

# Policy

---

## Gesunde Lebensbedingungen fördern und das Recht auf Gesundheit umsetzen

August 2019

## Impressum

Herausgeber  
Brot für die Welt  
Evangelisches Werk für Diakonie und Entwicklung e. V.  
Caroline-Michaelis-Straße 1  
10115 Berlin  
Telefon: +49 30 65211 0  
info@brot-fuer-die-welt.de  
www.brot-fuer-die-welt.de

Autor/innen: Fachgruppe Gesundheit/ Brot für die Welt  
Redaktion: Astrid Berner-Rodoreda, Mareike Haase, Ute Papkalla (Difäm), Dr. Gisela Schneider (Difäm), Dr. Sonja Weinreich  
V.i.S.d.P. Dr. Klaus Seitz

Berlin, August 2019

# Inhalt

|     |   |    |
|-----|---|----|
| 1.  | Hintergrund und Zielsetzung des Policypapers .....                        | 4  |
| 2.  | Problembeschreibung und Herausforderungen im Bereich Gesundheit .....     | 5  |
| 2.1 | Kontext von Gesundheit .....  | 5  |
| 2.2 | Gesundheitssektor .....   | 6  |
| 3.  | Leitwerte und Prinzipien der Gesundheitsarbeit .....                      | 7  |
| 3.1 | Reflexion der bisherigen Gesundheitsarbeit .....                          | 7  |
| 3.2 | Ganzheitliches Verständnis von Gesundheit .....                           | 8  |
| 3.3 | Menschenrecht auf Gesundheit .....  | 8  |
| 3.4 | Subsidiaritätsprinzip .....   | 9  |
| 3.5 | Kirchliche Gesundheitsarbeit .....  | 9  |
| 3.6 | Nachhaltigkeitsagenda .....   | 10 |
| 3.7 | Primary Health Care .....   | 10 |
| 4.  | Schwerpunkte und strategische Ansätze .....                               | 11 |
| 4.1 | Bedingungen von Gesundheit verbessern .....                               | 11 |
| 4.2 | Inklusion und Teilhabe fördern .....                                      | 12 |
| 4.3 | Geschlechtergerechtigkeit erreichen .....                                 | 12 |
| 4.4 | Gesundheitssysteme stärken .....  | 13 |
| 4.5 | Versorgung im Krankheitsfall sichern .....                                | 15 |
| 4.6 | Traditionelle, komplementäre und integrative Medizin einbeziehen .....    | 16 |
| 4.7 | Gesundheitskatastrophen vorbeugen .....                                   | 16 |
| 4.8 | Gesundheitssteuerung gestalten .....                                      | 16 |
| 4.9 | Aufgaben für die betroffenen Arbeitsfelder und strategische Ansätze ..... | 18 |
| 5.  | Quellenverzeichnis und weiterführende Literatur .....                     | 19 |
|     | Abkürzungsverzeichnis .....   | 22 |

# 1. Hintergrund und Zielsetzung des Policypapers

Gesundheit ist ein Wert an sich und gehört zu einem Leben in Würde. Gesundheit ist die Voraussetzung für menschliche und nachhaltige Entwicklung. Wenn Menschen und Gesellschaften durch Krankheit und vorzeitigen Tod belastet sind, können sie ihr volles Potential nicht erreichen, Armut entsteht oder vertieft sich und Entwicklung wird verhindert. Werden Menschen vor Krankheiten geschützt oder adäquat behandelt, können sie ein Leben in Gesundheit und Wohlergehen führen und zu gesellschaftlichem Wohlstand beitragen. Gesundheit ist somit die Voraussetzung für und ein Indikator von nachhaltiger Armutsbekämpfung.

Angesichts seiner Bedeutung stellt das Themenfeld Gesundheit einen wichtigen Bereich im Förderspektrum und in der anwaltschaftlichen Arbeit von Brot für die Welt dar. Gesundheit ist unter „Soziale Grunddienste, Bildung und Gesundheit“ als einer der sechs Förderbereiche der Projekt- und Programmförderung benannt. Brot für die Welt nimmt mit seinen Positionen Einfluss auf nationale und internationale Diskurse zur armutsorientierten globalen Sozial- und Gesundheitspolitik (vgl. BfdW 2016f).

Mit der Erstellung dieses Policypapers wird eine zentrale Empfehlung der „Förderbereichsevaluation Gesundheit“ aus dem Jahr 2013 umgesetzt (vgl. Seek 2013). Entsprechend sieht der Strategieplan Brot für die Welt für die Jahre 2016 bis 2020 die Erarbeitung eines Policypapers vor, um den Förderbereich Gesundheit unter Berücksichtigung der nachhaltigen Entwicklungsziele (Sustainable Development Goals – SDGs) fachlich auf den Stand des Wissens zu bringen und weiterzuentwickeln. Das Papier greift Ergebnisse eines internen Dialogs bei Brot für die Welt mit allen relevanten Arbeitsbereichen auf. Es knüpft zudem an bereits formulierte Strategien und Policypaper der Vorgängerorganisationen im Bereich Gesundheit an (vgl. EED 2010, EED/ BfdW 2006). Das Policypapier berücksichtigt und ist kohärent mit den von Brot für die Welt bereits verabschiedeten Policies und Orientierungen in anderen Bereichen, die Gesundheit berühren.

Ausgewählte im Themenbereich arbeitende Partnerorganisationen waren über einen Konsultationsprozess im Rahmen von zwei Partnertreffen in Kamerun (November 2016) und Indien (Oktober 2017) an der Erstellung dieser Policy beteiligt (vgl. BfdW 2016d, 2018a). Hiermit haben Brot für die Welt und die Partnerorganisationen gemeinsames Lernen als ein zentrales Element des Selbstverständnisses von Brot für die Welt umgesetzt. Zudem wurde dadurch sichergestellt, dass die Expertise von Partnerorganisationen in die Formulierung der Policy einfließt. Ebenso, dass diese die Realitäten der Partnerorganisationen und ihrer Länderkontexte stärker widerspiegelt. Den konzeptionellen Hintergrund des Policypapers bilden die internationale, gesundheitsbezogene entwicklungspolitische Debatte und die Analyse der aktuellen und zukünftigen Herausforderungen im Themenfeld.

Das Policypapier verfolgt für den Themenbereich Gesundheit die Ziele:

- Die Arbeit von Brot für die Welt kohärent auszurichten und zielgerichtet zu gestalten;
- Orientierung nach innen zu geben und die Grundlage für die Stärkung des Profils und die Wirksamkeit des Werkes nach außen zu legen;
- Mitarbeitende von Brot für die Welt zu informieren;
- den Partnerdialog zu qualifizieren;
- Grundlage der Kommunikation mit Kirchen, Politik und Öffentlichkeit zu sein.

Das Papier richtet sich an Mitarbeitende und Partnerorganisationen von Brot für die Welt, Fachpersonen aus der Entwicklungszusammenarbeit und die interessierte kirchliche und nicht-kirchliche Öffentlichkeit. Ein gleichzeitig vorgelegtes „Strategiepapier Gesundheit“ schafft den Rahmen für die strategischen Ansätze der betroffenen Arbeitseinheiten von Brot für die Welt. Beide Papiere sind inhaltlich aufeinander bezogen und kohärent.

## 2. Problembeschreibung und Herausforderungen im Bereich Gesundheit

### 2.1 Kontext von Gesundheit

Bei der Umsetzung der Millenniumsentwicklungsziele (MDGs) wurde durch die internationale Gemeinschaft gezeigt, dass es möglich ist, die Gesundheit von armen und benachteiligten Menschen zu verbessern, wenn ausreichend Ressourcen eingesetzt werden. So wurden weltweit in Ländern Fortschritte in der Mütter- und Kindergesundheit und der Eindämmung von Malaria und HIV erzielt. Jedoch wurden die ohnehin nicht hochgesteckten Ziele nur unvollständig erreicht. Ein Grund dafür ist, dass der Ansatz der MDGs keineswegs die komplexen Bedingungen von Gesundheit widerspiegelte. Die aus der damaligen Situation heraus notwendige Fokussierung auf die großen Epidemien führte zum Teil auch dazu, dass finanzielle und personelle Ressourcen aus anderen Bereichen abgezogen und Gesundheitssysteme eher fragmentiert als gestärkt wurden.

Die Gesundheitslage ist insbesondere für Menschen in Armut und marginalisierte Menschen weiterhin dramatisch. Nach wie vor klaffen zwischen Nord und Süd wie auch zwischen Arm und Reich die Möglichkeiten für ein gesundes Leben und die Belastung durch Krankheit in erschreckendem Maße auseinander. Dies betrifft sowohl den Schutz vor unzureichender Ernährung und krankmachenden Umwelt-, Arbeits- und Lebensbedingungen wie auch die Versorgung im Krankheitsfall. Etwa die Hälfte der Menschheit hat nicht einmal Zugang zu den grundlegendsten Gesundheitsdiensten (vgl. WHO/ WB 2017).

