren, der Kunst, globalen Gesundheitsorganisationen oder der Wissenschaft ganz allgemein – überall ist etwas in Bewegung geraten, ist der Wunsch nach Veränderung spürbar. Dass diese Veränderung in Form von Dekolonialisierung stattfindet, mag überraschen, schließlich ist die Kolonialzeit im überwiegenden Teil der Welt formal schon lange vorbei und wird von vielen Europäer*innen ohnehin als etwas angesehen, das „anderswo“ stattfand, ohne große Folgen für unser Leben und unsere Geschichte.

Ich gehöre zu den Ersten, die daran etwas ändern wollen, ganz besonders in Deutschland. Wir sind eine postkoloniale Nation, in der rassistische und koloniale Haltungen nicht mit dem Ende des Nazismus ausgelöscht wurden. In gewisser Weise baute der Nazismus auf Deutschlands imperialen Erfahrungen in Afrika und im Pazifik auf. Schon das Deutsche Kaiserreich hat die unterworfene Bevölkerung für medizinische Experimente und Gesundheitsforschung benutzt. Robert Koch, einer der berühmtesten deutschen Wissenschaftler, untersuchte an der kolonialisierten Bevölkerung die Schlafkrankheit und experimentierte mit tödlichen Medikamenten. Diese Versuche stärkten seinen Ruf als einer der führenden Wissenschaftler Europas. Seine Erkenntnisse und die daraus resultierenden medizinischen Gepflogenheiten unterstützten den Aufstieg der Biomedizin zum universellen Standard und trugen dazu bei, andere medizinische Konzepte und Praktiken weiter zu marginalisieren.

Europäische Biomedizin und Kolonialismus haben also von Beginn an wechselseitig voneinander profitiert, und die koloniale Dyna-

mik ist bis heute weitgehend unverändert an Finanzierung, Politik und Entscheidungsprozessen im Zusammenhang mit globaler Gesundheit erkennbar. Auch nach dem formalen Ende des Kolonialismus wurden unethische Experimente an Afrikas Bevölkerungen fortgesetzt, zum Teil durch die gleichen Konzerne, auf die wir uns gerade verlassen, wenn es um den Schutz gegen SARS-CoV-2 geht. Die deutlich höheren Immunisierungsraten Europas im Vergleich mit den Bemühungen, Menschen in Subsahara-Afrika und Asien zu impfen, sind ein weiterer Indikator dafür, wie wenig sich verändert hat: Weiße und europäische Leben scheinen noch immer einen höheren Wert zu haben.

Ich schreibe dies als deutsche Frau afrikanischer Abstammung, die Erfahrungen mit dem medizinischen Rassismus in Deutschland gemacht hat und der Unfähigkeit des hiesigen Gesundheitssystems ausgesetzt war, meinen Schwarzen Körper mit der gleichen Sorgfalt zu behandeln wie weiße Freunde und Familienangehörige. Doch im globalen Maßstab bin ich extrem privilegiert: Ich lebe in einem Land, das – zum Nachteil anderer – die politische und finanzielle Macht besitzt, überproportionale Mengen Impfstoff zu kaufen. Ich wuchs in einem Land auf, in dem das Gesundheitssystem nicht durch neoliberale Wirtschaftsinteressen zerstört wurde, die als „Strukturanpassungsprogramme“ von Weltbank und IWF getarnt waren. Ich verbinde mit dem Namen Pfizer nur den Impfstoff und keine Kinder, die starben, nachdem sie an einer klinischen Studie teilgenommen hatten.

Auch wenn ein Großteil der Bemühungen ernst gemeint sein mag: Wir begreifen nicht, wie sehr sich unsere Begegnungen mit globaler Gesundheitsversorgung von Erfahrungen derjenigen unterscheiden, die in ehemaligen Kolonialgebieten leben. Wie können wir als Europäer*innen gleichberechtigte Diskussionen mit Kolleg*innen und Patient*innen in ehemals kolonialisierten Ländern führen, wenn wir geimpft wurden und sie nicht?

Dieses Ungleichgewicht symbolisiert eines der großen Probleme, die ich mit den derzeitigen Anstrengungen zur Dekolonialisierung globaler Gesundheitsversorgung habe: Sie werden noch immer von hoch privilegierten Menschen vorangetrieben, die in reichen Ländern leben; Menschen (PoC), die in den mächtigsten Institutionen des globalen Gesundheitssystems sitzen. Damit will ich nicht sagen, dass privilegierte PoC in mächtigen Positionen nicht ihre Stimme erheben sollten, denn die Institutionen, die wir repräsentieren, helfen uns, gehört zu werden. Doch wir sprechen immer nur für uns selbst – und unser Ziel sollte es sein, Raum zu schaffen für diejenigen, die einst kolonialisiert wurden und heute „Zielgruppen“ globaler Gesundheitsversorgung sind.

Für eine echte Dekolonialisierung der Behandlungspraxis wie der Forschung, der Institutionen und ihrer Methoden müssen wir bereit sein, Macht abzugeben: unsere erkenntnistheoretische Macht, die Macht unserer Organisationen, Macht über Entscheidungsprozesse und schließlich auch die Macht, den Verlauf der Debatte um die Dekolonialisierung globaler Gesundheitsversorgung zu bestimmen. Allerdings gibt es auch bei dieser Machtaufgabe Hierarchien: Ich werde nicht als Erste gehen, das sollten diejenigen tun, die vom Status quo profitiert haben, ohne aktiv an seiner Veränderung zu arbeiten. Ohne viel Aufhebens sollten sie neuen und anderen Stimmen ihren Platz auf der Bühne überlassen.

Mit großer Selbstgefälligkeit loben sich globale Gesundheitsinstitutionen dafür, jetzt das Richtige zu tun. Nach Jahren der Untätigkeit und Ignoranz gegenüber Patient*innen wie Schwarzen und Braunen Mitarbeiter*innen und denjenigen, die in ehemals kolonialisierten Ländern leben. Wie jede andere Manifestation von Macht verändert sich auch koloniale Macht und passt sich neuen Realitäten an. Indem die koloniale Dynamik, der Rassismus, das weiße Überlegenheitsnarrativ und der Eurozentrismus ständig ihre Form ändern können, pervertieren sie auch unsere größten Anstrengungen zur Veränderung. Das zu verstehen ist Voraussetzung jedes Versuchs, die Machtverteilung in der globalen Gesundheitsversorgung radikal zu ändern. Dekolonialisierung ist ein unendlicher Prozess, Auszeichnungen werden nicht vergeben.

Um der globalen Gesundheitsversorgung ein neues Gesicht zu geben, müssen wir auch über Studiengebühren sprechen und über diskriminierende Visa-Politik, die es Menschen aus ärmeren und armen Ländern unmöglich macht, an den Top-Universitäten dieser Welt Abschlüsse zu erwerben. Wir müssen die Finanzierung von öffentlicher Gesundheitsforschung und -praxis verändern: Anstatt die Gelder aus Europa und Nordamerika an ehemals kolonialisierte Länder zu verteilen, muss das Geld von Patientengruppen vor Ort verwaltet werden. Auch institutionelle Strukturen müssen sich ändern, damit Menschen aus ehemals kolonialisierten Ländern leichter in Machtpositionen kommen und globale Gesundheitsstrukturen und -debatten langfristig beeinflussen können.

Ich glaube nicht, dass wir Bemühungen um eine Dekolonialisierung der globalen Gesundheitsversorgung von Bemühungen um globale Steuergerechtigkeit trennen können. Würden ausländische Unternehmen für die Rohstoffe, die sie auf dem afrikanischen Kontinent abbauen, angemessen besteuert, so erlaubten diese Einnahmen den dortigen Regierungen den Aufbau eigener Gesundheitsstrukturen – ohne dass sie auf NGOs und internationale Philanthropen angewiesen wären. Und würden dieselben Unternehmen in den Staaten, in denen sie ihre Zentralen haben, angemessen besteuert, hätten die Philanthropen-Stiftungen erheblich weniger Geld und Macht dafür, zu bestimmen, welche Gesundheitsthemen wie viel Aufmerksamkeit verdienen. Diese Macht gebührt Patientengruppen weltweit. Dafür, dass wir ihnen endlich Platz einräumen, schulden sie uns nichts. Ganz im Gegenteil.

Lioba A. Hirsch ist Politologin und Medizinhistorikerin, ihr Schwerpunkt sind anti-Schwarze und koloniale Verstrickungen der Biomedizin. Sie forscht und lehrt derzeit an der Universität Liverpool.
www.lshtm.ac.uk/aboutus/people/hirsch.lioba

Ethik-Dumping und wie es sich verhindern ließe

Wie rassistisch geprägt medizinische Forschung noch immer ist, wird bei Patientenstudien besonders anschaulich. Finden sie in Europa oder den USA statt, gelten umfangreiche Regelwerke, die sicherstellen sollen, dass Patient*innen angemessen aufgeklärt, vergütet und medizinisch betreut werden. In Ländern des globalen Südens spart man sich diesen Aufwand gerne mal: Da wird der Bevölkerung in Ghana, Kenia und Malawi eine Impfkampagne gegen Malaria bei Kindern vorgegaukelt, obwohl der Impfstoff in Wahrheit noch erprobt wird. Oder Frauen in Indien testen ein vereinfachtes Verfahren zur Erkennung von Gebärmutterhalskrebs – die Kontrollgruppe aber wird nicht, wie es hierzulande verpflichtend wäre, nach landesüblichem medizinischen Standard behandelt, sondern bleibt undiagnostiziert. Die Beispiele stammen aus einer Deutschlandfunk-Sendung zum Ethik-Dumping in der Wissenschaft. Hoffnung auf Besserung macht der darin ebenfalls erwähnte „Globale Verhaltenskodex für Forschung in ressourcenarmen Gegenden“. Auf nur vier Seiten werden dort unter den Überschriften „Fairness“, „Respekt“, „Fürsorge“ und „Ehrlichkeit“ in allgemein verständlicher Sprache insgesamt 23 Artikel formuliert, die zukünftig verhindern sollen, dass in der Forschungsethik mit zweierlei Maß gemessen wird. Ausgearbeitet wurde der Verhaltenskodex, mit finanzieller Unterstützung der EU, von dem Konsortium TRUST, an dem neben der UNESCO unter anderem NGOs aus Südafrika und Indien beteiligt sind. Verpflichtend allerdings, und da schwindet die Hoffnung auch schon wieder, ist er bislang nur für EU-Projekte in ressourcenarmen Gegenden. *sim*

Solidaritätsinzidenzwert: null

Auch in der Pandemie geht es darum, was Vorrang hat: das Recht auf Profit oder Menschenrechte.

Von Anne Jung

Die wichtigste Debatte der globalen Gesundheitspolitik in Zeiten der Pandemie – die um die Patentfreigabe – wird, anders, als man denken könnte, nicht bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO), sondern bei der Welthandelsorganisation (WTO) geführt. Das zeigt: Auch angesichts von 180 Millionen Infizierten und vier Millionen Toten wird das Gesundheitswissen weiterhin als Handelsware betrachtet und nicht als globale Allmende. Hätte die Politik der Industrienationen auf den globalen Süden, die Weltgesundheitsorganisation und die Zivilgesellschaft gehört, würden die Medien über Möglichkeiten einer weltweiten Impfstoffproduktion berichten und nicht über die Börsenkurse von Pharmaunternehmen. Die finanzstarken Industrieländer hätten die Kapitalinteressen zugunsten der globalen Gesundheit in den Lockdown schicken können. Doch das wollten sie nicht.

Dass gerade Deutschland und die EU jede Möglichkeit der zeitweiligen Aufhebung der Patente hartnäckig verweigern, auch gegen die USA und andere, ist geradezu unheimlich. Deutschland, das immer um seinen guten Ruf in der Welt bangt, wurde unter anderem von Nobelpreisträger Joseph Stiglitz beschuldigt, die ganze Welt als Geisel zu nehmen. Die Angst ist zu groß, dass mit der Aussetzung der Patente ein Präzedenzfall geschaffen wird: Womöglich würde sich ja zeigen, dass die Versorgung der Welt mit den Impfstoffen schneller ginge und günstiger wäre und dass das öffentliche Gut Krisen besser bewältigt?

Um den globalen Bedarf zu decken, müssen die Produktionskapazitäten ohne Zweifel ausgeweitet werden. Lediglich 0,3 Prozent der Impfdosen gehen aktuell (Stand Sommer 2021) an die 30 ärmsten Länder des globalen Südens. Bei ihnen wird es noch bis zu zwei Jahre dauern, bis sie auf eine Herdenimmunität hoffen können. Hunderttausende werden an Covid-19 sterben, auch weil es in vielen Ländern nur unzureichende öffentliche Gesundheitssysteme gibt. Gleichzeitig werden Schutzmaßnahmen wie Lockdowns lebensgefährlich bleiben, weil Menschen ohne jede soziale Absicherung unmittelbar ihr Einkommen verlieren. Armut und Hunger werden zunehmen.