Auch wenn sich die Situation innerhalb vieler Entwicklungsländer verbessert hat, profitieren meist vorrangig die Eliten und Mittelschichten. Die Privatisierung von Gesundheitsdienstleistungen schreitet weltweit schnell voran - Menschen in Armut können sich private Gesundheitsdienste jedoch nicht leisten, mit katastrophalen Folgen für ihre Gesundheit. Nationale wie auch globale Politik hat sich bisher nicht ausreichend und umfassend an dem Recht auf Gesundheit orientiert. Ansätze dazu zielen oft vor allem auf kurzfristige, meist technologische Lösungen, statt die zugrundeliegenden Strukturen von schlechter Gesundheit umfassend zu verändern.

Todesraten durch Infektionskrankheiten sind zwar weltweit rückläufig, jedoch vor allem in Afrika, Südostasien und Osteuropa immer noch hoch. nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankheiten, Krebs, Atemwegserkrankungen, Diabetes und psychische Erkrankungen sind mittlerweile auch in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen die Hauptursachen von Behinderung und vorzeitigem Tod. Sie wurden bisher in vielen Entwicklungs- und Schwellenländern und auch bei Gebern häufig als „Wohlstandskrankheiten“ wahrgenommen, die nur die reicheren Länder betreffen; ihre Eindämmung wurde entsprechend mit zu wenigen Ressourcen ausgestattet. Immer mehr Schwellen- und Entwicklungsländer sind zudem von Fehlernährung betroffen. Eine armutsbedingte chronische Unterversorgung mit lebenswichtigen Mikronährstoffen macht Menschen besonders krankheitsanfällig.

Die zunehmende Zahl von alten Menschen macht die langfristige Pflege und Betreuung von altersbedingten, chronischen Erkrankungen notwendig, auf die ärmere Länder jedoch noch zu wenig eingestellt sind. Und die Urbanisierung bietet für immer mehr Menschen zunehmend einen gesundheitsschädlichen Lebensraum, durch Verschmutzung von Luft, Wasser und Boden. Stress durch Lärm und engen Lebensraum, sowie Gewalt kommt hinzu.

In fragilen Staaten, in Ländern und Regionen mit Krieg und Bürgerkrieg und in humanitären Katastrophen steigt der Bedarf an Gesundheitsversorgung. Gleichzeitig ist die Gesundheitsinfrastruktur häufig schlecht oder ganz zusammengebrochen. Auch Menschen, die innerhalb ihres Landes oder über Ländergrenzen hinweg auf der Flucht oder erzwungen migriert sind, sind in mehrfacher Hinsicht gesundheitlich besonders belastet. Die negativen Auswirkungen des Klimawandels auf Gesundheit durch Nahrungsmittel- und Wasserknappheit sowie veränderte Ausbreitungsgebiete von Krankheitserregern stellen schwache Gesundheitssysteme vor besondere Herausforderungen. Um sie zu bewältigen, benötigen sie mehr Ressourcen.

Ausgrenzung, Diskriminierung und Kriminalisierung von Menschen aufgrund von Religion, ethnischer Zugehörig-

keit, Hautfarbe, sexueller Orientierung oder anderer Merkmale lassen Menschen krank werden. Krankheiten sind umgekehrt oft selbst ein Grund dafür, dass Betroffene und ihre Familien diskriminiert und ausgegrenzt werden und aus Angst und Selbststigma auch keine Behandlung in Anspruch nehmen. Weltweit führen ungleiche Machtverhältnisse zwischen den Geschlechtern dazu, dass Frauen und Mädchen weniger Chancen auf ein gesundes Lebensumfeld und auf Gesundheitsversorgung im Krankheitsfall haben. Krankheiten im Zusammenhang mit sexueller und reproduktiver Gesundheit sind für Frauen ein besonderes Risiko. Auch wenn die Zahl der Frauen, die in Verbindung mit Schwangerschaft und Geburt sterben, weltweit rückläufig ist, sterben noch immer täglich 830 Frauen in diesem Kontext, und sehr viel mehr werden zum Teil chronisch krank.

Rund 70 Prozent der Weltbevölkerung sind nicht gegen elementare Lebensrisiken wie Krankheit (vgl. ILO 2017) abgesichert. Wenn es Programme der sozialen Sicherung gibt, sind diese meist nicht ausreichend auf die ärmsten Teile der Bevölkerung zugeschnitten und schließen häufig Menschen aus, die in informellen Sektoren arbeiten. Deshalb verarmen jedes Jahr rund 100 Millionen Menschen durch Krankheit: wegen hoher Behandlungskosten, empfindlicher Ausfälle bei den Einnahmen oder wegen Arbeitsunfähigkeit. Es entsteht ein Teufelskreis aus Armut und Krankheit: Kranksein hält Menschen in Armut gefangen, weil sie nicht ausreichend für ihren Lebensunterhalt sorgen können und die Kosten für eine Behandlung ihre Mittel übersteigen.

## 2.2 Gesundheitssektor

Brot für die Welt orientiert sich in seinem Verständnis des Gesundheitssektors und seiner Systematik an dem konzeptionellen Rahmen der WHO (vgl. WHO 2010a):

Die sechs Grundkomponenten eines Gesundheitssystems:

1. die Gesundheitsdienste mit Leistungen, Abläufen, Infrastruktur und Ausstattung,
2. das Gesundheitspersonal, das die Leistungen erbringt,
3. die medizinischen Produkte,
4. das Daten- und Informationsmanagement, auf dessen Basis der Bedarf des Systems geplant wird,
5. die Gesundheitsfinanzierung, die Mittel für das System bereitstellt und
6. die Steuerung des Systems, die durch Gesetzgebung, Regelung und Standardisierung die Qualität sichert.

Eine Voraussetzung für Gesundheit sind qualitativ gute Dienste der Gesundheitsförderung, Prävention, Behandlung, Pflege und Rehabilitation. Diese werden auf der primären Ebene gemeindenaher Gesundheitsversorgung, auf der sekundären Ebene von beispielsweise Distriktkrankenhäusern bis hin zu tertiären Einrichtungen mit spezialisiertem Wissen und Technologie erbracht. Sie sind in Entwicklungsländern meist nicht ausreichend vorhanden oder für arme und marginalisierte Menschen nicht verfügbar.

Viele Entwicklungs- und Schwellenländer haben ihre Ausgaben für Gesundheit zwar erhöht und dadurch auch die staatliche Gesundheitsinfrastruktur verbessert. Doch weiterhin verwenden sie einen zu geringen Anteil ihres Haushalts für Gesundheitsausgaben. Entweder sind finanzielle Mittel nicht ausreichend verfügbar oder der Staat setzt bei den Ausgaben andere Prioritäten.

Es fehlen weltweit Millionen Ärzt\*innen, Krankenpflegepersonal und Geburtshelfer\*innen, besonders in Entwicklungs- und Schwellenländern. Zum einen werden nicht genügend ausgebildet, zum anderen wandert das Personal zu besser bezahlten Jobs ab. Die vielerorts entstehende Konkurrenz verschärft den Mangel an qualifiziertem Personal gerade für kirchliche und zivilgesellschaftliche Organisationen. Arzneimittel und andere pharmazeutische Produkte, die für gute Gesundheitsversorgung gebraucht werden, sind in ärmeren Ländern nicht ausreichend verfügbar, da ihre vergleichsweise hohen Preise – aufgrund von Patentregelungen – nicht erschwinglich sind.

Zum Gesundheitswesen zählt auch die traditionelle und alternative Medizin wie Ayurveda, Yoga, Traditionelle

Chinesische Medizin, traditionelle Heiler\*innen, Hebammen und die Kräutermedizin. Diese teils sehr erfolgreichen Konzepte stellen in vielen Ländern einen großen Teil der Gesundheitsversorgung dar und sind gerade für Menschen in Armut oft die einzige Quelle.

## 3. Leitwerte und Prinzipien der Gesundheitsarbeit

### 3.1 Reflexion der bisherigen Gesundheitsarbeit

Bei Brot für die Welt ist Gesundheit einer der wesentlichen Förderbereiche. Entsprechend definiert der Strategieplan Brot für die Welt 2016 bis 2020 Gesundheit im Kontext von „Soziale Grunddienste, Bildung und Gesundheit“ als einen der sechs Schwerpunkt-Förderbereiche, in die 80 Prozent der Förderung fließen sollen. Die Förderung aus Bundesmitteln machte in den Jahren 2014 bis 2016 durchschnittlich acht bis neun Prozent des gesamten Volumens der aus diesen Mitteln geförderten Projekte aus. Sie ist damit auch im Vergleich zu den Vorjahren relativ konstant (vgl. EZE 2017).

Die im Jahr 2013 vorgelegte Förderbereichsevaluation Gesundheit untersuchte die mit Bundesmitteln geförderten Projekte des Evangelischen Entwicklungsdiensts e.V. Die im Wirkungsgefüge definierten Hauptbereiche waren Lobby- und Advocacyarbeit, Dachorganisationen, Basisgesundheitsdienste und HIV/Aids. Bis 2012 richtete Brot für die Welt einen Fokus auf die Förderung von HIV/Aids-Projekten und die Lobbyarbeit zum Thema. Eine zentrale Empfehlung der Förderbereichsevaluation, eine „bereichsübergreifende Strategie“ für den Förderbereich Gesundheit zu erstellen, um das eigene Profil zu stärken, wird mit dem Policypapier Gesundheit und dem Strategiepapier Gesundheit umgesetzt.