An Alternativen mangelt es indes nicht. Kurz nach dem Ausbruch der Pandemie machte Costa Rica den großartigen Vorschlag, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) solle das Wissen und die notwendigen Technologien zu Covid-19 bündeln. Damit könnten Produkte schneller entwickelt, zugelassen und überall zur Verfügung gestellt werden. Der Versuch scheiterte, weil die reichen Länder die Pharmafirmen nicht dazu verpflichteten und die WHO schlicht ignorierten. Nach dem Scheitern des Technologietransfers folgte Süd-Initiative Nummer zwei: Schon im Herbst 2020 beantragten die Regierungen von Indien und Südafrika bei der WTO eine weitreichende Ausnahmeregelung im TRIPS-Abkommen, in dem Patentfragen und andere handelsbezogenen Aspekte des geistigen Eigentums geregelt sind. Gebraucht werde ein Waiver: eine global vereinbarte und in der WTO verankerte Verzichtserklärung in Bezug auf Rechte des geistigen Eigentums an Covid-19-Medizinprodukten; nicht für immer, sondern nur, bis die Weltbevölkerung eine Immunität gegen das Virus entwickelt hat. Das würde eine bedarfsorientierte Produktion durch mehr Hersteller ermöglichen. Und es würde zu bezahlbaren Preisen und Schutz vor Klagen durch die Industrie führen. Doch auch hier: Vielen Ländern, die in globaler Verantwortung handeln könnten – allen voran Deutschland –, fehlte der politische Wille, und denjenigen, die die Chance auf globale Solidarität ergreifen wollen, fehlten Mittel und Macht.

Nicht nur die Torpedierung des Waivers, auch das TRIPS-Abkommen selbst symbolisiert die Dominanz einer Ordnung, die gerade bis zur letzten Impfdosis verteidigt wird. Schon beim Zustandekommen des Abkommens 1994 war absehbar, dass die Ausgeschlossenen der Welt dadurch bei der Gesundheitsversorgung auf der Strecke bleiben würden. Doch die Industrienationen haben es mit dem Pharmariesen Pfizer und Großkonzernen wie Microsoft gegen alle Widerstände des globalen Südens durchgesetzt. (Das hat sich gelohnt: Für das laufende Jahr rechnet Pfizer übrigens mit einem Gewinn von 20 Milliarden Euro durch Corona-Impfstoffe.)

Das hatte schon einmal tödliche Folgen: bei der globalen HIV-Aids-Krise. Als Südafrika, wo damals jede*r Fünfte HIV-positiv war und Aids das Überleben einer ganzen Generation bedrohte, den preiswerten Nachbau von Medikamenten gestattete, reichten 39 (!) multinationale Arzneimittelhersteller sowie die USA Klage ein. Das lähmte die Produktion über Jahre, Behandlungsprogramme starteten verspätet, Hunderttausende starben. Schon damals ging es um globale Ordnungspolitik für die kapitalistische Globalisierung mit dem Ziel, die öffentliche Gesundheitsversorgung durch einen Mix aus Privatisierung und freiwilligen Spenden zu ersetzen. Erst nach weltweitem zivilgesellschaftlichen Druck wurde die Klage zurückgenommen und der Patentpool für HIV-Medikamente bei der WHO errichtet. Die Medikamente kosten seither nur noch einen Bruchteil, und eine flächendeckende Versorgung wurde ermöglicht.

Mit dem Waiver könnten solche jahrelangen juristischen Auseinandersetzungen verhindert werden, weil die Ausnahme global gelten würde und nicht von jedem Land einzeln durchgesetzt werden müsste. Dass diese im Rahmen des TRIPS-Abkommens vorgesehene Möglichkeit heute als überzogene und radikale Forderung diskreditiert wird, zeigt, wie weit sich die Debatte davon entfernt hat, Alternativen denken zu können oder zu wollen. Zumal: So richtig und wichtig diese Ausnahmeregelung aktuell wäre – ausreichend wäre sie bei Weitem nicht. Es ist erschütternd, zu sehen, wie sich der Generaldirektor der WHO, der immer wieder strukturelle Lösungen und eine faire Verteilung angemahnt hat, für jede in Aussicht gestellte Impfdosis bedanken muss. Die „mildtätigen Gaben“ der G7 sind wie ein vergifteter Cocktail aus Entrechtung und Abhängigkeit.

Die Welt hätte die Kraft, die Pandemie einzudämmen. Fast 70 Mitglieder der WTO unterstützen inzwischen den Waiver. Das Zentrum der Koalition der Unwilligen bilden Deutschland und die Europäische Kommission. Der wachsende zivilgesellschaftliche Protest erhöht den Druck auf diese Regierungen. Um ihre Blockadehaltung zu legitimieren, behaupten viele Politiker*innen und Pharmafirmen, dass es im globalen Süden keine geeigneten Produktionsstätten gibt. Das ist nicht nur falsch, es ist auch rassistisch. Länder wie Südafrika, Senegal oder Ägypten könnten in Windeseile umrüsten, um mRNA-Impfstoffe herzustellen – flankiert von einem Technologietransfer. Auch Indien, Bangladesch, Pakistan und viele Länder Lateinamerikas könnten die ersehnten Impfstoffe produzieren. Eine andere im öffentlichen Diskurs leichtfertig wiederholte Mär: Dort produzierte Impfstoffe seien nicht sicher. Dabei wird unterschlagen, dass schon lange mehr als die Hälfte der hierzulande eingesetzten Impfstoffe und Generika aus Indien stammt.

Die Entwicklung mehrerer wirksamer Covid-19-Impfstoffe zeigt, was möglich ist, wenn der politische Wille da ist und (öffentliche) Mittel zur Verfügung gestellt werden. Auch dies ist im globalen Süden registriert worden. Schließlich sterben hier (und nur hier) jedes Jahr Millionen von Menschen an Krankheiten wie Malaria, Tuberkulose oder der Schlafkrankheit, gegen die es zu wenig wirksame Impfstoffe und Medikamente gibt: Offensichtlich könnte und würde es sie geben – würde sich die Prioritätensetzung bei

Operation in Moskau
Foto: Olga Guryanova/unsplash

der hiesigen Forschung und Entwicklung an der Rettung von Menschenleben und nicht am Volumen von Märkten orientieren. Der aktuelle Moment ist wie geschaffen für eine breitere globale Bewegung, um das Recht auf bestmöglichen Zugang zu Gesundheit allumfassend und universell zu erstreiten – in der Pandemie und darüber hinaus.

Dazu gehört auch die Verrechtlichung der globalen Lieferketten. Ein Blick auf die asiatische Textilproduktion in Zeiten der Pandemie genügt, um nachzuvollziehen, was damit gemeint ist: Nach dem Shutdown in den westlichen Metropolen dauerte es nur einen Wimpernschlag, bis Millionen Menschen, mehrheitlich Frauen, in den asiatischen Megacitys ihre prekären Jobs in den Weltmarktfabriken verloren. Denn die großen Textilketten, von H+M bis Mango, setzten die Abnahme und damit die Bezahlung schon gefertigter Ware aus. Wie krank machend dieses System globaler Ausbeutung ist, zeigte sich auch, als die Geschäfte im globalen Norden wieder öffneten: Von Karatschi bis Dhaka brachte das die Menschen in die Textilfabriken zurück. Allerdings ist die Pandemie dort keineswegs unter Kontrolle, und die Arbeiter*innen sind so ungeschützt wie eh und je.

Anne Jung ist Gesundheitsreferentin bei medico und Mitinitiatorin der Kampagne „Make them SIGN“, die von einem großen Bündnis zivilgesellschaftlicher und politischer Organisationen getragen wird. Ziel ist es, der EU und Deutschland die Zustimmung zur Aufhebung des Patentschutzes für Covid-19-Impfstoffe abzuringen. Es wirkt. Mehr unter makethemsign.eu

Der Staat macht alles ineffizient

Die Pandemie hat das Gesundheitssystem auf die Probe gestellt. Immer wieder wurden Stimmen laut, die seiner neoliberalen Organisierung das Scheitern attestierten. Regierungen des globalen Nordens pochten auf Impfpatente, die Rationalisierung von Krankenhausbetten führte zu verständlicher Panik. Der Zwang zur Profitmaximierung formt die Gesundheitsversorgung in allen Facetten.

Den Vorstellungen derer, die als neoliberale Theoretiker*innen gelten, entspricht dieses System trotzdem nicht. Milton Friedman, einer der intellektuellen Anführer der neoklassischen ökonomischen Schule, formulierte 2001 in einem Essay eine harsche Kritik an der Versorgung in den USA. Quintessenz dieser Kritik – oh Wunder – war: zu viel Staat, zu wenig Eigenverantwortung. Eine sozialisierte Medizin ist das Schauermärchen jedes Marktgläubigen.

Friedman nimmt an, dass man am besten mit Geld umgeht, wenn es das eigene ist. Ein Versicherungssystem, das stark vom Arbeitgeber abhängt, wie es in den USA der Fall ist, produziert folglich Ineffizienz, da Firmen nicht die besten Angebote aussuchen und nicht wissen, was ihre Beschäftigten benötigen. Das stellt aus Sicht der Neoklassik ein valides Argument dar, sozial ist es jedoch nicht. Denn staatlich garantierte Gesundheitsversorgung differenziert nicht zwischen den Individuen und kann deshalb umfassenderen Schutz gewähren.

Das jedoch widerspricht den neoliberalen Grundsätzen Friedmans. Er leitet aus seiner Auseinandersetzung mit dem amerikanischen System die altbewährten Forderungen ab: Deregulierung der Krankenversicherungen, Begrenzung der Rolle des Staates. Letzterer solle sich allein um die schweren Fälle kümmern. Das würde den Umweg von Zahlungen für medizinische Produkte über dritte Parteien, wie den Staat oder den Arbeitgeber, eingrenzen und so die Kosten im Gesundheitsbereich senken. Dann wären mehr Profite für die involvierten Unternehmen vorhanden, die nach seiner Trickle-down-Theorie (mehr Wohlstand der Reichen sickert irgendwann nach unten durch) auch an die Haushalte weitergegeben werden. Da Firmen mehr Produkte verkaufen wollen, senken sie den Preis. Alle profitieren. Diese Theorie wurde jedoch schon zuhauf widerlegt. Bei der lebenswichtigen Gesundheitsversorgung schauen Haushalte nicht so stark auf den Preis, was zu einer Marktmacht der Konzerne führt, die auf Kosten der Versicherten geht.

Hinzu kommen die Verteilungswirkungen. Gegen Ende seines Essays malt Friedman eine wunderbare Utopie: Endlich soll – wenn seine Reformvorschläge umgesetzt sind – die erste Frage im Krankenhaus nicht mehr „Welche Krankenversicherung haben Sie?“ lauten, sondern „Was ist das Problem?“. Aber eben nicht bei allen, denn unter den Vorzeichen des kapitalistischen Gesundheitssystems hieße das ja auch, dass jene ohne Krankenversicherung und großes Vermögen gar nicht erst ins Krankenhaus gehen. Kein Geld, keine Behandlung. Ein ausgebautes Gesundheitssystem mit staatlich garantierten Versicherungen federt trotz aller möglichen Ineffizienzen diese Klassenunterschiede ab. *pb*

Milton Friedman: How to Cure Health Care, in: The Public Interest, Winter 2001

Wer natürliche Lebensräume zerstört, befeuert Pandemien

Biodiversität kann ein Schutzfaktor gegen die Übertragung von Infektionen sein Von Jan van Aken

Covid-19 ist eine Pandemie mit Ansage. Seit Jahren warnen Wissenschaftler*innen und UN-Organisationen davor, dass die Zerstörung von Biodiversität und der Ausbruch neuer Infektionskrankheiten Hand in Hand gehen. Pandemien, so die Warnung, können die sehr logische Konsequenz einer fortschreitenden Zerstörung unserer natürlichen Lebensräume sein.

Als ich diese These vor gut einem Jahr, mitten im ersten Lockdown, zum ersten Mal hörte, war ich nicht überzeugt. Es klang zu sehr nach thematischer Trittbrettfahrerei, nach der typischen Tendenz vieler NGOs, über jedes aktuelle Megathema ihre jeweiligen Befürchtungen zu stülpen, nach dem Motto: Ich kämpfe seit Jahren gegen die Abholzung des Regenwaldes, und wenn jetzt in Bergamo Menschen an einem neuen Virus sterben, ist die Abholzung des Regenwaldes schuld. Das hört sich zu simpel an, aber es hat tatsächlich einen sehr wahren Kern.

Ein Blick in die wissenschaftliche Fachliteratur zeigt eine ziemlich eindeutige Faktenlage und einen klaren Zusammenhang zwischen der Zerstörung natürlicher Lebensräume und dem Entstehen von Pandemien. Ein besonders drastisches Beispiel wurde 2017 in „Nature Scientific Reports“ veröffentlicht: Die Wissenschaftler*innen verglichen 27 Ebola-Ausbrüche in Afrika und konnten einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit Regenwald-Abholzungen in den jeweils vorangegangenen zwei Jahren feststellen.