Die Förderbereichsevaluation Gesundheit stellte fest, dass die Mehrzahl der Projekte einen Fokus auf ärmste Landesteile und auf diejenigen mit den größten Gesundheitsproblemen hat, und dass die Maßnahmen für die Förderregionen hochrelevant sind. Die Förderung im Bereich Gesundheit wird auch zukünftig in allen Ländern möglich sein. Hierbei kann eine Förderung sowohl in Ländern mit niedrigem Einkommen als auch in Ländern mit niedrigem mittlerem Einkommen relevant sein, weil jeweils große

Teile der Bevölkerung von Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind.

Der von der Förderbereichsevaluation ausgesprochenen Empfehlung der Beibehaltung des Fokus auf Primary Health Care bzw. Basisgesundheitsversorgung wird weiter umgesetzt, da diese Projekte zur Verbesserung von Gesundheit beitragen. Auch integrierte Projekte der Gemeinwesenentwicklung, in denen Gesundheitsmaßnahmen eine Komponente sind, werden weiterhin gefördert werden. Gesundheit ist für viele Zielgruppen ein relevanter Problembereich, und ein sektorübergreifender Ansatz, ist vielversprechend für die umfassende Verbesserung von Gesundheit.

An der Bewältigung des Ebola-Ausbruchs im westlichen Afrika 2014/ 2015 hatten Brot für die Welt und Diakonie Katastrophenhilfe gemeinsam mit ihren Partnerorganisationen einen Anteil. In der Zusammenarbeit mit dem Deutschen Institut für ärztliche Mission (Difäm) konnten die Institutionen Arbeitsbereiche schnell und unbürokratisch unterstützen, dabei auf bestehende Partnerstrukturen zurückgreifen und als wichtige komplementäre Maßnahmen zur medizinischen Behandlung erreichen, dass die Gemeinden vor Ort einbezogen wurden und Verantwortung übernahmen. Dies kann beispielhaft für die Bewältigung globaler Gesundheitskrisen stehen.

Die Förderung von Brot für die Welt orientiert sich zukünftig noch deutlicher an einem gesundheitssystemstärkenden Ansatz, statt auf die Prävention oder die Behandlung von einzelnen Krankheiten zu fokussieren. Damit wird den Lehren aus der Ebola-Krise und der globalen Diskussion und Praxis Rechnung getragen, wonach ausschließlich krankheitsfokussierte Ansätze, beispielsweise im Bereich HIV, nicht ausreichend zu einer umfassenden Verbesserung von Gesundheit beigetragen haben.

Grundsätzlich gilt, dass Priorisierungen von den Partnerorganisationen vorgenommen werden sollten, und es nicht zu einer „Konkurrenz“ der verschiedenen Krankheiten kommen, sondern im Partnerdialog je nach Kontext entschieden werden sollte. Dies gilt auch für neue Herausforderungen. Hier sind nicht-übertragbare Krankheiten und psychische Gesundheit in der entwicklungspolitischen Diskussion in den Blick geraten und werden, auch auf Anfragen der Partnerorganisationen, stärker Beachtung finden. Zusätzlich zur nach wie vor notwendigen Förderung der Frauen- und Kindergesundheit ist die verstärkte Ergänzung durch strukturelle Änderungen im Hinblick auf mehr Geschlechtergerechtigkeit im Bereich Gesundheit in den Blick zu nehmen. Um die Inklusion von Menschen mit Behinderung im Gesundheitsbereich zu erreichen, werden mit Partnerorganisationen Konzepte der Umsetzung eines Mainstreaming erarbeitet und durchgeführt.

Die von der Förderbereichsevaluation empfohlene sinnvolle Ergänzung der finanziellen Förderung durch weitere Förderinstrumente wird weiter ausgebaut. Ein stärkerer Instrumentenmix und die dazu notwendige Sensibilisierung aller Beteiligten sind über den Förderbereich Gesundheit hinausgehende Aufgaben.

Die Empfehlung der Förderbereichsevaluation, die Beratungskapazitäten auszubauen, um die Betreuung der Projekte fachlich zu gewährleisten, wurde durch eine zusätzliche halbe Stelle einer Beraterin Gesundheit im Vorstandsbereich Internationale Programme und Inlandsförderung umgesetzt. Dazu kommt die fachliche Beratung unter anderem im Bereich Lobbyarbeit der Partnerorganisationen durch die Referentin Internationale Gesundheitspolitik in der Abteilung Politik. Die abteilungsübergreifende Fachgruppe Gesundheit hat eine wichtige Funktion im Austausch und der Herstellung von Kohärenz im Förderbereich. Das Difäm führt als kirchliche Fachstelle für Gesundheit Evaluationen, Studien und Beratungen vor Ort durch, berät Mitarbeitende im Partnerdialog und trägt zu Fortbildungen im Haus bei. Diese Zusammenarbeit hat sich durch den inhaltlichen Sachverstand und die schnelle und flexible Arbeitsweise des Difäm sehr bewährt. Da im Haus wenig spezifische Fachkompetenz zu Gesundheit besteht, kann angesichts der Bedeutung des Förderbereichs bei Neueinstellungen in den relevanten Arbeitseinheiten eine Kompetenz in diesem Bereich ein zu bedenkendes Kriterium sein.

Politik und Zivilgesellschaft erkennen die fachliche Kompetenz von Brot für die Welt im Bereich Gesundheitspolitik an, u.a. im Bereich der kritischen Begleitung der WHO.

Die Bedeutung der Lobby- und Advocacyarbeit sowohl für die Partnerorganisationen als auch für Brot für die Welt wird weiterentwickelt, in Übereinstimmung mit der Zielsetzung des Strategieplans Brot für die Welt 2016 bis 2020. Von zentraler Bedeutung ist dabei, dass Brot für die Welt Lobbyanliegen der Partnerorganisationen aufgreift und auch gemeinsam mit Partnerorganisationen Lobbyarbeit auf globaler Ebene macht.

## 3.2 Ganzheitliches Verständnis von Gesundheit

Brot für die Welt ist keine auf Gesundheit spezialisierte medizinische Fachorganisation. Das Wirken im Themenbereich richtet sich aus an der Erkenntnis, dass Gesundheit zentral für Entwicklung und ein Leben in Würde ist. Brot für die Welt folgt einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit. Es orientiert sich an der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) (WHO 1946):

Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und seelischen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.

Gesundheitsarbeit sollte den ganzen Menschen im Blick haben, in der Verbindung von Geist, Körper und Seele. Dazu gehört die kritische Auseinandersetzung mit dem westlich geprägten Modell der „Schulmedizin“ und seinem medizinisch-technologischen Verständnis von Gesundheit und Krankheit. Es ist demgegenüber anzustreben, dass Gesundheitsdienste die Menschen und nicht einzelne Krankheiten in den Mittelpunkt stellen und sie über ihre ganze Lebensspanne in ihren gesundheitlichen Bedürfnissen begleiten.

## 3.3 Menschenrecht auf Gesundheit

Brot für die Welt gründet seine Positionen und Handlungen im Themenfeld Gesundheit auf einem menschenrechtsbasierten Ansatz. Gesundheit ist in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte von 1948 und im Sozialpakt der Vereinten Nationen als das „Recht auf das individuell erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit“ festgeschrieben (vgl. DIMR 1976). Brot für die Welt unterstützt die Handlungsbereiche, die der Sozialpakt für die Umsetzung des Rechts auf Gesundheit definiert, und die entsprechend einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit Aspekte des Lebens-, des Arbeitsumfelds und der Umwelt einbeziehen.



Bei der Konkretisierung des Rechts auf Gesundheit geht es dem WSK-Pakt vor allem um Verfügbarkeit von qualitativ guten Gesundheitseinrichtungen und medizinischen Produkten für Menschen in Armut. Es wird betont, dass Nicht-Diskriminierung bei dem Zugang zu Gesundheitsdiensten sofort erfüllt werden muss – auch unter den Bedingungen von eingeschränkten Ressourcen. Andere Bestandteile des Rechts auf Gesundheit können fortschreitend erfüllt werden.

Die Förderung und das anwaltschaftliche Handeln von Brot für die Welt im Bereich Gesundheit sind an den Menschenrechten ausgerichtet, u.a. am Recht auf Gesundheit und dem Recht auf Teilhabe am wissenschaftlichen Fortschritt. Im rechtebasierten Ansatz und der bedürfnisorientierten Arbeit vieler Partnerorganisationen besteht kein Widerspruch: Sie sind komplementär zueinander und aufeinander bezogen. Die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen geht häufig Hand in Hand mit der Einforderung des Rechts auf Gesundheit.

Deutschland hat eine Verantwortung für die menschenrechtlichen Auswirkungen seiner Handlungen oder die deutscher Unternehmen auf die Gesundheit auch in Drittländern. Der Sozialpakt stellt ausdrücklich fest, dass Menschenrechte im Sinne einer solidarischen Weltgemeinschaft auch durch internationale Zusammenarbeit und Hilfe verwirklicht werden sollen. Brot für die Welt sieht daher die internationale Gemeinschaft in der Verantwortung und setzt sich bei der deutschen Bundesregierung und globalen Institutionen für die nachhaltige Finanzierung von Gesundheit durch bilaterale und multilaterale Zusammenarbeit ein. Auch macht Brot für die Welt Verstöße gegen das Menschenrecht auf Gesundheit öffentlich, indem es Regierungshandeln kritisch begleitet.

### 3.4 Subsidiaritätsprinzip

Brot für die Welt sieht pluralistische Gesundheitssysteme, in denen Gesundheitsdienste von verschiedenen Akteuren bereitgestellt werden, als Grundlage für Gesundheit. Nach dem Subsidiaritätsprinzip sollen gesellschaftliche Aufgaben nicht zuerst vom Staat, sondern in eigenverantwortlichem Handeln von gesellschaftlichen Gruppierungen gelöst werden. Subsidiarität wird als Kompetenzanerkennung verstanden. Sie steht im Einklang mit Selbstermächtigung und der Förderung von Einfluss, Mitspracherechten und Mitbestimmungsmöglichkeiten durch die Zivilgesellschaft. Kirchliche und andere zivilgesellschaftliche Organisationen können in der Lage sein, auch in autoritä-

ren oder gescheiterten Staaten Menschen unabhängig gesundheitlich zu versorgen und sich nicht vereinnahmen zu lassen. Vielerorts können sie aus geografischen oder Gründen der Akzeptanz die Gesundheitsversorgung besser als staatliche Stellen gewährleisten. Zudem kommen sie durch die Bereitstellung von Gesundheitsversorgung ihrem diakonischen Auftrag nach (vgl. EKD 2013).

Das Subsidiaritätskonzept entlässt den Staat jedoch nicht aus der Verantwortung, das Recht auf Gesundheit für seine Bevölkerung zu erfüllen, zu schützen und zu respektieren. Brot für die Welt unterstützt Partnerorganisationen in ihrer Lobbyarbeit, damit nationale Regierungen öffentliche Gesundheitssysteme ausreichend finanzieren und auch kirchliche und zivilgesellschaftliche Gesundheitsdienste unterstützen – dabei muss jedoch die Autonomie der kirchlichen und zivilgesellschaftlichen Träger gewahrt bleiben. Sie handeln innerhalb der vom Staat gesetzten Rahmenbedingungen und Gesetze, jedoch nicht im Auftrag des Staates.

### 3.5 Kirchliche Gesundheitsarbeit

Wesentlich für das Handeln von Brot für die Welt ist das Selbstverständnis als Hilfswerk der evangelischen Kirchen. Die Arbeit wurzelt in dem Glauben, der die Welt als Gottes Schöpfung bezeugt, in der Liebe, mit der Gott uns an jeden Menschen als Nächsten weist, und in der Hoffnung, die in der Erwartung einer gerechten Welt nach Gottes Willen handelt. Die Verantwortung der Kirchen, ihrem christlichen Auftrag nachzukommen, für den ganzen Menschen da zu sein und Gesundheit zu fördern, ist dabei von wesentlicher Bedeutung. Kirchen haben unter Bezugnahme auf das Evangelium stets eine besondere Verantwortung für die Gesundheit der Menschen gesehen. In der Bereitstellung von Gesundheitsversorgung haben sie eine lange Tradition, denn Gesundheit war neben Bildung von jeher einer der Schwerpunkte von kirchlicher Missionsarbeit sowie der diakonischen Arbeit im Inland. Kirchliche Gesundheitsdienste hatten und haben ein sehr spezifisches und vielschichtiges Potential: Sie sind weltweit vertreten und meist lokal, regional und international gut vernetzt; gleichzeitig genießen sie das Vertrauen und den Respekt der Menschen vor Ort. Ihr Anspruch ist es, dass kranke Menschen und ihre Familien bei ihnen konkrete diakonische Hilfe finden ebenso wie spirituellen Beistand und politische Unterstützung ihrer Anliegen. Zivilgesellschaftliche und insbesondere glaubensbasierte Gesundheitsdienste waren seit jeher auch dort vertreten, wo staatliche Gesundheitsdienste nicht hinreichten. Sie bleiben auch heute häufig die einzigen Anbieter – gerade

in ländlichen Gebieten, in Krisenregionen und für die Menschen, die sonst keinen Zugang zu Gesundheitsversorgung hätten. So stellen Kirchen in Afrika noch immer mindestens 20 bis 40 Prozent der Gesundheitsdienste (Difäm 2014, S.6).

Kirchliche Dachorganisationen als Zusammenschlüsse und Interessenvertretungen von kirchlichen Gesundheitseinrichtungen sind ein Schwerpunkt der Zusammenarbeit und Förderung von Brot für die Welt. Da sie ein größeres Potential und mehr Ressourcen als einzelne Mitgliedsorganisationen haben, werden sie darin unterstützt, sich anwaltschaftlich und mit ihrer Expertise in staatliche Politik in den Fragen der Übernahme von Kosten für Infrastruktur und Personal und der Einflussnahme auf staatliche Gesundheitspolitik im Interesse benachteiligter Gruppen einzubringen (vgl. BfdW 2016g). Brot für die Welt unterstützt das Anliegen der Gesundheitsarbeit des Ökumenischen Rates der Kirchen, kirchliche und ökumenische Gesundheitsdienste weltweit zusammenzubringen, mit anderen globalen Akteuren wie der WHO in Dialog zu treten und den Beitrag der ökumenischen Gesundheitsarbeit zu verdeutlichen und zu stärken (vgl. ÖRK 2018).

### 3.6 Nachhaltigkeitsagenda

Brot für die Welt verortet sein Handeln im Gesundheitsbereich in der Nachhaltigkeitsagenda und unterstützt auch im Bereich Gesundheit das Motto der Nachhaltigkeitsagenda 2030 „Niemand zurücklassen“. Um Gesundheit nachhaltig zu verbessern, stellt die Agenda 2030 unter SDG 3 (Sustainable Development Goal 3) mit seinen dreizehn Unterzielen weitreichende Anforderungen an die Weltgemeinschaft (vgl. UN 2015a):

SDG 3: „Ein gesundes Leben für alle Menschen jeden Alters gewährleisten und ihr Wohlergehen fördern.“

Im Vordergrund steht, bis zum Jahr 2030 den universellen Zugang zu Gesundheitsdiensten (Universal Health Coverage) zu erreichen. Das heißt, Menschen müssen die Gesundheitsdienste erhalten, die sie benötigen, ohne dabei in finanzielle Nöte zu geraten. Das SDG 3 ist für Brot für die Welt eine Orientierung des Handelns. Brot für die Welt stärkt Partnerorganisationen im Gesundheitsbereich darin, die Nachhaltigkeitsagenda als eigene Richtschnur zu nutzen und die Umsetzung durch die nationalen Regierungen kritisch zu begleiten und einzufordern.

Dass Gesundheit nicht nur vom Gesundheitssektor abhängt, spiegelt sich in den SDGs wider. Fast alle der übrigen SDGs sind direkt oder indirekt mit Gesundheit verbunden: Gesundheit ist ein Querschnittsthema innerhalb der sozialen, ökologischen und ökonomischen Dimensionen von nachhaltiger Entwicklung.

### 3.7 Primary Health Care

Ein Grundpfeiler der Förderung von Gesundheit ist das Konzept von Primary Health Care (vgl. WHO 1978). Es wurde in den 1960er Jahren von der Christian Medical Commission des Ökumenischen Rates der Kirchen unter Beteiligung des Difäm entwickelt. Durch enge Zusammenarbeit mit der WHO vollzog auch diese einen Wechsel in ihrer Strategie und rief auf der Weltgesundheitskonferenz in Alma Ata 1978 das Konzept von Primary Health Care aus, mit dem Ziel, bessere Gesundheit für alle Menschen zu erreichen. Der damals – und auch heute noch – weltweit vorherrschende top-down Ansatz im Gesundheitsbereich sollte überwunden werden. Gesundheitsversorgung soll auch den Menschen in ländlichen und abgelegenen Regionen zugutekommen. Krankenhäuser und spezialisierte medizinische Versorgung sollen aber nicht abgeschafft werden, sondern komplementär zueinander existieren.

Primary Health Care bedeutet eine wohnortnahe und qualitativ gute Gesundheitsversorgung, die verfügbar, zugänglich, erschwinglich, angemessen und akzeptierbar ist und auf lokaler Partizipation und Eigenverantwortung (ownership) basiert.

Die früher verbreitete Übersetzung „Basisgesundheitsversorgung“ verwendet Brot für die Welt nicht mehr, da „Basisgesundheitsversorgung“ häufig als „günstige Gesundheitsversorgung für die Armen“ missverstanden wird.