Die Mechanismen dahinter können recht vielfältig sein. Im Fall von Ebola verkleinert sich durch die Abholzung vermutlich der Lebensraum der tierischen Zwischenwirte des Virus. Sind sie so eng zusammengedrängt, erhöht sich die Virusverbreitung und die Infektionsrate der Zwischenwirte. Zudem wird durch Abholzungen die Grenze zwischen Menschen und Zwischenwirten – sprich: die Waldgrenze – deutlich verlängert und damit durchlässiger. Es kommt zu mehr Kontakten mit stärker infizierten Tieren, ein Ausbruch wird deutlich wahrscheinlicher.

Einen ähnlichen Mechanismus zeigte die wissenschaftliche Arbeit eines Forschungsteams der Universität Ulm zu Fledermäusen in Mittelamerika. Untersucht wurde ein Virus, das dem menschlichen Hepatitis-B-Virus sehr ähnlich ist und von Fledermäusen übertragen wird. Der Befund: Die Verkleinerung des natürlichen Lebensraums erhöht die Infektionswahrscheinlichkeit, Fledermäuse in Gebieten mit niedrigerem Waldanteil hatten deutlich höhere Befallraten.

Ein anderer Mechanismus liegt darin, dass bestimmte Tierarten, die Krankheitserreger übertragen – zum Beispiel Mücken –, von der Abholzung des Regenwaldes profitieren, weil sie sich deutlich besser an die Zerstörung anpassen können. Die Mücken breiten sich in kurzer Zeit massiv aus, und die Viren werden entsprechend leichter und häufiger auf Menschen übertragen.

All das ist keine neue Erkenntnis. Bereits 2013 richtete die deutsche Leibniz-Gemeinschaft in Berlin einen Kongress mit dem schönen Titel „Biodiversität – die natürliche Gesundheitsvorsorge“ aus. 2015 veröffentlichten WHO und CBD (Convention on Biological Diversity) einen gemeinsamen Bericht zu „Biodiversität und menschlicher Gesundheit“.

Darin kommen die UNO-Expert*innen zu einem sehr deutlichen Schluss: „Die Zerstörung eines Ökosystems kann zu einem Verlust an Biodiversität und einem erhöhten Risiko von Infektionskrankheiten führen (…) Biodiversität kann ein Schutzfaktor gegen eine Infektionsübertragung sein, und der Erhalt von Ökosystemen könnte helfen, den Kontakt mit infektiösen Erregern zu reduzieren.“ Der Bericht bezeichnet Veränderungen in der Landnutzung als einen der wichtigsten Treiber für das Auftreten neuer Krankheiten bei Menschen.

In die gleiche Kerbe schlug 2019 der „Weltbiodiversitätsrat“ IPBES, der – ähnlich wie der IPCC in Klimafragen – Wissenschaftler*innen

Gesundheitspersonal im Ebola-Behandlungszentrum von Ärzte ohne Grenzen in der Demokratischen Republik Kongo, August 2019
Foto: Baz Ratner/REUTERS

und Regierungen aus aller Welt zusammenbringt, um über den (alarmierenden) Rückgang der Biodiversität in der Welt zu beraten. In ihrer Zusammenfassung für Politiker*innen schrieben sie, wenige Wochen vor dem Ausbruch von Covid-19: Neue Infektionskrankheiten können durch menschliche Aktivitäten wie Abholzungen oder die Fragmentierung von Habitaten verstärkt werden.

Die Naturzerstörung ist die Krise hinter und zeitlich zugleich vor der Corona-Krise. Ja, sehr wahrscheinlich hat diese Pandemie einen sehr menschlichen Ursprung – aber eben nicht in einem Labor, wie vielerorts im Westen gemunkelt wird, sondern in Motorsägen und Planierraupen. Zoonosen treten immer häufiger auf, wenn die angestammten Habitate der Tiere zerstört werden und natürliche Abgrenzung nicht mehr möglich ist.

Selbst im Herzen des Kapitalismus ist diese Erkenntnis mittlerweile angekommen. Kurz nach dem Beginn der Covid-19-Pandemie, im März 2020, hieß es auf der Webseite des World Economic Forum unmissverständlich: „Die zunehmende Häufigkeit von Krankheitsausbrüchen steht im Zusammenhang mit dem Klimawandel und dem Verlust der biologischen Vielfalt." Das sagen jene Leute, die erst die Motorsägen und Planierraupen losgeschickt haben und sich dann in der Abgeschiedenheit der Schweizer Alpen vor Ansteckung schützen.

Regenwälder werden nicht aus Spaß, sondern aufgrund knallharter Profitinteressen abgeholzt – hinter den Motorsägen steht das Kapital. Es ist die Fleischmafia, die quadratkilometerweise den Amazonas für billige Futtermittel plattmacht, es sind die Unilevers und Nestlés dieser Welt, die für billiges Palmöl halb Südostasien kahl schlagen – und dann noch behaupten, sie täten es für uns, weil wir nach diesen Produkten verlangen.

Der Kampf gegen die nächste Pandemie wird nicht nur um bessere Gesundheitssysteme und gerechtere Verteilung von Impfstoffen geführt, sondern auch gegen eine kapitalistische Produktionsweise, die von der Zerstörung natürlicher Lebensräume lebt, Biodiversität zerstört und uns am Ende Viren beschert, die unter anderen Bedingungen im Tierreich geblieben wären, anstatt uns in Pandemien zu treiben.

Bill & Melinda Gates Foundation

Die bekannteste philanthropische Stiftung, die Bill & Melinda Gates Foundation des Microsoft-Mitbegründers und seiner Ex-Frau, hat sich der Bekämpfung von Armut, Ungleichheit und Krankheiten verschrieben. 1994 als William H. Gates Foundation gegründet, erhielt sie 1999 ihren heutigen Namen. Im Rahmen der Giving-Pledge-Kampagne von 2010 spendete Bill Gates ein Drittel seines Vermögens (circa 28 Milliarden US-Dollar) und Warren Buffett 31 Milliarden US-Dollar in Form von Aktien an die Stiftung. Bis zu seinem Lebensende möchte Bill Gates 95 Prozent seines Vermögens an die Stiftung abgeben.

Die WHO finanziert sich aus Pflichtbeiträgen und freiwilligen Beiträgen ihrer insgesamt 194 Mitgliedsländer, letzter umfassen inzwischen mehr als 75 Prozent der Mittel. Die Spenden der Stiftung machen circa 10 Prozent des Gesamtbudgets der Organisation aus. Private Akteur*innen, wie die Bill & Melinda Gates Foundation, können somit die Ziele und Projekte der Weltgesundheitsorganisation maßgeblich beeinflussen. Kritiker*innen betonen, dass die Stiftung ein Interesse an schnell messbaren Ergebnissen hat und langfristige, weniger gut messbare Instrumente, wie eine Verbesserung der Gesundheitssysteme, weniger gut finanziert werden als beispielsweise der Kampf gegen Polio. So bleibt der Kampf gegen soziale Ursachen von Krankheiten oft auf der Strecke.

Coca-Cola, Walmart und PepsiCo – mit Kapitalanlagen unter anderem in diese Unternehmen vermehrt Gates sein Vermögen. Ebenjene Konzerne, die mit ihren Produkten und Arbeitsbedingungen krank machen. Das Paradox: Je mehr Gewinne diese Konzerne machen, desto mehr Geld spendet Bill Gates. Jede Maßnahme der WHO gegen Süßigkeiten- oder Alkoholhersteller kann also ihr Spendenaufkommen reduzieren. Ein Interessenkonflikt, der sich angesichts der großen Abhängigkeit von privaten Akteur*innen kaum auflösen lässt. *as*

Verfügbare Impfstoffe für alle und überall

Der Markt mag manches richten, eine solidarische Gesundheitsversorgung für alle gehört nicht dazu. Von Kim Schröther

Mainz im September 2020: Der Biontech-Konzern gibt die Übernahme einer Anlage zur Herstellung von Impfstoffen in Marburg bekannt. Im Rennen gegen die Corona-Pandemie will das Unternehmen seine „kommerziellen Produktionskapazitäten zur Herstellung des mRNA-basierten COVID-19 Impfstoffkandidaten“ ausbauen. Es gehe darum, den Ausstoß „erheblich zu erweitern, um nach Marktzulassung eine weltweite Versorgung mit einem potenziellen Impfstoff zu ermöglichen“.

Knapp ein Jahr später gehört der Biontech-Impfstoff zu den am häufigsten eingesetzten. Doch von einer weltweiten Versorgung kann nicht ansatzweise die Rede sein. Vor allem in ärmeren Staaten geht die Immunisierung der Bevölkerung nur schleppend voran. Vor allem: weil Impfstoff fehlt. Zusagen der Industrieländer, die sich das Gros der Ressourcen gesichert haben, reichen vorne und hinten nicht.

In Afrika hatte Anfang Juli 2021 nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO gerade einmal ein Prozent der Bevölkerung den vollen Impfschutz. In mehreren afrikanischen Staaten mussten laut WHO die Impfprogramme sogar wieder abgebrochen werden: Die Lieferungen reichten nicht für die notwendige Zweitimpfung. Derweil grassiert die Pandemie weiter, bildet Mutationen.

Der Markt mag manches richten, eine solidarische Gesundheitsversorgung für alle gehört nicht dazu. Das hat zum Teil mit Patenten zu tun, weil geistige Eigentumsrechte vor allem kommerzielle Verwertung schützen sollen, also Profite. Aber selbst wenn die Patente für Corona-Impfstoffe freigegeben wären, hätte man immer noch das Problem zu lösen, die notwendigen Produktionskapazitäten verfügbar zu machen. Das ist teuer.

Viel teurer allerdings sind die Folgen des Mangels an Impfstoffen. Wirtschaftlich, menschlich und auch epidemiologisch. Seit Jahren versagt „der Markt“, wenn es um die Verfügbarkeit bezahlbarer Impfstoffe, vor allem im globalen Süden, geht. Corona ist nur das aktuelle Beispiel – und je länger die Pandemie grassiert, desto mehr Mutationen, desto höher der Aufwand zur Eindämmung.

„Was wäre nötig, um in einem Jahr genügend Impfstoff gegen das Coronavirus für die ganze Welt herzustellen?“ Zoltán Kis and Zain Rizvi haben diese Frage für die gemeinnützige Verbraucherschutz-Organisation „Public Citizen“ beantwortet. In einer im Mai 2021 vorgestellten Studie rechnen die Autoren vor, „wie die globale Gemeinschaft regionale Hubs einrichten könnte, die bis Mai 2022 acht Milliarden mRNA-Impfdosen produzieren könnten“. Das würde, andere Kapazitäten mit dazugerechnet, ausreichen, um etwa 80 Prozent der Weltbevölkerung zu impfen, genügend, um einer Herdenimmunität nahezukommen. Und mit 23 Milliarden US-Dollar, so die höchsten geschätzten Kosten unter mehreren Varianten, wäre es auch noch ziemlich günstig.

Zoltán Kis and Zain Rizvi haben ihre Idee unter anderem anhand des Moderna-Impfstoffs durchexerziert: Für die Produktion der acht Milliarden mRNA-Impfdosen „wären 4.620 Mitarbeiter an 55 Produktionslinien erforderlich, die in 14 Einrichtungen aufgestellt werden könnten. Die Kapitalkosten für die Umrüstung der Anlagen würden sich auf 3,2 Milliarden US-Dollar belaufen, während die Betriebskosten für die Produktionskampagne des Wirkstoffs 17,5 Milliarden US-Dollar betragen würden. Die Befüllung und Fertigstellung würde 2 Milliarden US-Dollar kosten“, heißt es zusammenfassend in ihrer Studie.

Die Linkspartei in der Bundesrepublik hat einen ganz ähnlichen Vorschlag eingebracht. Auch hier geht es um den Aufbau einer öffentlichen Impfstoffproduktion. Weltweit sollen dafür WHO und die Vereinten Nationen die Koordination übernehmen. „Die Kosten für den Aufbau von Produktionskapazitäten für eine schnelle und ausreichende Versorgung mit Impfstoffen belaufen sich auf einen Bruchteil der Kosten für Aufrüstungsprojekte wie den Eurofighter“, heißt es mit Blick auf die Finanzierungsfrage. Die Vorsitzende der Partei, Susanne Hennig-Wellsow, ergänzt: Der Vorschlag sei „ein machbarer und finanzierbarer Weg, die globale Impfgerechtigkeit aus den Fesseln der privatwirtschaftlichen Pharmaunternehmen zu lösen und als Teil einer weltweiten Daseinsvorsorge zu begreifen“.

Der Fokus auf die globale Ebene ist auch epidemiologisch geboten. Was nützt es, wenn einige reiche Länder ihre Bevölkerungen mit Impfschutz versorgen, wenn anderswo die Infektionszahlen hoch bleiben? Corona inter-

Pharmariesen

Die Pharmaindustrie gehört mit 1,3 Billionen US-Dollar zu den umsatzstärksten Branchen weltweit und profitierte von der Corona-Pandemie wie wenige andere Branchen. Ein Marktanteil von fast 49 Prozent entfällt hier auf den US-amerikanischen Markt, gefolgt von den Pharmamärkten in China, Japan und Deutschland.

Der schweizerische Familienkonzern Roche zählt zu den wertvollsten börsennotierten Pharmaunternehmen Europas und erzielte 2019 mit verschreibungspflichtigen Medikamenten einen Umsatz von 48,25 Milliarden US-Dollar. Roche ist weltweit führender Anbieter von In-vitro-Diagnostika und Krebsmedikamenten. Das Unternehmen gab im Jahr 2019 10,29 Milliarden US-Dollar für Forschung aus. Ebenfalls in der Schweiz ansässig ist Novartis. Mit verschreibungspflichtigen Medikamenten unter anderem für Atemwegs- und Augenerkrankungen, Infektionskrankheiten, Onkologie und Hämatologie erwirtschaftete das Unternehmen im letzten Jahr einen Umsatz von 46,09 Milliarden US-Dollar. Für Forschungszwecke gab Novartis im Jahr 2019 8,39 Milliarden US-Dollar aus. Das US-Unternehmen Pfizer ist mit 43,66 Milliarden US-Dollar Umsatz das drittgrößte Pharmaunternehmen der Welt. Bei den Forschungsausgaben landet es mit 7,99 Milliarden US-Dollar nur auf Platz sechs. 40,9 Milliarden US-Dollar Umsatz erzielte das US-Unternehmen Merck & Co., vor allem mit Ebola-Präparaten, Krebs-, Alzheimer- und HIV-Medikamenten. Mit 8,39 Milliarden US-Dollar für Forschung ist es unter den vier forschungsintensivsten Pharmaunternehmen. Ebenfalls in den USA ansässig ist das Unternehmen Bristol Myers Squibb, das mit verschreibungspflichtigen Medikamenten für Onkologie, Hämatologie, Immunologie und Herz-Kreislauf-Erkrankungen 40,69 Milliarden US-Dollar Umsatz erzielte. Die Forschungsausgaben des US-Pharmakonzerns bezifferten sich im Jahr 2019 auf 9,38 Milliarden US-Dollar.

US-amerikanische Pharmakonzerne dominieren den globalen Pharmamarkt. Unter den Top-50-Pharmaunternehmen nach Umsatz im Jahr 2019 befinden sich 15 US-amerikanische Unternehmen, 16 Unternehmen haben ihren Sitz in Europa. Japan, China und Hongkong sind mit insgesamt 14 Unternehmen vertreten. Auf Platz 33 und 50 stehen zwei indische Unternehmen, dazu kommt je ein Unternehmen aus Israel, Australien und Kanada. *as*

Ärztin in Angola, 2018
Foto: Francisco Venâncio/unsplash

essiert sich nicht für Staatsgrenzen. Jedes öffentliche Gesundheitssystem sei nur so stark wie sein ärmster Patient, sagt Hennig-Wellsow. „Solange an irgendeinem Ort der Welt Corona nicht besiegt ist, ist die globale Gefahr nicht gebannt." Die Ausbreitung der Delta-Variante zeige dies gerade in aller Deutlichkeit.

Wenn man Lehren aus der Pandemie ziehen will, sollte eine entscheidende lauten: die Resilienz von Gesellschaften durch öffentliche Vorsorge erhöhen. Solche demokratische Vorratswirtschaft werden kommerzielle Anbieter aus Gründen der betriebswirtschaftlichen Rationalität nicht leisten. Ihnen geht es um Rendite, nicht um gesellschaftliches Interesse. In diesem aber liegt es, für Impfstoffressourcen öffentlich vorzusorgen.

Das Modell der Linkspartei schlägt kleinere Fabrik-Einheiten vor, die dauerhaft bestehen sollen, um schnell auf neue Herausforderungen reagieren zu können. Das heißt auch, geschultes Personal kontinuierlich zu beschäftigen. Die „Basic Vaccine Manufacturing Hubs" genannten Anlagen, die jeweils für 20 bis 30 Millionen Bürgerinnen und Bürger binnen drei Monaten neue Impfstoffe produzieren und liefern können, sollen der Idee nach dem öffentlichen Gesundheitswesen zugeordnet werden. Die Kosten für Errichtung, Aufrechterhaltung und Leerstandsphasen pro Fabrik seien mit 120 Millionen Euro plus weiteren etwa zehn Millionen Euro jährlich „weitaus geringer als die volkswirtschaftlichen Schäden und das menschliche Leid durch diese und kommende Pandemien".

Im UNO-Sozialpakt ist das Menschenrecht auf das erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit verankert. Ein weiterer Artikel dieses globalen Dokuments sichert allen Menschen das Recht auf Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt zu. Konkret hieße das: Verfügbarkeit der jeweils modernsten Impfstoffe gegen Corona für alle und überall.

Erfüllt wird dieser Anspruch derzeit nicht im Entferntesten. Els Torreele vom Institute for Innovation and Public Purpose hat unlängst im Journal der Society for International Development an eines von vielen Beispielen für das Marktversagen bei der Entwicklung und Bereitstellung von Impfstoffen gegen Infektionskrankheiten erinnert: „Obwohl das Ebola-Virus und sein tödliches epidemisches Potenzial seit den 1970er Jahren bekannt waren und die Impfstoffforschung im öffentlichen Sektor fortgeschritten war", habe es 2014 bis 2016 „weder eine Behandlung noch einen Impfstoff" gegeben, „als ein lange erwarteter großer Ausbruch Guinea, Liberia und Sierra Leone verwüstete".

Eine Ursache: Aufgrund der zunehmenden Finanzialisierung würden Pharmakonzerne nicht in die Forschung und Entwicklung von Produkten investieren, die keine garantierten und profitablen Geschäftsmöglichkeiten darstellen. „Trotz des hervorragenden Werts von Impfstoffen für die öffentliche Gesundheit werden die Herstellung und der Verkauf von Impfstoffen aus kommerzieller Sicht als unattraktiv angesehen", so Torreele. Ihre Schlussfolgerung: „Regierungen müssen zu aktiven Gestaltern medizinischer Innovationen werden und die Entwicklung kritischer Gesundheitstechnologien als globales Gesundheits-Gemeinschaftsgut vorantreiben."

Anfang Juli dieses Jahres appellierte Thabo Makgoba, Erzbischof von Kapstadt, an den globalen Norden, „dass alle reichen Länder ihre Macht nutzen und die Monopole der Pharmaindustrie aufheben". Der Mangel an Impfstoff gegen Corona auf globaler Ebene sei „durch die derzeitige Organisation der Impfstoffproduktion" begründet. Bei dem aktuellen Impftempo müssten „ärmere Länder noch 57 Jahre warten, bis ihre Bevölkerung geimpft ist". Das müsste nicht sein. Es gibt Alternativen.

Der Aufbau einer öffentlichen Impfstoffversorgung würde nicht nur die Eindämmung der Corona-Pandemie schnell, wirksam und global gerecht voranbringen. Es würde auf diese Weise, unter dem Dach der internationalen Gemeinschaft, auch eine Infrastruktur geschaffen werden, „die erforderlich ist, um schnell auf Varianten und zukünftige Bedrohungen der öffentlichen Gesundheit zu reagieren". Corona habe „den dringenden Bedarf an dezentraler Herstellung deutlich gemacht". Ihre Studie, so Zoltán Kis and Zain Rizvi, stelle „einen technischen Fahrplan vor, wie diese Pandemie – und möglicherweise alle anderen – beendet werden kann".

Betreuung älterer Menschen in der südzentralchinesischen Provinz Jinagxi, August 2021
Foto: Li Fusun/picture alliance/dpa

Tödliche Ignoranz

In Indien ließ die Regierung alle Chancen verstreichen, den Ausbau der öffentlichen Krankenversorgung zur Bekämpfung von Corona zu forcieren. Von Victor E. Meuche

Heulende Sirenen, Scheiterhaufen und mittendrin Tausende, die verzweifelt nach Sauerstoff oder einem freien Krankenhausbett suchen. Es war der nackte Kampf ums Überleben, der ab April des zweiten Corona-Jahres die Straßen von Neu-Delhi und Titelseiten rund um den Globus prägte. Offiziell forderte das Virus in Indien mehr als 400.000 Menschenleben, doch diese Zahl hilft nur bedingt dabei, die Tragödie nachzuvollziehen. „Die wahre Zahl der Toten liegt bei mehreren Millionen, nicht bei Hunderttausenden“, schätzen Forscher des Center for Global Development. Corona warf Entwicklungsfortschritte auch in anderen Bereichen um Jahre zurück.

Die Tragödie ist auch deshalb so unbegreiflich, weil ein besseres Krisenmanagement einen großen Teil des Leides hätte ersparen können. Doch eine Antwort von Premier Narendra Modi und seiner rechtsnationalistischen Bharatiya Janata Party (BJP) auf das Virus gab es faktisch nicht. Die Mitglieder des Kabinetts reagierten durchweg planlos, als sei ihnen Corona schlicht einerlei. Ein frühes Zeugnis des schlechten Krisenmanagements ist Indiens gescheitertes Impfprogramm:

Erst Mitte April 2021, als die zweite Pandemiewelle das Land schon fest im Griff hatte, wurden drei staatliche Impfstoffhersteller für die Produktion des AstraZeneca-Vakzins und die Eigenproduktion Covaxin lizenziert. Bis dahin hatten aus unerfindlichen Gründen nur zwei Produzenten eine Genehmigung, was das Angebot bis in den Frühling hinein niedrig hielt. Ende April waren lediglich 8,5 Prozent der Bevölkerung immunisiert – viel zu wenig, um die zweite Pandemiewelle abzuschwächen. Weil eine Impfdosis in Privatkliniken teils bis zu 2.400 Rupien (27 Euro) kostet, ist die Immunisierung für viele Inder*innen überdies schlicht unbezahlbar. Dass in dem Land eine hohe Impfzurückhaltung vorherrscht, verschärfte die Auswirkungen der Pandemie zusätzlich. Denn Falschinformationen zur Impfung verbreiteten sich auf WhatsApp wie ein Lauffeuer. Und wenn die Staatsführung dann auch noch höchstpersönlich den Anschein erweckt, Covid-19 sei harmlos, ist eine hohe Impfskepsis kein Wunder.

Nicht nur für die Impfkampagne hatte das demonstrative Desinteresse der Regierenden schwerwiegende Folgen: Tausende Infizierte kamen ins Land, weil die internationalen Flughäfen noch bis weit in den März 2020 hinein offen blieben. Nachverfolgung oder Testangebote gab es nicht – ebenso wenig, als Premier Modi mit Donald Trump im Februar vor Hunderttausenden Zuschauern durch den Bundesstaat Gujarat tourte. Noch am 13. März versicherte Modi, in Indien gäbe es „keinen Gesundheitsnotstand“, dabei hatte die WHO ebendiesen bereits im Januar festgestellt. Elf Tage später dann die Kehrtwende – in ganz Indien wurde eine Ausgangssperre verhängt.

Vor Hybris und Gleichmut verhallte aber der Warnschuss, der die erste Pandemiewelle war: Die Chance, den Lockdown zum Ausbau der öffentlichen Krankenversorgung zu nutzen, ließ Modi verstreichen. Und dann? „Auf dem Höhepunkt der zweiten Welle war weder von ihm noch von seinem für die Pandemiebekämpfung zuständigen Innenminister, Amit Shah, irgendetwas zu sehen“, heißt es in einem Beitrag des Südasien-Büros der Rosa-Luxemburg-Stiftung in Neu Delhi.

Denn beide waren den ganzen April 2021 über damit beschäftigt, sich auf pompösen BJP-Veranstaltungen in Westbengalen zu inszenieren. Zum Wahlkampf gehörte sicher auch, dass die Bundesregierung das Badefest

Kumbh Mela genehmigte, bei dem sich Hindus einer rituellen Waschung unterziehen. Heute weiß man: Die Versammlungen waren Superspreader-Events, von der Regierung gefördert. Vor dem Badefest warb die BJP sogar ausdrücklich für eine Teilnahme. Rund drei Millionen folgten dem Ruf an den Fluss Ganges, der im Mai Tausende Leichen an seine Ufer spülte.