Das Konzept Primary Health Care wurde vielfach unvollständig und als ausschließliche Basisgesundheitsversorgung in die Praxis übersetzt. Besonders im Rahmen der SDGs kommt das ursprüngliche Konzept jedoch wieder stärker auf die politische Agenda. Die Teilhabe an der Gesunderhaltung, also das eigene Expertentum, wird explizit als Recht und Pflicht einer jeden Person hervorgehoben. Alle Ebenen im Gesundheitssystem einschließlich der Gemeinden vor Ort und vor allem der Betroffenen selbst müssen einbezogen werden. Dem Selbstverständnis von Brot für die Welt folgend, Menschen dazu zu verhel-

fen, sich selbst zu helfen, werden diese befähigt, für ihre Gesundheit Verantwortung zu übernehmen und sich aktiv in der Förderung von Gesundheit und der Vermeidung und Behandlung von Krankheit zu engagieren. Im HIV-Bereich ist auf eindrucksvolle Weise gezeigt worden, dass nationale und internationale Gesundheitspolitik und der Zugang zur antiretroviralen Behandlung grundlegend verbessert werden können, wenn HIV-positive Menschen selbst gut informiert sind und ihr Recht auf Gesundheit einfordern.

Statt vertikaler Programme, die sich auf einzelne Krankheiten fokussieren, sollen eher ganzheitliche, horizontale Ansätze im Mittelpunkt stehen. Es wird auf eine intersektorale Zusammenarbeit gesetzt, und weitere relevante Bereiche wie Bildung, Landwirtschaft und Industrie werden einbezogen und soziale Determinanten von Gesundheit positiv beeinflusst. In seinen Grundkomponenten entspricht das Konzept Primary Health Care dem Menschenrecht auf Gesundheit, und es kann einen bedeutenden Hebel darstellen, dieses Recht zu erfüllen.

Der Primary Health Care Ansatz ist aktueller denn je. Die zugrundeliegenden Aspekte von Primary Health Care wurden 2018 anlässlich des 40-jährigen Jubiläums durch die WHO und ihre 194 Mitgliedsstaaten bekräftigt. Primary Health Care kann einen wichtigen Beitrag zur Erreichung des Gesundheitsziels der SDGs leisten und zur Umsetzung des Allgemeinen Zugangs zu Gesundheit bis zum Jahr 2030 beitragen. Der Ansatz hat weltweite Gültigkeit, wie alle WHO Konzepte ist er nicht nur für ärmere Länder anwendbar. Brot für die Welt und Partnerorganisationen tragen dazu bei, dass Primary Health Care seine Potentiale entwickelt und in neue Ansätze in Globaler Gesundheit integriert wird.

Da viele Partnerorganisationen auf Gemeindeebene operieren und einen teils schon lange bestehenden guten Zugang zu Gemeinden haben, haben sie gute Voraussetzungen, Primary Health Care umzusetzen. Besondere Relevanz erhält in diesem Bereich die Förderung, da sich viele Regierungen und Geber wenig für Gemeinden und Primary Health Care engagieren (vgl. WHO 2016a).

## 4. Schwerpunkte und strategische Ansätze

### 4.1 Bedingungen von Gesundheit verbessern

Um die sozialen Bedingungen von Gesundheit positiv zu beeinflussen, nimmt das Handeln von Brot für die Welt auch nationale und globale Strukturen in den Blick. Das Ziel ist eine bessere Koordination und Kohärenz der nationalen, europäischen und internationalen Gesundheitspolitik und eine Abstimmung dieser mit anderen Politikbereichen. Brot für die Welt setzt sich kritisch mit dem Handeln der deutschen Bundesregierung in diesem Themenfeld auseinander. Insbesondere unter dem Eindruck der Ebola-Epidemie hat diese ihr Engagement im Bereich Gesundheit verstärkt und einen Fokus auf die Stärkung von Gesundheitssystemen gelegt. Bisher sind die Maßnahmen und die Finanzierung von Gesundheit jedoch nicht konsequent am Menschenrecht auf Gesundheit und den Bedürfnissen von benachteiligten Menschen ausgerichtet.

Neue Herausforderungen entstehen auch im Bereich Mangelernährung. Eine ausreichende, kulturell angepas-

te und geschmacklich gute Ernährung, die gesund erhält, erfordert nicht nur Proteine, Fette und Kohlenhydrate, sondern auch Vitamine, Spurenelemente, Ballast- und Mineralstoffe. Über das Ziel Hungerbekämpfung hinaus wirkt Brot für die Welt daher auch gegen den „stillen Hunger“, das heißt, die chronische Unterversorgung mit essenziellen Nährstoffen (vgl. BfdW 2017b). Dazu gehört, das Handeln von international operierenden Nahrungsmittelunternehmen, die insbesondere in ärmeren Ländern ungesunde Ernährung aggressiv bewerben, kritisch zu begleiten und öffentlich zu machen. Lobbyarbeit setzt sich auch mit der Tabak- und Alkoholindustrie auseinander, die ihre Produkte zunehmend in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen vermarktet und so zu steigenden Raten von Lungenkrebs und den negativen Auswirkungen von Alkoholkonsum beiträgt.

Brot für die Welt sieht in der Herstellung von gesunden Umweltbedingungen eine wichtige Aufgabe in der Förderung von Gesundheit und der Gesundheitspolitik. Angesichts des weltweit zunehmenden Wachstums der Städte mit Auswirkungen auf die Gesundheit durch die Ver-

schmutzung von Luft, Wasser und Boden wird städtische Gesundheit verstärkt in den Blick zu nehmen sein. Die beim Kochen und Heizen mit Kohle und Biomasse entstehenden gesundheitsschädlichen Gase, die vor allem Frauen und Mädchen treffen, sollten reduziert werden. Alle Menschen sollten Zugang zu sauberem (Trink)Wasser und sanitären Anlagen haben, um Durchfall und andere Erkrankungen zu vermeiden. Der Umgang mit Pestiziden und anderen Giften in der Landwirtschaft muss so geregelt sein, dass er die Gesundheit und die Umwelt nicht belastet. Und Menschen in ärmeren Ländern dürfen nicht dadurch ausgebeutet werden, dass sie giftigen Müll aus Industrieländern entsorgen.

Angesichts der zunehmenden Zahl von Ländern und Regionen, die von Krieg, Katastrophen und Flucht mit ihren schweren Folgen für die Gesundheit insbesondere von vulnerablen Gruppen betroffen sind, gerät die Förderung von Gesundheit in diesen Kontexten besonders in den Blick.

## 4.2 Inklusion und Teilhabe fördern

Stigmatisierung und Marginalisierung verhindern, dass gesundheitliche Aufklärung oder Diagnose- und Behandlungsangebote bestimmte Bevölkerungsgruppen erreichen. Daher werden Partnerorganisationen darin gefördert, sich für Entstigmatisierung und Entkriminalisierung von vulnerablen Gruppen einzusetzen. Diskriminierte und marginalisierte Menschen müssen als Akteure eingebunden werden, um ihnen einen gleichberechtigten Zugang zu Gesundheitsdiensten zu ermöglichen und ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben zu gewährleisten.

Durch die Konvention der Vereinten Nationen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen (UN-BRK) hat der Gesundheitssektor dafür zu sorgen, dass der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen nicht diskriminierend für Menschen mit Behinderungen ist. Es muss sichergestellt werden, dass Menschen mit Behinderungen Zugang zu allen Einrichtungen und zu Maßnahmen im Bereich von Vorbeugung und Behandlung, Pflege und Rehabilitation haben. Anstelle der früher weit verbreiteten und teils jetzt noch bestehenden „Fürsorge und Versorgung“ von Menschen mit Behinderungen tritt die selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft.

Verbesserung der Gesundheit von marginalisierten und benachteiligten Bevölkerungsgruppen wird auch durch Einflussnahme und Dialog mit politischen, kirchlichen und kommunalen Entscheidungsträger\*innen erreicht. Dabei geht es um Veränderung von Einstellungen und von Strukturen, die Benachteiligung hervorrufen und aufrechterhalten. Gemeinsam mit den Betroffenen werden Wege zur Verbesserung der Lebensbedingungen erarbeitet. Menschen werden zu Akteur\*innen, die ihren eigenen Entwicklungsprozess gestalten.

## 4.3 Geschlechtergerechtigkeit erreichen

Brot für die Welt erkennt an, dass Geschlechtergerechtigkeit mehr ist, als die Gesundheit von schwangeren Frauen und Müttern zu fördern. Gesundheit von Frauen sollte über ihr ganzes Leben hinweg so begleitet und gestützt werden, dass sie den höchstmöglichen Gesundheitszustand erreichen können. Strukturen, Machtverhältnisse und individuelle Einstellungen müssen so verändert werden, dass sie die Gesundheit von Frauen fördern und nicht einschränken. Hindernisse im Zugang zu Gesundheitsdiensten für Frauen sollten überwunden werden. Dazu zählen mangelnde finanzielle Mittel und Information/Bildung, mangelnde Zeit durch Arbeitsbelastung sowie auch fehlende Transportmöglichkeiten.

Brot für die Welt setzt sich für sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte (SRGR) als wichtige Voraussetzung für Gesundheit und Wohlbefinden von Frauen und Männern ein. Dazu müssen sich Menschen vor Gesundheitsherausforderungen im Zusammenhang mit dem Sexualleben – also beispielsweise sexuell übertragbaren Krankheiten – schützen können, Zugang zu medizinischer Behandlung erhalten und vor sexueller Gewalt und Zwang bewahrt sein.