Ja, Indiens Corona-Tragödie ist das Zeugnis gnadenloser Ignoranz, der religiösen Verblendung und der Überheblichkeit des Kabinetts Modi. Mindestens genauso ist es aber eine Tragödie des Neoliberalismus. Die Pandemie hat sichtbar gemacht, wie gelähmt ein Gesundheitssystem ist, das man seit 1990 immer mehr ausgehöhlt hat, so dass heute 70 Prozent aller Gesundheitsleistungen von privaten Einrichtungen erbracht werden und eine universelle Krankenversicherung für alle in weite Ferne gerückt ist. Statistisch gesehen kommen in Indien auf einen Mediziner 11.000 Einwohner, die WHO sieht ein Verhältnis von 1:1000 vor. Dazu steht lediglich ein Sechstel der eigentlich benötigten Krankenhausbetten zur Verfügung.

Der Status quo hat seinen Ursprung zwar bereits lange vor der Ära Modi, doch seine BJP treibt den Rückbau der öffentlichen medizinischen Versorgung seit 2014 weiter voran und schreckt davor auch mitten in der Pandemie nicht zurück: Im Gesundheitshaushalt für 2021–2022 ist eine Budgetkürzung um zehn Prozent geplant. Dabei sind Indiens Gesundheitsausgaben mit zwei Prozent des BIP bereits extrem niedrig (Deutschland: 12 Prozent).

Wie verheerend Modis Verschlankungskur ist, tritt während der Pandemie ganz besonders zu Tage. Mehrere Bundesstaaten forderten ihre Privatkliniken zwar auf, fixe Quoten und Behandlungskosten für Corona-Kranke zu gewährleisten. Trotzdem wurde von horrenden Preisen von bis zu 100.000 Rupien (1.135 Euro) für einen Tag Behandlung berichtet. Mittellose Kranke werden teils gar nicht erst aufgenommen.

Dass es besser geht, zeigt das Beispiel Kerala. Bei Al Jazeera berichtet K. K. Shailaja, die bis Mai 2021 Gesundheitsministerin des Bundesstaats im Südwesten Indiens war: „Bereits einen Tag nach der Warnung der WHO, das Coronavirus sei eine Atemwegserkrankung mit Pandemiepotenzial, haben wir unser gesamtes Überwachungsnetz aktiviert." Lange vor dem bundesweiten Lockdown hielt die Landesregierung die Menschen dazu an, zu Hause zu bleiben. Tests und Hygieneartikel wurden beschafft, eine umfassende Kontaktverfolgung eingeführt. Der unwürdigen Behandlung reisender Wanderarbeiter*innen während der Ausgangssperre setzte Kerala mehr als 15.000 staatliche Hilfscamps und medizinische Checkpoints entgegen. So überstand der Bundesstaat die erste Pandemiewelle glimpflich – und wurde international zum Vorbild.

Doch nicht nur das Krisenmanagement in Kerala zahlt sich aus: „Bildung spielt definitiv eine Rolle", erklärt Ex-Weltbank-Vizepräsident Vinod Thomas gegenüber „The Hindu". „Und Bildung kann nicht von einem Tag auf den anderen aufgebaut werden." Kerala wird in wechselnden Konstellationen und seit fast 40 Jahren von einem linken Regierungsbündnis geführt. Ein Schwerpunkt von dessen Bildungspolitik lag dabei stets auf der Emanzipation von Frauen: Etwa ein Viertel der weiblichen Bevölkerung Keralas, rund 4,5 Millionen, ist heute in Nachbarschaftsgruppen organisiert. Seit Beginn der Pandemie tauschen sie sich auf WhatsApp über neue Hygienevorschriften aus, räumen mit Fake News über das Virus auf. Diese Vernetzung ist das Ergebnis des staatlich geförderten Projekts „Kudumbashree", das seit 1997 besteht.

All das macht Kerala natürlich nicht immun gegen das Virus. In der zweiten Pandemiewelle war der Staat bei den Neuinfektionen sogar Spitzenreiter. Doch gleichzeitig ist der Fall-Verstorbenen-Anteil hier mit 0,5 Prozent bedeutend niedriger als die bundesweite Fatalitätsrate, die 1,3 Prozent beträgt. Ein weiterer Grund dafür: In Kerala befinden sich einige der besten Krankenhäuser Indiens, das öffentliche Kliniknetz ist gut ausgebaut. Keralas Erfolgsrezept gegen Corona ist also die Frucht staatlicher Investitionen in Bildung und starker öffentlicher Gesundheitsversorgung.

Dagegen kämpft nicht nur die BJP, auch in der Entwicklungszusammenarbeit mit Indien zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab: Maximizing Finance for Development (MFD), ein Ansatz der Weltbank von 2017, sieht großzügige Subventionen für private Geldgeber vor, wenn diese in Entwicklungs- und Schwellenländer investieren. Was für Unternehmen unzählige neue Anlagemöglichkeiten bedeutet, dürfte den Menschen in Indien wenig nützen: Zwar eröffnete MFD den Zugang zu großzügigen Krediten, vorwiegend aber für die Privatisierung im Gesundheits- und Bildungswesen. Auf der Weltbank-Jahresversammlung 2020 war man sich überdies einig, zur wirtschaftlichen Erholung von der Pandemie seien weitere Privatisierungen nötig. Das könnte in Zukunft zusätzlichen Druck für die Regierung in Kerala bedeuten, die sich bis jetzt erfolgreich wehrt.

Erst dieses Jahr wieder versuchte die BJP, den Verkauf der Bezirkskrankenhäuser durchzudrücken. K. K. Shailaja hält dagegen: „Wir versuchen, Geld und Macht gleich zu verteilen." In Kerala offenbart sich, dass dieser Ansatz die wirksamste Waffe gegen das Virus ist – nicht etwa Privatisierungen oder Modis Gleichgültigkeit gegenüber der Gesundheit der Bevölkerung. Damit schafft man höchstens Profite, nicht aber den Weg aus dieser Pandemie, die nun einmal „pandēmios", also buchstäblich „im ganzen Volk" wütet.

„Make them SIGN"

Am 17. Juli 2021 trafen in der haitianischen Hauptstadt Port-au-Prince nach langem Warten die ersten SARS-CoV-2-Impfdosen ein. Haiti steht exemplarisch für das globale Gefälle, das bei der Verteilung von Corona-Vakzinen noch immer existiert.

Unter dem Motto „Make them SIGN – Jetzt Patentfreigabe durchsetzen!" fordert daher ein Bündnis unter der Schirmherrschaft von medico international die Aussetzung des TRIPS-Abkommens – also jener WTO-Vereinbarung, die dafür verantwortlich ist, dass Impfstoff für viele Staaten bis heute unbezahlbar ist. „Während sich wenige reiche Länder mit Exklusivverträgen den Großteil der bislang produzierten Impfstoffe sichern konnten, haben ärmere Länder massive Schwierigkeiten, an Impfstoffe zu kommen", heißt es in einer Presseerklärung der Kampagne. Denn Corona-Impfstoffe ohne Lizenz dezentral herzustellen, gilt dank des TRIPS-Abkommens als „Raubkopie", und das offensichtlich selbst während eines weltweiten Gesundheitsnotstands. Die freiwilligen Impfstoffspenden Chinas und westlicher Industrieländer genügen bei Weitem nicht, um die Impfstoff-Ungleichheit zu beseitigen.

Mittlerweile haben sich mehr als 100 Staaten, darunter jüngst sogar die US-Regierung, für eine temporäre Freigabe der Impfstoff-Patente ausgesprochen. Trotzdem blockiert die Bundesregierung den TRIPS-Waiver noch immer. Merkels Kabinett hat in dieser Frage eine gewichtige Stimme: „Lenkt Deutschland ein, zieht Europa nach." Das alles war für „Make them SIGN" Grund genug, am 13. Juni 2021 in Berlin auf die Straße zu gehen und so den Druck auf die Bundesregierung zu erhöhen. Neben einer Patentfreigabe für lebensnotwendige Güter wie Impfstoffe forderte das Bündnis eine öffentliche Gesundheitsinfrastruktur, eine universelle und gerechte Gesundheitsversorgung und einen stärkeren Transfer von Gesundheitstechnologie in den globalen Süden.

Die Liste der Unterstützer ist lang: Neben medico gehören NGOs wie Attac, Seebrücke Berlin oder der Verein Berlin Postkolonial zu den Unterzeichnern des Aufrufs. Auch das feministische „What the fuck?!"-Bündnis und das „Forum InformatikerInnen für Frieden und gesellschaftliche Verantwortung" machen mit. Sie alle scheinen zu begreifen, dass die Pandemie erst enden wird, wenn sie überall endet. Aus diesem Grund soll der Protest bis zur Bundestagswahl weitergehen. *vm*

Ticktack, ticktack

Arbeitslosigkeit ist für viele Betroffene eine Zeitbombe und in Tansania nicht selten für Suizide verantwortlich. Von Dorothee Braun

Im Juli dieses Jahres richtete die Universität Daressalam (Tansania) zum zwölften Mal das „Julius Nyerere Intellectual Festival“ aus, mit dem Ziel, den Raum für tiefgehende Reflexionen über die Vergangenheit und Zukunft der Entwicklung Afrikas zu öffnen – so auch für die Stimmen der jungen Generation. Tosender Applaus und erzürnte Gegenreden folgten den Ausführungen über das Missverhältnis zwischen der Anzahl an Hochschulabsolventen und grassierender Arbeits- wie Perspektivlosigkeit sowie psychischer Gesundheit. Wo die Jugend die Rolle des Staates und die Form wirtschaftlicher Entwicklung hinterfragte, die eine tiefergehende Integration in kapitalistische Wirtschaftsverflechtungen zur Folge hat, ohne zu einer vernetzten Entwicklung aller wirtschaftlichen Sektoren und damit zur flächendeckenden Bereitstellung von Arbeitsplätzen beizutragen, beklagten die anwesenden heutigen Entscheidungsträger fehlende Exzellenz, den Verweis auf den Sündenbock imperiale Wirtschaftsordnung sowie die Verschiebung der Verantwortung auf den Staat.

In der Tat weist ein Review publizierter Studien aus dem Jahr 2014 Suizidversuche wie Suizide als wesentliches, „unterforschtes“ Problem der öffentlichen Gesundheit in Afrika aus. Auffallend ist, dass Frauen weit häufiger suizidale Ideen und Gedanken entwickeln als Männer, wohingegen die Selbsttötung von Männern die der Frauen um das Dreifache übersteigt. Arbeitslosigkeit, permanente wirtschaftliche Unsicherheit, Verschuldung, Verlust, beschädigte Beziehungen, Drogenmissbrauch oder chronische Erkrankungen werden als Belastungsfaktoren angeführt. 2018 geriet das Thema in die öffentliche Wahrnehmung. Die Tageszeitung „The Citizen“ veröffentlichte Fallzahlen aus polizeilichen Ermittlungen in der ersten Hälfte des Jahres 2018. Waren es 2017 noch 91 Personen, so wiesen die Daten ein Jahr später 114 Zivilpersonen und fünf Polizisten aus. Experten führen Depressionen als Ursache für diesen Anstieg an. Er steht einer verschwindend geringen Anzahl von 10–15 professionell ausgebildeten Psycholog*innen gegenüber, die den gesamten Bedarf Tansanias abdecken müssen. Dabei bleibt die Möglichkeit, sich zu öffnen und aktiv Hilfe zu suchen, vielen, insbesondere Männern, verwehrt.

Agnes Hamkah, Gründerin der NGO „I matter Tanzania“, eines Netzwerks engagierter junger Menschen, die sich um Aufklärung über psychische Gesundheit an Schulen und die Vermittlung kostenloser professioneller Beratung für Menschen in Not bemühen, unterstreicht jedes Wort des Gedichts „Zeitbombe Arbeitslosigkeit“. „Uns wird von klein auf suggeriert, einen erfolgreichen Bildungsweg einzuschlagen“, sagt sie. Denn nur ein Hochschulabschluss verspreche eine gesicherte Arbeit. Heute sind die Hochschulen überfüllt, aber Arbeitsplätze gibt es keine. Handwerk, technische Fertigkeiten geraten ins Hintertreffen. Ein großer Fehler, findet sie. Insbesondere im Hinblick auf die zunehmende Digitalisierung der Arbeitswelt. Student*innen, die sich während ihres Studiums mit Mühe eine Mahlzeit leisten können, haben kein Startkapital, um sich nach dem Abschluss ihres Studiums selbstständig zu machen. Und selbst wenn, sind Registrierungserfordernisse und Steuerlasten ein einziger Alptraum. Ein Nachdenken über zukunftsweisende Qualifikationen, die Rolle von Bildung wie die Form von Investitionen in die Entwicklung von Produktivkräften fehle. Letztere übersetzen sich kaum in die Lebenswirklichkeit der Menschen. Was Investitionen in das Land attraktiv mache, sei billige Lohnarbeit. Auch die Regierung investiere kaum in die Jugend. Mit zunehmendem Zugang zu Kontrolle, Macht und Kapital setze sich auf allen Ebenen der Gedanke durch, das größte Stück des Kuchens zu ergattern. So klafften Ankündigungen über geplante Investitionen und die Umsetzung meist weit auseinander.

Hört, ihr Betrüger. Hört auf, das Gerücht zu streuen, das da heißt: Das Problem sind die Absolventen, aber doch nicht der Arbeitsmarkt.

Ihr sagt den Kindern: Absolviert die Schule im Flug. Bleibt ihr stecken, ein Leben lang werdet ihr ein Kreuz schleppen. Doch seid ihr erst in der Universität, ist die Freude ganz die eure.

Kokosnüsse auf schweren Karren oder billiger Schmuck: Sie zu verkaufen ermöglicht Hochschulabsolventen eine Mahlzeit von Huhn und Chips. Sie leiden unter Depressionen. Doch euren Kopf steckt ihr lieber in den Sand. Anfangs nahm sich erst einer das Leben. Das ist keine Nachricht wert, sagtet ihr. Doch eines Tages, da wird sie explodieren.

Ich sage es den Herrschenden: Eines Tages, da wird sie explodieren.

Kapitalisten und Betrüger: Eines Tages, da wird sie explodieren. Und ich wiederhole: Eines Tages, da wird sie explodieren.

Sabatho Nyamsenda

Übersetzung aus dem Swahili. Sabatho Nyamsenda war einer der Vortragenden des Panels der Jugend. Er ist Hochschullehrer am Institut für Politikwissenschaften der Universität Daressalam.

Wenngleich Menschen in den Städten wie auf dem Land Suizid begehen, sieht die junge Frau sehr wohl Unterschiede bei den Motiven. Menschen außerhalb der Stadt sind sozialen Medien weit weniger ausgesetzt. Das meistfrequentierte Kommunikationsmittel sei das Radio, und auch die Konfrontation mit „dem guten Leben“, mit Ungleichheit sei weit weniger ausgeprägt. Geschichten von enttäuschter Liebe und unbändige Wut seien hier vorherrschend. In Daressalam hingegen sei es das Thema Arbeit, Ausbeutung und Konkurrenz untereinander. Jeder versuche, dem anderen zuvorzukommen. Man sehe sich permanent dem Urteil anderer ausgesetzt und habe mit dem Erwartungsdruck der Familie zu kämpfen, die nun auf materielle Gegenseitigkeit poche.

Nicht verwunderlich ist, dass sich Spargenossenschaften, auch unter den Männern, großen Zulaufs erfreuen. Doch Spargruppen sind weit davon entfernt, solidarisch zu sein. Die Sorge umeinander, Empathie, die Fähigkeit, sich in den anderen hineinzuversetzen, findet Hamkah vielmehr in anderen gesellschaftlichen Gruppen, etwa bei Motorradfahrern oder Straßenköchinnen. Das Leben organisiere sich hier im Rahmen einer Ökonomie des Teilens. Es gelte, die Bedürfnisse der anderen mitzudenken. Da habe das Verurteilen anderer weit weniger Platz.

Was es braucht, so Agnes Hamkah, ist Aufklärung über psychische Gesundheit. Der Zuspruch, den sie für ihre Arbeit in Schulen erhält, ist enorm: ob bei Schüler*innen, Lehrer*innen, Eltern oder Beamt*innen. Es brauche ebenso den Umbau der Verwaltung hin zu einer Verwaltung, die die Ökonomie des Teilens zum Ausgangspunkt nimmt. „Wir brauchen Entscheidungsträger mit Empathie, Wissen und Leidenschaft, die sich verbunden fühlen mit der Lebensrealität vor Ort und einen positiven Beitrag zur Entwicklung aller leisten wollen.“

Die NGO „I matter Tanzania“ (We care, We listen), mit der die Rosa-Luxemburg-Stiftung kooperiert, wurde von Studienabgänger*innen gegründet und hat ein breites Netzwerk für Menschen mit psychischen Schwierigkeiten aufgebaut. Bislang wurde eine Befragung in Kisarawe Town, südwestlich von Daressalam gelegen, durchgeführt, um Zusammenhänge zwischen psychischer Gesundheit und Gesellschaft (ökonomische Einbindung, sozialer Zusammenhalt, Kommunikation mit politischen Entscheidungsträgern) in Erfahrung zu bringen.

Dorothee Braun leitet das Büro der Rosa-Luxemburg-Stiftung in Daressalam.

Informationen zu Ebola vor einem Behandlungszentrumo, August 2019
Foto: Baz Ratner/REUTERS

Privatisierung war eine schlechte Lösung

Publikation über die historische Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Gesundheitsversorgung in sieben arabischen Ländern Von Ute Beuck

Gesundheitsdienstleistungen haben eine besondere gesellschaftliche Bedeutung, da sie einen direkten Einfluss auf die Gesundheit, die Sicherung des Lebensunterhalts und das Wohlbefinden der Menschen haben. Es ist daher nicht überraschend, dass Gesundheit als eines der Grundrechte eines jeden Menschen angesehen wird, da sie gleichbedeutend mit dem Recht auf Leben ist. In diesem Sinne hat die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) auf ihrer Konferenz 1944 in Philadelphia eine Liste sozialer und wirtschaftlicher Rechte verkündet. Diese wurde durch die Verabschiedung der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte 1948 durch die Generalversammlung der Vereinten Nationen noch erweitert, die eine Definition von Gesundheit festlegte, wie sie in der WHO-Verfassung aus dem Jahr 1946 erwähnt wird.

Die vorliegende Publikation beinhaltet Forschungspapiere, die einen Blick auf die historische Entwicklung und den gegenwärtigen Stand der Gesundheitsversorgung in sieben arabischen Ländern (Marokko, Tunesien, Libanon, Irak, Palästina, Jemen, Jordanien) und die bestehenden Lücken bei der Operationalisierung des Rechts auf Gesundheit werfen. Dabei wird ein Schwerpunkt auf die Auswirkungen von durchgeführten Privatisierungsmaßnahmen in den Ländern gelegt. Mit der Auswahl der Länder wird nicht behauptet, dass die Bedingungen in den Ländern gleichzusetzen sind. Gerade in der heutigen Zeit zeigen sich große unterschiedliche Entwicklungen. So steht der Libanon zurzeit vor seiner größten internen Krise seit Jahrzehnten, die Lage im Irak beruhigt sich auch Jahre nach dem offiziellen Ende des Krieges nicht, während der Jemen von einem Krieg verwüstet wird und Palästina seit Jahrzehnten unter militärischer Besatzung steht. Gleichzeitig gelten Marokko, Tunesien und Jordanien als relative Stabilitätsanker in der Region.

Trotzdem werden die Länder von einigen gemeinsamen politischen, kulturellen und sozialen Faktoren geprägt, die Geschichte, Strukturen und Funktionen der Gesundheitssysteme bis heute stark beeinflussen. So hatten die überwiegend in den 1950er/1960er Jahren ihre Unabhängigkeit erlangenden Nationalstaaten eine soziale Orientierung, die sich auf das Konzept des „Wohlfahrtsstaates“ konzentrierte. Im Großen und Ganzen bot dieses Konzept kostenlose Bildungs- und Gesundheitsdienste für alle Bürger*innen, auch wenn die sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Rechte in den meisten Verfassungen nicht explizit genannt wurden.

Die Struktur der Gesundheitssysteme wurde in Bezug auf die Finanzierung und die Art der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten durch das koloniale Erbe beeinflusst. Die ehemaligen britischen Kolonien übernahmen beispielsweise Systeme, die dem britischen National Health Service ähnelten, sprich: eine Generierung von Ressourcen aus Staatseinnahmen und die Bereitstellung von Dienstleistungen in öffentlichen Einrichtungen beinhalteten. Die ehemaligen französischen und italienischen Kolonien nutzten jedoch parallel mehrere Systeme, in denen die Finanzierung durch den Staatshaushalt und ein partizipatives Versicherungssystem erfolgte und Dienstleistungen durch den öffentlichen und den privaten Sektor erbracht wurden.

Mit der in den folgenden Jahren aus verschiedenen Gründen zunehmenden Verschärfung der ökonomischen Situation wurde die Privatisierung öffentlicher Güter als Lösung angesehen. Die Privatisierungswelle, die seit den 1990er Jahren weltweit zu beobachten ist, wird nicht nur den Regierungen und dem privaten Sektor zugeschrieben, sondern auch internationalen Organisationen, insbesondere dem Internationalen Währungsfonds (IWF), der Weltbank und den Vereinten Nationen.

Zumindest für die hier vorgestellten Länder kann man sagen, dass dieses vorgebliche Heilmittel nicht gegriffen hat. Ein Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) aus dem Jahr 2019 zeigt, dass die Gesundheitsversorgung in den arabischen Ländern zu den schlechtesten der Welt zählt. Dazu gehören mangelhafte medizinische Fähigkeiten und Ineffizienz, fehlende moderne Methoden und Geräte für Dia-

gnose und Behandlung. Eine der größten Herausforderungen ist die schlechte Infrastruktur, sowohl was den großen Mangel an Krankenhäusern und Notfallzentren angeht als auch deren ungleiche geografische Verteilung. Die meisten Einrichtungen befinden sich in den großen Gouvernements und Städten. Alles in allem sind die Gesundheitssysteme unzureichend dafür ausgestattet, Krisen wie der Covid-19-Pandemie zu begegnen. Diese Situation wird durch die zunehmende Abwanderung von Gesundheitspersonal nach Europa und anderswohin aufgrund der blutigen Kriege, Konflikte und sozioökonomischen Faktoren noch verschärft.

Auch die Ergebnisse der vorliegenden Erhebungen zeigen, dass die Privatisierung Ungleichbehandlung und Ungerechtigkeit im Gesundheitssektor weiter verstärkt, indem sie die Kluft zwischen öffentlichem und privatem Gesundheitssektor vergrößert. Man sollte daher auch die vermeintlichen Erfolgsgeschichten mit Vorsicht betrachten. So hat beispielsweise das Königreich Jordanien in den letzten Jahren durchaus beeindruckende Erfolge im Gesundheitssektor erzielt und sich als wichtiges Zentrum des Medizintourismus auf regionaler Ebene profiliert. Es ist auf dem besten Weg, sich im Bereich des Medizintourismus weltweit einen Namen zu machen. Gleichzeitig sind aber mehr als 25 Prozent der Jordanier*innen in keiner Form krankenversichert. Es kann kein Zweifel daran bestehen, dass der Ansatz für einen fairen und gerechten Zugang zu Gesundheit das Vorhandensein eines Krankenversicherungssystems erfordert, das eine umfassende und verpflichtende Krankenversicherung für jede*n Einzelne*n im Rahmen seiner/ihrer finanziellen Möglichkeiten garantiert. Wie diese Studie zeigt, ist es offensichtlich, dass es allen Ländern an Krankenversicherungssystemen fehlt, die einen fairen und gerechten Zugang zu Gesundheit für jeden sicherstellen würden, insbesondere auch für ältere Menschen, Patient*innen mit chronischen Krankheiten, Schwangere und Menschen mit Behinderungen.

Diese Publikation soll progressive Akteure darin unterstützen, politische Alternativen zu finden, um die Entwicklung von auf Rechten basierenden freien Gesellschaften voranzutreiben. Gesellschaften, in denen die Bürger*innen soziale Gerechtigkeit leben können.

Ute Beuck leitet das Büro Palästina in Rammallah.

Zusammenstellung von sieben Forschungspapieren. Herausgeber: Health Work Committees (HWC) Palestine. Verfügbare Sprachen: Englisch, Arabisch. www.rosalux.ps/wp-content/uploads/2021/02/ROSA-HWC-RESEARCH-JAN-22.pdf

Kreisklinik Groß-Gerau in der zweiten Welle der Corona-Pandemie
Foto: Arne Dedert/picture alliance/dpa

Gesundheit in Post-Konflikt-Situationen

Die innovativsten Gesundheitsreformen verändern die Machtverhältnisse zwischen Bürger*innen und Institutionen.

Von Chiara Giorgi

Das Verständnis von Gesundheit als universellem sozialen Recht und der Aufbau öffentlicher Gesundheitswesen waren wichtige Entwicklungen des vorigen Jahrhunderts. In Großbritannien spielte das nationale Gesundheitssystem NHS nach dem Zweiten Weltkrieg eine zentrale Rolle bei der Gestaltung des Sozialstaats. Die italienische Verfassung von 1948 formulierte ein erweitertes Verständnis von Gesundheit als individuellem wie gesellschaftlichem Recht. Erst nach zahlreichen Konflikten und Mobilisierungen im Zusammenhang mit Gesundheitsthemen wurde dieser Anspruch durch die Gesundheitsreform von 1978 in konkrete Politik umgesetzt. Ähnliche Erfahrungen machten Brasilien nach dem Ende der Diktatur und einige lateinamerikanische Länder, wo die Kämpfe um Demokratie mit Forderungen nach sozialen und gesundheitlichen Rechten verbunden waren. Die fortschrittliche Definition von Gesundheit in der brasilianischen Verfassung

von 1988 führte zum Aufbau eines öffentlichen Gesundheitswesens, in dem eine allgemeine Krankenversicherung, Prävention, Epidemiologie, soziale und Umweltaspekte von Erkrankungen sowie Bürger*innen-Beteiligung große Bedeutung haben.