Menschen sollten freiwillig entscheiden können, ob, wann und wie viele Kinder sie bekommen möchten. Dazu muss der Zugang zu freiwilliger Familienplanung erhöht werden, der besonders für arme und marginalisierte Frauen, junge und unverheiratete Menschen und Menschen mit Behinderung stark eingeschränkt ist. Dadurch können nicht geplante Schwangerschaften und die daraus häufig folgenden Schwangerschaftsabbrüche verhindert und damit Bildungs- und Lebenschancen von Mädchen und Frauen erhöht werden. Ungewollt schwangere Frauen sollten alle Unterstützung erhalten, derer sie bedürfen.

Mit seinem Handeln im Bereich Gesundheit tritt Brot für die Welt sexualisierter, psychischer oder physischer Gewalt mit ihren schwerwiegenden Auswirkungen auf die Gesundheit entgegen. Brot für die Welt arbeitet daran, dass die durch Gewalt und ungeschützten Sexualverkehr übertragenen Krankheiten nicht mehr Hauptrisikofaktoren für Behinderung und Tod bei Frauen und Mädchen sind. Um Gewalt zu senken, müssen auch Männer sensibilisiert und geschlechterbasierte Normen und Rollen, die Gewalt begünstigen, infrage gestellt werden.

Ebenfalls die Gesundheitsrisiken von Männern, denen sie teils arbeitsbedingt ausgesetzt sind, stehen im Fokus. Männliches Rollenverständnis sollte angesprochen werden, wenn es dazu führt, dass sie Gesundheitsangebote entweder sehr spät oder gar nicht annehmen.

Auch die Gesundheit von Kindern gerät stärker in den Blick. Die Förderung wirkt der Tatsache entgegen, dass jeden Tag weltweit rund 15.000 Kinder unter fünf Jahren an vermeidbaren Krankheiten wie Masern, Tuberkulose und Durchfall sterben. Die Gesundheit der Kinder profitiert auch von mehr Geschlechtergerechtigkeit, da das Risiko von Kindern, vor ihrem fünften Geburtstag zu sterben, sinkt, wenn ihre Mutter wenigstens Basisschulbildung hat, und wenn sich auch die Väter in die Familiengesundheit einbringen.

#### 4.4 Gesundheitssysteme stärken

Brot für die Welt verfolgt sowohl in der Förderung als auch in der eigenen Lobby- und Anwaltschaftsarbeit einen Ansatz der systematischen Stärkung der Gesundheitsversorgung, insbesondere um Menschen in Armut und Benachteiligten den Zugang zu ermöglichen. Es sollten verschiedene Förderungen im Gesundheitsbereich eines Landes auf die Synergien und das Potenzial zur Stärkung des Gesundheitssystems hin überprüft werden.

Dabei wird dem Verständnis gefolgt, dass Gesundheitsprogramme von einem – auch bei Gebern häufig vorherrschenden – Silodenken wegkommen und Gesundheit im Sinne von Health in All Policies und intersektorialem Handeln als Ganzes gefördert wird. Prävention und Behandlung von HIV, nicht-übertragbaren und anderen Krankheiten sollten in bestehende Gesundheitssysteme integriert und keine separaten Dienste aufgebaut werden. Es wird darauf geachtet, dass sowohl Förderung als auch eigene politische Lobbyarbeit dem Ziel der Stärkung der Gesundheitssysteme nicht widersprechen. Wenngleich die

Herausforderungen im Bereich einzelner Krankheiten nicht aus dem Blick geraten dürfen, muss eine Konkurrenz um Ressourcen zwischen verschiedenen Krankheiten vermieden werden. Dies kommt letztlich auch den Betroffenen zugute, da auch sie von integrierten Diensten profitieren.

#### *Finanzierung sicherstellen*

Die am wenigsten entwickelten Länder, vor allem in Afrika und fragile Staaten, werden auf absehbare Zeit die gewaltigen Herausforderungen im Gesundheitsbereich nicht allein aus ihrem nationalen Haushalt bewältigen können, sie werden mehr internationale Unterstützung brauchen. Brot für die Welt setzt sich daher dafür ein, dass der von der UN-Generalversammlung getroffene Beschluss, dass 0,7 Prozent des Bruttonationaleinkommens der wirtschaftlich fortgeschrittenen Länder in die offizielle Entwicklungszusammenarbeit (ODA) fließen soll, umgesetzt wird. Deutschland erreichte zwar 2017 zum ersten Mal dieses Ziel, dies lag jedoch in erster Linie daran, dass die Ausgaben für Geflüchtete in Deutschland auf die ODA angerechnet wurden. Für 2018 belief sich der ODA-Anteil am Bruttonationaleinkommen ohne Anrechnung der Ausgaben für Geflüchtete im Inland auf nur 0,51 Prozent. Zudem macht Gesundheit im entwicklungspolitischen Gesamtportfolio Deutschlands lediglich einen geringen Teil aus. Brot für die Welt setzt sich daher für eine deutliche Steigerung der Ausgaben für Entwicklung und der tatsächlichen Ausgaben für die Gesundheitsversorgung in ärmeren Ländern ein.

Auch der Empfehlung der WHO, dass die Geberländer 0,1 Prozent ihres Bruttonationaleinkommens für die internationale Zusammenarbeit im Bereich Gesundheit zur Verfügung stellen sollten, ist kaum ein Land gefolgt. So erging es auch dem Beschluss der Afrikanischen Union von 2001, dass die afrikanischen Länder als Gegenleistung zu mehr internationaler Hilfe bis 2015 ihre nationalen Gesundheitsausgaben auf 15 Prozent erhöhen würden (Abuja Declaration).

Wie staatliche Einrichtungen, so stehen auch kirchliche und zivilgesellschaftliche Gesundheitsdienste häufig vor dem Dilemma, Benutzergebühren von ihren Patient\*innen verlangen zu müssen, um ihre Dienste aufrechterhalten zu können. Da sie sich besonders der armen Bevölkerung verpflichtet sehen, und gerade diese Gruppen Nutzergebühren nicht bezahlen können, bleiben Menschen in Armut vielfach ohne ausreichende Gesundheitsversorgung.

Wenn keine sozialen Sicherungssysteme bestehen, hat dies zur Folge, dass Gesundheitsdienste von Partnerorganisationen nicht kostendeckend arbeiten können und in finanzielle Schwierigkeiten geraten. Die Abschaffung von Nutzergebühren als Maßnahme zur Unterstützung armer Bevölkerungsgruppen muss daher in ein umfassendes Konzept eingebettet sein. Dies sollte eine ausreichende Ausstattung mit Gesundheitspersonal und Infrastruktur sowie die Refinanzierung der Leistungen möglichst durch den Staat umfassen.

### *Soziale Sicherung ausbauen*

Ein nachhaltiger Weg, den Teufelskreis aus Armut und Krankheit zu durchbrechen, ist der Aufbau von sozialen Sicherungssystemen zum Schutz der Bevölkerung vor Risiken durch Krankheit. Als Teil flächendeckender Krankenversicherungssysteme und zur Ausweitung von Programmen der Sozialen Sicherheit kann es sinnvoll sein, gemeindebasierte Gesundheitsfonds zu fördern. Sie bieten eine relativ erschwingliche Absicherung im Krankheitsfall für Bevölkerungsgruppen, die sich andere Formen der Absicherung nicht leisten können. Da staatliche Systeme, sofern sie überhaupt vorhanden sind, oftmals vorrangig Menschen in formellen Arbeitsverhältnissen einschließen, bieten gemeindebasierte Gesundheitsfonds zudem einen guten Weg, Menschen in informellen Arbeitsverhältnissen/ selbstbeschäftigt in ein staatliches Sozialsystem einzubinden.

Ein Vorteil kann auch sein, dass durch sie das Verständnis für einen vorausschauenden, solidarischen Absicherungsmechanismus für Lebensrisiken entwickelt wird. Die frühzeitige Anbindung an staatliche Modelle sollte von Anfang an mitgedacht werden, auch weil Brot für die Welt nur zeitlich begrenzt einen Beitrag zur finanziellen Absicherung im Rahmen eines solchen Fonds leisten kann. Die Erfahrungen mit den Gesundheitsfonds und die Forderung von unterstützenden, staatlichen Rahmenbedingungen werden von Brot für die Welt und Partnerorganisationen durch Lobby- und Anwaltschaftsarbeit in die Diskussion der Gesundheitsfinanzierung eingebracht (vgl. Difäm, Szenarium 2017).

### *Gesundheitspersonal ausbilden und fördern*

Um dem Mangel an Gesundheitspersonal in Entwicklungs- und Schwellenländern entgegenzuwirken, sind grundsätzlich mehr Investitionen in die Ausbildung und Weiterbildung von Ärzt\*innen, Pflegepersonal, Hebammen,

Apotheker\*innen, Gemeindegeseundheitsshelfer\*innen und Gesundheitsmanagement-Personal notwendig. Traditionelle Hebammen und andere traditionelle Gesundheitsdienstleister\*innen sollten explizit einbezogen werden, da sie in vielen Regionen den wesentlichen Anteil der Gesundheitsversorgung gewährleisten.