Das interessanteste aktuelle Beispiel einer gesundheitspolitischen Agenda, die aus einer Post-Konflikt-Situation hervorgegangen ist, bietet Rojava. In der nach dem Bürgerkrieg im Nordosten Syriens unter Kontrolle der Kurden und ihrer Verbündeten entstandenen autonomen Verwaltungszone gibt es ein Verständnis von Gesundheit und Fürsorge, das auf Selbstbestimmung und gegenseitiger Solidarität beruht – Werten, die für die politische Organisation der gesamten Gesellschaft wichtig sind. Beim demokratischen Wiederaufbau werden Initiativen zur sozialen und gesundheitlichen Unterstützung zu entscheidenden Faktoren für die Qualität des gesellschaftlichen Zusammenlebens. Dazu sind neue, von der Bevölkerung vor Ort selbst entwickelte politische und soziale Praxen nötig.

Derartige Erfahrungen beziehen sich auf internationale Prinzipien, die von vielen geteilt werden, angefangen bei der Definition von Gesundheit, die sich im Gründungsdokument der WHO von 1946 findet: ein „Zustand vollständigen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens“ – und zwar jedes Einzelnen ebenso wie der Gesellschaft insgesamt. Daraus leitet sich ein Verständnis von Gesundheit als universellem Recht ab. Themen, die mit Gesundheit und der Qualität von Lebensumständen zu tun haben, berühren den Alltag aller. Sie sind eine Herausforderung für die bestehenden gesellschaftlichen Produktions- und Reproduktionsverhältnisse und entscheidende Gradmesser für demokratische Entwicklung, soziale Auseinandersetzungen und fortschrittliche Politik.

Die innovativsten Gesundheitsreformen, einschließlich der hier erwähnten, zeichnen sich dadurch aus, dass sie die Machtverhältnisse zwischen Bürger*innen und Institutionen verändern: Statt der individuellen Beziehung zwischen Patient*in und Gesundheitsversorger wird die kollektive Gesundheit in den Blick genommen, sowie deren Verankerung im Gemeinwesen und in der Arbeitswelt. Mit dieser Zielrichtung lassen sich neue Gruppen mobilisieren, die bestehende Arbeitsbedingungen in Frage stellen, aber auch bestimmte Formen der Reproduktion in Familien und Lebensbedingungen in Städten. All das ist Teil eines umfassenden gesellschaftlichen Demokratisierungsprozesses.

Die Relevanz von Gesundheitsthemen in Post-Konflikt-Situationen und ihre Bedeutung für Projekte der politischen Veränderung hängen von zahlreichen Faktoren ab:

Bewaffnete Konflikte stellen eine direkte Bedrohung des menschlichen Lebens dar. Der Wert des Lebens wird besonders am Ende von Kriegen deutlich. Daran können politische Projekte, soziale Aktivitäten und spezifische Maßnahmen anknüpfen, um konkrete Veränderungen zu erreichen.

Die Verknüpfung von individueller und gesellschaftlicher Dimension eröffnet den Raum dafür, deutlich zu machen, dass Menschen als soziale Wesen im Bereich Gesundheit auf kollektive Handlungen und gesellschaftspolitische Strukturen angewiesen sind.

Gesundheitsreformen waren schon immer Teil größerer politischer Veränderungen in jenen Bereichen, wo öffentliche Dienstleistungen jenseits des Marktes eine große Rolle spielen (Sozialversicherung, Bildung, Wohnen). Sie haben den europäischen Nachkriegs-Kapitalismus geprägt und bleiben Schauplätze für Auseinandersetzungen um unterschiedliche Gesellschaftsmodelle.

Arbeitsbedingungen beeinflussen die individuelle Gesundheit in hohem Maße, und Umweltfaktoren tragen entscheidend zur sozialen Gesundheit bei. Deshalb kann Gesundheitspolitik nicht isoliert davon entwickelt werden. Sowohl Arbeiter*innen- als auch Umweltbewegungen haben das in einigen Fällen sehr deutlich gemacht, indem sie alternative Konzepte und Praktiken zur Prävention und Gesundheitspolitik entwickelt haben und dafür mobilisierten.

Allgemeine öffentliche Gesundheitssysteme sind ein entscheidender Faktor zur Reduzierung von Ungleichheiten und zur Einführung praktischer demokratischer Beteiligung.

Die erwähnten erfolgreichen Gesundheitsreformen wurden ermöglicht durch ein umfassendes soziales Bewusstsein, aktive Mobilisierung durch Gewerkschaften, soziale Bewegungen und Experten, vorausschauende Projekte linker Parteien, die breite politische Bündnisse geschmiedet haben, sowie durch öffentliche Einrichtungen, die gesellschaftspolitische Maßnahmen gut umsetzen konnten.

Die Analysen bestätigen, dass Gesundheitssysteme für politische Erneuerungsprozesse heute genauso relevant sind wie in der Mitte des vorigen Jahrhunderts.

Ein „gesellschaftlicher Pakt“ zum Thema Gesundheit ist eine wichtige Komponente bei der Ausweitung demokratischer Rechte und der Beendigung bewaffneter Konflikte. Dann, wenn Gesellschaften sich wieder auf gemeinsame Werte und Ziele verständigen müssen. Als soziales Recht und Bedingung für individuelles wie gesellschaftliches Wohlergehen schafft Gesundheit Raum für politische Visionen und Handlungen, die gesellschaftliche Veränderung mit gesundheitsfördernden Lebensbedingungen verbinden.

Für progressive politische Kräfte und Regierungen haben Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zum Gesundheitsschutz hohe Priorität und werden aufmerksam wahrgenommen. Sie zeigen, dass reale Veränderungen möglich sind, dass sich Lebensbedingungen verbessern lassen und auf dieser Grundlage breiter gesellschaftlicher Konsens und politische Bündnisse entstehen können.

Es geht ...

... ums Ganze! Die Broschüre „The struggle for health. An emancipatory approach in the era of neoliberal globalization“ (dt.: Der Kampf um Gesundheit. Ein emanzipatorischer Ansatz in der Ära der neoliberalen Globalisierung) des Brüsseler Büros der RLS, die bereits 2018 erschienen ist, zeigt eindrücklich auf, wie die neoliberale Politik die globale Gesundheitsversorgung beeinflusst und welche emanzipatorischen Praxen den sozialen Wandel befördern können. Die kollektive Arbeit befasst sich mit der Global Governance im Gesundheitsbereich, der sozialen Bestimmung von Gesundheit, der Privatisierung von Gesundheitssystemen und der Reflexion der Organisation von Kämpfen für Gesundheit.

Die endlose Kapitalakkumulation ist das Ziel im global vorherrschenden Wirtschaftssystem, dem Neoliberalismus. Profite für wenige und die Rechte der vielen auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung stehen im krassen Widerspruch zueinander. Ausbeutung von natürlichen Ressourcen und Menschen, die Zerstörung der Umwelt, Privatisierung und Kommerzialisierung vieler Lebensbereiche sind die Folge. Transnationale Unternehmen weiten ihre Macht aus, Austeritätspolitiken sind Realität in vielen Ländern. Diesen Ist-Zustand zeigt die Publikation auf.

Der kapitalistische Staat hat, um das Ziel der Kapitalakkumulation zu erreichen, ein Interesse an gesunden Arbeitskräften, die Entwicklung von Gesundheitssystemen ist deshalb auch in seinem Sinne. Die Konstruktion dieser Systeme erfolgt durch die sozialen Kräfte und herrschende Machtverhältnisse. Internationale, interdisziplinäre und sektorübergreifende Allianzen für alle Dimensionen der Gesundheit werden bereits auf verschiedenen Kontinenten und global aufgebaut, um für eine soziale Transformation zu kämpfen. Damit geht ein kollektives und individuelles Recht auf Leben und Gesundheit einher. Wie diese Kämpfe aussehen (können), stellen die Autor*innen der Broschüre eindrücklich dar. *as*

Die Broschüre kann hier heruntergeladen werden:
rosalux.eu/en/article/1228.the-struggle-for-health.html

In Post-Konflikt-Gesellschaften gibt es dringende Gesundheitsbedürfnisse, um die sich Regierung und Zivilgesellschaft unmittelbar kümmern müssen. Aus den entsprechenden Aktivitäten ergeben sich Möglichkeiten, diese Bedürfnisse im Zusammenhang mit Gesundheitsreformen und einer allgemeinen Ausweitung der sozialen Absicherung zu politisieren.

Überall auf der Welt muss Gesundheitspolitik erneuert werden, seit die neoliberale Politik der Kürzungen und Privatisierungen große gesundheitliche und soziale Ungerechtigkeiten verursacht. Um alte wie neue Bedürfnisse zu erkennen, zu befriedigen und die entsprechenden öffentlichen Gesundheitssysteme aufzubauen, müssen gesellschaftspolitische Konzepte, Sozialsysteme, Teilhabepraktiken und Solidargemeinschaften im Hinblick auf einen globalen Gesundheitsansatz überprüft werden. Kollektive Fantasie ist gefordert, für politische Projekte, die Gesundheit ins Zentrum einer besseren Gesellschaft stellen, gegründet auf Frieden, soziale Gerechtigkeit, Gleichheit und Freiheit.

Chiara Giorgi lehrt zeitgenössische Geschichte an der Sapienza-Universität in Rom. Sie ist Autorin mehrerer Bücher über die Geschichte des italienischen Wohlfahrtsstaates sowie über Kolonialismus, Faschismus und Marxismus.
https://phd.uniroma1.it/web/GIORGI-MARIA-CHIARA_nC2520_EN.aspx

Allein mit blauen Flecken

Ergebnisse und Forderungen einer Studie zu häuslicher Gewalt gegen Frauen in Hanoi (Vietnam)

Die Covid-19-Pandemie hat häusliche Gewalt in all ihren Ausprägungen verstärkt: Autoritäres Kontrollverhalten, finanzielle Ausbeutung, aber auch psychische, physische und sexuelle Formen häuslicher Gewalt haben während der Pandemie und im Vergleich zur Zeit davor um mindestens 70 Prozent zugenommen. Diese Zunahme ist vor allem eine indirekte Folge der wirtschaftlichen Situation der Haushalte sowie von Maßnahmen zur Pandemie-Eindämmung, also Ausgangs- und Kontaktbeschränkungen. Frauen in informeller Beschäftigung, wie sie im Textilbereich oder in der Fertigung üblich ist, die zudem unter schlechten sozioökonomischen Bedingungen leben, waren häuslicher Gewalt am stärksten ausgesetzt. Finanzielle Probleme, verursacht durch Jobverlust und entsprechend reduziertes oder ganz ausgefallenes Einkommen, bildeten oft den Hintergrund der häuslichen Konflikte und Gewaltakte während der Pandemie. Kontaktbeschränkungen oder Quarantänemaßnahmen, die Frauen und ihre Partner oder Ehemänner auf beengtem Raum zusammenzwangen, trugen zusätzlich dazu bei.

Trotz der damit verbundenen schrecklichen Folgen für die mentale, physische und sexuelle Gesundheit suchte weniger als die Hälfte der betroffenen Frauen Hilfe, um der Situation zu entkommen. Derartige Probleme werden als private und sensible Angelegenheiten betrachtet, bei denen niemand helfen kann. Denjenigen dagegen, die Hilfe suchten, wurde dies durch die Pandemie-Beschränkungen extrem erschwert, denn die wenigsten wussten von Hotlines oder anderen Hilfsangeboten, die mit Social Distancing kompatibel sind.

Um diese Zunahme häuslicher Gewalt gegen Frauen zu bekämpfen, bräuchte es von Seiten der Regierung ein gehöriges Maß an Anstrengungen und eine aktive Zusammenarbeit zwischen staatlichen Einrichtungen, sozialen Organisationen sowie den Betroffenen. Wäre dies gegeben, ebenso wie die Bereitschaft, von erfolgreichen Initiativen in anderen Ländern zu lernen, dann ließen sich die folgenden Empfehlungen umsetzen:

In allen Programmen zur Prävention, zum Umgang und zur Eindämmung von Covid-19 sollte das Problem häuslicher Gewalt von Beginn an integraler Bestandteil mit hoher Priorität sein. Das bedeutet auch ausreichende Gelder für sichere, angemessene und effektive genderbasierte Interventionen.

Alle Programme und Maßnahmen müssen so gestaltet und umgesetzt werden, dass auf die Anregungen und Einwände von Frauen ge-

Stiftungsprojekte weltweit

Zugang zu medizinischer Behandlung, Arbeitsbedingungen im Gesundheitssystem und Auseinandersetzungen um Privatisierungen beziehungsweise Rekommunalisierungen sind Themen, mit denen sich zahlreiche RLS-Büros und ihre Partnerorganisationen in unterschiedlichen Formen beschäftigen. Aktuell ging es aus gegebenem Anlass häufig um den Umgang mit der Covid-19-Pandemie und Informationen über Alternativen zu den meist sehr unzulänglichen staatlichen Maßnahmen. So veröffentlichte das **Büro in Ecuador auf seinem Blog eine vierteilige Artikelserie zur Gesundheitsversorgung** während der Pandemie in den Andenstaaten Bolivien, Ecuador, Kolumbien und Venezuela sowie eine Analyse der mangelhaften Impfstoffversorgung Lateinamerikas. Ein Thema, das die libanesische RLS-Partnerorganisation „Lebanon Support“ zum Anlass nahm für ein international besetztes Webinar mit dem Titel „Globale Gesundheit dekolonialisieren: Umgang mit Impfstoff-Ungerechtigkeit im Mittleren Osten und in Nordafrika“.

Organizing von Beschäftigten im Gesundheits- und Pflegesektor, sowohl innerhalb bestehender Strukturen als auch durch die Neugründung von Gewerkschaften, ist ein weiteres wichtiges Thema, nicht erst seit Corona: **Unter Federführung des RLS-Büros London wird ein sechsteiliges Trainingsprogramm angeboten**, das in den vergangenen zwei Jahren über 12.000 Gesundheitsarbeiter*innen aus 70 Ländern absolviert haben. In Tschechien und Ungarn begleitete die RLS 2020 die Gründung von Gewerkschaften im Pflegebereich und unterstützt deren Arbeit auch in diesem Jahr mit Schulungen und Seminaren. Besonderes Interesse gilt dabei der Situation von Frauen innerhalb gewerkschaftlicher Strukturen sowie der Stärkung gewerkschaftlicher Stimmen in öffentlichen Diskussionen um Gesundheit und Pflege. In ein Handbuch zur gewerkschaftlichen Organisierung wurde ein Projektbericht aus Tschechien aufgenommen, der eine Gewerkschaft der Pflegenden als Beispiel für frauengerechte Gewerkschaftsarbeit präsentiert.

Das **Belgrader RLS-Büro beschäftigt sich seit 2018 intensiv mit dem Thema „Mentale Gesundheit“**, denn laut einer Studie hatten 15 Prozent der Weltbevölkerung 2016 in diesem Bereich Probleme. In mehreren Veröffentlichungen, Diskussionsveranstaltungen und Seminaren wurde seitdem vor allem die konkrete Situation in den Balkanstaaten beleuchtet. Aus feministischer Perspektive entwickelten die beteiligten Personen und Organisationen mögliche linke Strategien des politischen Umgangs mit diesem vernachlässigten Thema. Die Ergebnisse sollen demnächst in eine wissenschaftliche Veröffentlichung über soziale und Klassenaspekte mentaler Gesundheitsversorgung einfließen.

Mit dem bestehenden **brasilianischen Gesundheitswesen** allgemein und möglichen von Graswurzel-Organisationen getragenen Alternativen befasst sich eine Buchveröffentlichung der **RLS-Partnerorganisation „Associação de Saúde Coletiva“** (Verband für kollektive Gesundheit). Alternativen zum bestehenden Gesundheitswesen spielten auch bei der vom RLS-Büro Südostasien mitorganisierten „2. Konferenz für Alternativen“ im Januar 2021 eine zentrale Rolle. *sim*

https://www.rosalux.de/stiftung/zid

Obligatorische Coronavirus-Tests für alle Einwohner*innen von Macau (China) nach dem Auftreten der Delta-Variante
Foto: Stringer/picture alliance/dpa/HPIC

hört wird. Frauenorganisationen müssen von Anfang an in die Entscheidungsprozesse über effektive und kontextorientierte Ansätze zum Umgang mit der Pandemie einbezogen werden.

Das Bewusstsein für häusliche Gewalt während der Pandemie muss gestärkt und Informationen über Unterstützungsangebote für betroffene Frauen müssen besser zugänglich gemacht werden. Dazu gehört im Einzelnen:

- Informationen über den Anstieg häuslicher Gewalt gegen Frauen sowie über Präventions- und Reaktionsmöglichkeiten durch Massenmedien, soziale Medien und Netzwerke zu verbreiten,
- mit Mobiltelefonanbietern zu kooperieren, um entsprechende genderspezifische Nachrichten und weiterführende Hinweise zu geben,
- lokalen Frauengruppen, kommunalen Gesundheitszentren und Selbsthilfegruppen Materialien zur Information und Anleitung zur Verfügung zu stellen,
- die Privatwirtschaft einzubeziehen, indem auch dort Materialien verteilt werden zur Prävention und Reaktion bei häuslicher und ehelicher Gewalt gegen weibliche Angestellte, die zu Hause arbeiten.

Entwicklung und Verstärkung von Unterstützungsangeboten für Frauen, die während der Covid-19-Pandemie häuslicher Gewalt ausgesetzt sind, bedeuten:

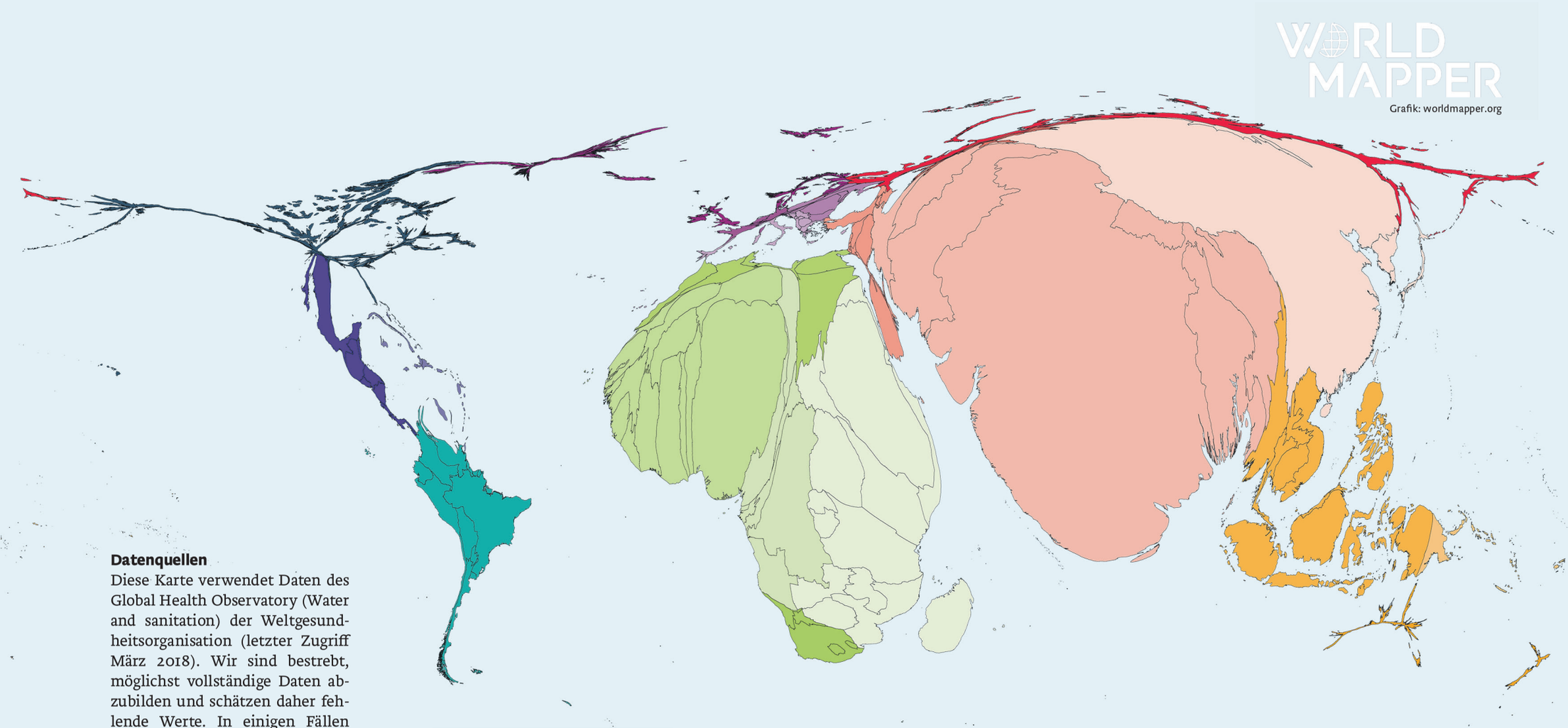
- Training zur psychosozialen Unterstützung betroffener Frauen für Sozialarbeiter*innen, Beschäftigte im Gesundheitsbereich sowie bei lokalen Polizei- und Justizeinrichtungen,
- Hilfstelefone sowie digitale Beratungsangebote – per SMS, App, Internetportal etc. – einzurichten und bekannt zu machen und das dafür nötige Fachpersonal regelmäßig zu schulen,
- Notunterkünfte zu sicheren Orten für Frauen und Kinder zu machen, dafür auch vorhandene Einrichtungen umzuorganisieren und zusätzliche Plätze zu schaffen, in während der Pandemie leerstehenden Hotels und Bildungseinrichtungen, um dem steigenden Bedarf gerecht zu werden,
- lokale Behörden und Autoritäten dafür zu mobilisieren, sich dem Problem zu stellen und ein stärkeres Bewusstsein für die unterschiedlichen Formen häuslicher Gewalt zu entwickeln, damit sie entsprechend präventiv tätig werden und angemessen darauf reagieren,
- über Frauenorganisationen, Gewerkschaften und Selbsthilfegruppen Training in Selbstverteidigungstechniken anzubieten, die Frauen ermächtigen, selbst angemessen auf häusliche Gewalt zu reagieren.
- Alle staatlichen Organisationen und Institutionen sowie Behörden und soziale Einrichtungen, einschließlich der von ihnen beauftragten Dienstleister, müssen dafür sorgen, dass alle Unterstützungsmaßnahmen so sicher wie möglich angeboten werden. „Pandemie-angepasste“ persönliche Kontaktaufnahme und Fernkommunikation sollten so kombiniert werden, wie es in der jeweiligen Situation erforderlich und angemessen und mit den jeweils gültigen Richtlinien der Organisation vereinbar ist.

Zu diesen Empfehlungen und Schlussfolgerungen kommt eine von der RLS Südostasien geförderte Studie über die Zunahme von Gewalt gegen Frauen in Zeiten der Pandemie und mögliche Gegenstrategien.

Dieser Text basiert auf der Zusammenfassung und den Empfehlungen der von der RLS Südostasien geförderten Studie „During the epidemic … I was beaten with bruises all the time. Findings from a research study on the impact of COVID-19 on domestic violence against women in Ha Noi, Viet Nam“.

https://rosaluxhanoi.org/en/publications/publication_details/475.html

Übersetzung: Sigrun Matthiesen



Datenquellen

Diese Karte verwendet Daten des Global Health Observatory (Water and sanitation) der Weltgesundheitsorganisation (letzter Zugriff März 2018). Wir sind bestrebt, möglichst vollständige Daten abzubilden und schätzen daher fehlende Werte. In einigen Fällen werden fehlende Daten für sehr kleine Gebiete nicht in das Kartogramm aufgenommen, weshalb dieses Gebiet in der Karte ausgelassen wird. Weitere Hinweise zu den Daten sowie alle Änderungen an der ursprünglichen Datenquelle sind in einer Tabelle zu dieser Grafik vermerkt. (https://worldmapper.org/maps/housing-nobasicsanitation-2015/)

Schmutzige Bilanz

Zugang zu sauberem Wasser und zu sanitären Einrichtungen ist eines der UN-Ziele für nachhaltige Entwicklung. Weltweit leben jedoch 2,4 Milliarden Menschen ohne grundlegende sanitäre Einrichtungen wie Toiletten oder zumindest Latrinen. Die höchste Anzahl hat Indien zu verzeichnen. In Äthopien verfügen nur 7 Prozent aller dort lebenden Menschen über die Möglichkeit, ein Mindestmaß an hygienischen Standards vorzufinden. Seit 1990 hat sich zwar für 2,1 Milliarden Menschen die Situation in diesem lebenswichtigen Bereich verbessert, jedoch ist durch den Klimawandel das immer knapper werdende saubere Trinkwasser ein existenzielles Problem, das inzwischen Länder auf allen Kontinenten betrifft. Mehr als 40 Prozent der Weltbevölkerung sind bereits davon betroffen. Die Karte zeigt die Realität im Bereich weltweiter Zugang zu sanitären Anlagen und somit die traurige Dimension eines für viele lebensbedrohlichen Zustands. Die Gebietsgröße zeigt den Anteil der Menschen, die im Jahr 2015 keinen Zugang zu zumindest grundlegenden sanitären Einrichtungen hatten, einschließlich Grubenlatrinen und Toiletten mit Senkgruben sowie solche, die an das Abwassernetz angeschlossen sind.