Der Abwanderung von Gesundheitsfachkräften muss durch eine verbesserte Personalpolitik entgegengewirkt werden, also über gute Arbeitsbedingungen, angemessene Bezahlung oder nicht-finanzielle Anreize. Um der Abwerbung von Gesundheitspersonal durch wohlhabendere Länder, u.a. Deutschland, entgegen zu wirken, setzt sich Brot für die Welt für eine Rekrutierung nach den ethischen Prinzipien der WHO ein, die unter bestimmten Bedingungen eine aktive Abwerbung verbieten (vgl. WHO 2010b).

Das Engagement von ehrenamtlichen Gesundheitsshelfer\*innen ist ein wesentlicher Bestandteil der Gesundheitsversorgung und des Empowerment auf Gemeindeebene. Ehrenamtliche sollen dazu befähigt werden, einen qualitativ guten Beitrag zur Gesundheitsversorgung zu leisten. Sie können jedoch nicht als „günstige“ Alternative für die Gesundheitsarbeit in den Gemeinden angesehen werden. Professionelle Gesundheitskräfte müssen zur Verfügung stehen, um eine qualifizierte Gesundheitsversorgung auch auf Gemeindeebene sicherzustellen, ebenso wie die Supervision und Ausbildung der Ehrenamtlichen.

### *Neue Technologien integrieren*

Unter Stichworten wie E-Health und Digitalisierung werden neue Technologien und Ansätze moderner Gesundheitsversorgung zunehmend relevant. Die Nutzung von Smartphones und Gesundheits-Apps kann die Kommunikation zwischen Patient\*innen und Gesundheitseinrichtungen und die Übernahme von Verantwortung für die eigene Gesundheit erleichtern. Gesundheitseinrichtungen profitieren von elektronischem Daten- und Gesundheitsmanagement, Tele-Health ermöglicht Lernen zwischen verschiedenen Gesundheitseinrichtungen, bspw. primärer und tertiärer Ebene, zwischen Einrichtungen im Süden und im Norden.

Insbesondere – aber nicht nur – für unterversorgte ländliche Gebiete bieten sie große Potenziale. Sie erfordern jedoch einen verantwortungsvollen Umgang, um Risiken – wie mangelhafte Datensicherheit, Nutzung der Daten für

fremde Zwecke und Fokussierung auf technische Ansätze – zu minimieren.

### *Gesundheitsförderung und Prävention stärken*

Von wesentlicher Bedeutung sind präventive Maßnahmen zur Verhinderung von Krankheiten. Hier geht es um Früherkennung und Vorbeugung von Krankheiten, beispielsweise durch Impfungen, Vorsorgeuntersuchungen, Testmöglichkeiten und Aufklärung.

Gesundheitsförderung (Salutogenese, Health Promotion) ermächtigt Menschen, die Kontrolle über ihre eigene Gesundheit zu erlangen oder zu erhöhen. Menschen müssen dazu über Wissen und Fähigkeiten verfügen. Dabei dürfen sie nicht nur als „Patient\*innen“ betrachtet werden, sondern als Personen, die über Gesundheitskompetenz und Ressourcen in Bezug auf ihre Gesundheit verfügen, die es zu stärken und einzubinden gilt. Der aus dem HIV-Bereich bekannte Treatment Literacy-Ansatz, bei dem Betroffene gut über ihre Behandlung informiert sind und ihre Rechte einfordern, sollte zu einem Health Literacy Ansatz führen.

### *Zugang zu medizinischen Produkten gewährleisten*

Brot für die Welt fördert den Zugang zu medizinischen Produkten wie Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten. Da für ärmere Länder neu auf den Markt gekommene Medikamente aufgrund der hohen Preise oft nicht erschwinglich sind, können sie Diagnostik und Behandlung nicht nach neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen durchführen. Früher beispielsweise wurden HIV-positive Menschen erst von einem gewissen Stadium der Krankheit an behandelt. Heute sollte jedoch jeder Mensch mit einer neu diagnostizierten Infektion medizinisch versorgt werden – das verbessert die Ergebnisse, rettet Menschenleben und beugt Neuinfektionen vor.

In zunehmendem Maß sind bisherige Medikamente nicht mehr wirksam, weil die Krankheitserreger resistent geworden sind (vgl. Brot für die Welt 2015a). Diese Antimikrobiellen Resistenzen entstehen durch einen unregelmäßigen und unnötigen Gebrauch von Arzneimitteln und stellen eine Bedrohung für die Behandlung von Infektionskrankheiten, aber auch für chirurgische Eingriffe und Geburtshilfe dar. Besonders besorgniserregend ist die Situation im Bereich der Antibiotika, die in der Humanmedizin und auch in der (Massen-)Tierhaltung Anwendung finden (vgl. Brot für die Welt 2018c). Um dem entgegenzuwirken,

unterstützt Brot für die Welt einen verantwortungsvollen Umgang mit Arzneimitteln.

Gefälschte Medikamente, die keine eigentlichen Inhaltsstoffe oder eine mangelhafte Qualität haben, verstärken die Resistenzbildung zusätzlich und schaden der Gesundheit der Betroffenen. Da besonders in ärmeren Ländern die staatlichen Regelungen über Zulassungen und die Kontrollen der Medikamente häufig ineffektiv sind, werden Partnerorganisationen in der Überwachung der Qualität von Arzneimitteln gestärkt.

Um einen verbesserten Zugang zu Medizinprodukten zu ermöglichen, setzt sich Brot für die Welt auch für neue Anreizmodelle in Forschung und Entwicklung und für die Änderung der Ausgestaltung des Patentsystems ein. Das bisherige System, welches fast ausschließlich dem Marktprinzip folgt, konnte den weltweiten Bedarf an Arzneimitteln nicht decken. So forschen Pharmaunternehmen wenig in Bereichen der armutsassoziierten Krankheiten, weil diese Investitionen nicht profitträchtig sind. Wenn neue Medikamente auf den Markt kommen, sind diese für 20 Jahre oder mehr durch Patente geschützt und somit unerschwinglich für ärmere Länder und ihre Bevölkerung. Patente verhindern in diesem Zeitraum die preisgünstigere Herstellung des gleichen Arzneimittels als Nachahmerprodukt (Generikum). Ohne Generika wäre jedoch auch die Ausweitung der HIV-Behandlung in Afrika nicht möglich gewesen. Generika haben Millionen Menschenleben gerettet.

Ein Anreizmodell für die Entwicklung von neuen Produkten bietet das Konzept des de-linkage, bei dem Forschungs- und Entwicklungskosten vom späteren Produktpreis und dem Verkaufsvolumen abgekoppelt werden. Dies kann nur geschehen, wenn Regierungen stärker mit öffentlichen Mitteln in dringend benötigte Bereiche investieren und so Pharmaunternehmen motivieren, dort aktiv zu werden. Nur so ist gewährleistet, dass Medikamente auch dann zugänglich sind, wenn es keine Aussichten auf hohe Profite gibt (vgl. Ärzte ohne Grenzen 2017).

## 4.5 Versorgung im Krankheitsfall sichern

Die lebenslang notwendige Behandlung von HIV, zunehmende Resistenzen bei der medikamentösen Behandlung von Infektionskrankheiten, die Eindämmung der nicht-übertragbaren chronischen Krankheiten, Pflege und Behandlung von psychischen Erkrankungen und die palliativ-

ve Pflege von alten Menschen, Schwerstkranken und Sterbenden stellen Gesundheitssysteme in ärmeren Ländern vor zunehmende Herausforderungen. Um ihnen begegnen zu können, müssen sie mit angemessenen Ressourcen ausgestattet sein, und ihre Gesundheitskompetenz muss ausgebildet werden.

Partnerorganisationen werden darin unterstützt, dass ihre Dienste im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes die Versorgung von Menschen in diesen Bereichen umfassen. Besondere Bedeutung hat die gemeindegetragene Prävention und Behandlung. Es kann jedoch auch die Notwendigkeit bestehen, Pflegekapazitäten in Institutionen zu stärken, da sich durch Migration und Verstädterung der Zusammenhalt in Großfamilien auflöst (vgl. Brot für die Welt 2018a).

#### 4.6 Traditionelle, komplementäre und integrative Medizin einbeziehen

Brot für die Welt hat bei der Förderung jene Varianten von Gesundheitsversorgung, die nicht auf dem gängigen Modell der Schulmedizin beruhen, bisher eher wenig berücksichtigt. Für große Teile der Bevölkerung in armen und ländlichen Gebieten sind traditionelle Medizin und Heilmethoden jedoch erreichbarer und erschwinglicher. Die WHO betrachtet traditionelle/alternative Medizin und Schulmedizin als gleichwertige und komplementäre Systeme (vgl. WHO 2013). Traditionelle Medizin ist dabei nicht als ein einheitliches System wie die wissenschaftliche Schulmedizin zu verstehen, die sich weltweit nach denselben Prinzipien ausrichtet. Es gibt verschiedene mehr oder weniger elaborierte traditionelle, alternative und indigene Gesundheitssysteme. Da diese Systeme einen wichtigen und qualitativ guten Beitrag zur Gesundheitsversorgung leisten können, sollten sie angemessen in den Blick genommen werden.

Um ihre Qualität zu sichern und zu überprüfen, müssen teilweise neue Methoden gefunden werden. Naturwissenschaftliche Kriterien können der alternativen und traditionellen Medizin aufgrund ihrer grundsätzlich anderen Herangehensweise nicht immer gerecht werden. Brot für die Welt unterstützt auch, dass indigene und andere Gemeinschaften das Wissen und die Rechte an Heilkräutern und Pflanzen behalten und sie ihnen nicht von privatwirtschaftlichen Unternehmen durch Patentierung entzogen werden.

#### 4.7 Gesundheitskatastrophen vorbeugen

Lokal begrenzte oder regional und global sich ausbreitende Epidemien können neben den Folgen für Betroffene vor allem für Gesundheitssysteme in ärmeren Ländern katastrophale Folgen haben. So wurden die ohnehin schwachen Gesundheitssysteme der durch die Ebola-Epidemie betroffenen Länder im westlichen Afrika durch den Tod von Gesundheitspersonal und die Konzentration der Ressourcen auf die Bekämpfung von Ebola zusätzlich geschwächt.

Um Epidemien und weltweite Pandemien zu verhindern, müssen Gesundheitssysteme gestärkt und weniger anfällig gemacht werden. Die Mitarbeitenden im Gesundheitswesen müssen auf eine mögliche Gesundheitskatastrophe vorbereitet und in der Vorsorge, dem Erkennen eines solchen Falles und der Umsetzung von Notfallplänen geschult werden.

#### 4.8 Gesundheitssteuerung gestalten

##### *Globale und nationale Ebene*

Das Zusammenspiel der Akteure in nationaler und insbesondere globaler Gesundheitsarchitektur verläuft oft unübersichtlich, und nicht selten stehen Partikularinteressen über denen des Gemeinwohls. Verantwortungsvolle Regierungsführung sollte sich an einem Werterahmen ausrichten, der Gesundheit als Menschenrecht, als öffentliches Gut, als eine Komponente des Wohlergehens und als ein Thema der sozialen Gerechtigkeit begreift. In allen Politikbereichen sollten die Auswirkungen auf Gesundheit in Betracht gezogen werden, um mögliche negative Effekte von politischen Entscheidungen zu reduzieren. Staatliche Politiksetzung sollte insbesondere die Gesundheit der armen Bevölkerung im Blick haben und sich nicht, wie es häufig der Fall ist, auf die Gesundheitsversorgung der wohlhabenden Schichten durch unverhältnismäßig hohe Unterstützung des privaten Sektors und des städtischen Umfeldes konzentrieren.

Brot für die Welt setzt sich kritisch mit der WHO auseinander. Das Mandat der WHO als Sonderorganisation der Vereinten Nationen besteht darin, Standards für globale Gesundheit zu setzen, einzufordern und globale Gesundheitspolitik zu koordinieren. Die WHO hat dies bisher erfolgreich u.a. mit Kampagnen zur Ausrottung der Kin-



derlähmung (Polio) und Richtlinien/Empfehlungen für Diagnostik und Behandlung von Krankheiten getan. Auf Grund starker finanzieller Einschränkungen und struktureller Mängel hat die WHO an Handlungsfähigkeit eingebüßt und beispielsweise – auch nach ihrer eigenen Einschätzung – nicht adäquat auf die Ebola-Krise 2014/ 2015 reagiert. Die Rolle der WHO muss gestärkt werden, damit sie ihre Aufgaben erfüllen kann

Sogenannte neue, private und privatwirtschaftliche Akteure und Stiftungen spielen eine zunehmende Rolle im Gesundheitsbereich. Sie knüpfen die Finanzierung der WHO häufig an Bedingungen, die ihren eigenen Interessen dienen. Dadurch entsteht das Risiko des Neutralitätsverlustes und der einseitigen Prioritätensetzung. Um eine ausreichende und nachhaltige Finanzierung der WHO zu erreichen, müssen Mitgliedsländer ihre Beiträge signifikant erhöhen. Brot für die Welt setzt sich auch für größere Transparenz in der Zusammenarbeit der WHO mit privaten Akteuren ein. Außerdem sollte die Einbindung von zivilgesellschaftlichen, gemeinnützigen Akteuren in politische Entscheidungsstrukturen der WHO, die bisher eher schwach war, gestärkt werden (vgl. BfdW 2017a).

### *Zivilgesellschaft*

Gesundheitsversorgung wird in den meisten Ländern außer von der öffentlichen Hand und zivilgesellschaftlichen Organisationen auch von privatwirtschaftlichen Trägern geleistet. Kirchen, andere glaubensbasierte und zivilgesellschaftliche Organisationen unterscheiden sich üblicherweise von privatwirtschaftlich arbeitenden Anbietern, da sie nicht für Profit arbeiten. Zivilgesellschaftliche Organisationen leisten weltweit einen bedeutenden Beitrag im Bereich Gesundheit. Neben dem Angebot an Gesundheitsdiensten begleiten sie politisches Handeln kritisch.

Viele von Brot für die Welt geförderte Projekte und Programme haben oft zusätzlich zu Gesundheitsdienstleistungen eine Advocacy-Komponente, durch die Einfluss auf die Politikgestaltung genommen wird. Brot für die Welt unterstützt insbesondere eine Anwaltschaftsarbeit, die sich auf die gewonnene Expertise aus der Projektarbeit und aus Modellprojekten stützt. Es ist ein besonderes Anliegen, dass zivilgesellschaftliche Akteure sich vernetzen und zusammenarbeiten, damit sie voneinander lernen und als kraftvolle Stimme Lobby- und Anwaltschaftsarbeit leisten können.

Darüber hinaus unterstützt Brot für die Welt zivilgesellschaftliche Organisationen darin, ihre Expertise beratend in staatliche Politiksetzung im Gesundheitsbereich einzubringen. Sie sind dazu gut aufgestellt, da sie über das technische Know-how und das Wissen um die Gesundheitsbedürfnisse der Menschen verfügen. Viele Partnerorganisationen werden von Regierungen als Berater angefragt und beteiligen sich beispielsweise an der Ausarbeitung nationaler Gesundheitsstrategien oder der Verbesserung der Qualität in Gesundheitseinrichtungen. Sie können so Beratungstätigkeit mit Anwaltschaftsarbeit für ihre Zielgruppen verbinden und Einfluss auf Politikgestaltung nehmen. Partnerorganisationen werden ebenfalls darin gefördert, dass sie selbst bei ihrer Arbeit mit den Zielgruppen und Gemeinden Transparenz, Rechenschaftslegung und Verantwortlichkeit umsetzen.

### *Privatwirtschaft*

Das Engagement von privatwirtschaftlichen Akteuren im Gesundheitsbereich hat in den vergangenen Jahren stark zugenommen. Die Gesundheitsversorgung der Benachteiligten und Armen wird dadurch weiter eingeschränkt, da sich häufig nur Besserverdienende Ärzt\*innen in privater Praxis, privatwirtschaftlich arbeitende Krankenhäuser und Krankenversicherer leisten können. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es kein System der Refinanzierung gibt und Nutzergebühren direkt bezahlt werden müssen. Vor allem in Asien drängen private Krankenversicherer und Krankenhauskonzerne auf den Markt.

Brot für die Welt sieht es als unabdingbar an, dass privatwirtschaftliche Initiativen und Unternehmen sich ihrer Verantwortung im Gesundheitsbereich stellen. Ihre Aktivitäten sollten sich an Menschenrechten und am Gemeinwohl orientieren und dürfen nicht zu einer Ausgrenzung von ärmeren Menschen führen. Staatliche Regulierung sollte Handlungsrahmen vorgeben, um dies sicherzustellen.

### *Multi-Akteurs-Partnerschaften*

Insbesondere im Rahmen der SDGs und der stärkeren Einbindung der Privatwirtschaft in Gesundheitspolitik hat sich die Zahl der Multi-Akteurs-Partnerschaften und öffentlich-privater Partnerschaften erhöht. Eine besondere Bedeutung hat der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (Globaler Fonds) erlangt, durch den auch Partnerorganisationen Mittel erhalten. Bestrebungen des Globalen Fonds, über die Förderung

von krankheitsbezogenen Programmen die Gesundheitssysteme insgesamt zu stärken, kommen besondere Bedeutung zu. Der Globale Fonds ist in seinen Steuerungsstrukturen auf die Beteiligung der Empfängerländer und der Zivilgesellschaft einschließlich der Betroffenen zugeschnitten und auf ein hohes Maß an Transparenz ausgelegt. In diesen Belangen sieht Brot für die Welt den Fonds als ein Modell für andere globale Partnerschaften.

Die Globale Impfallianz (Gavi) hat erheblich dazu beigetragen, dass die Impfraten gestiegen sind und damit die Kindersterblichkeit gesenkt wurde. Brot für die Welt sieht jedoch kritisch, dass sie in ihren Steuerungsstrukturen von der Pharmaindustrie beeinflusst ist, die von ihren privatwirtschaftlichen Eigeninteressen geleitet wird.

Brot für die Welt begleitet kritisch das Engagement von philanthropischen Akteuren und Stiftungen, wie der Bill und Melinda-Gates-Stiftung und der Clinton-Stiftung, die teils erhebliche Gelder für Globale Gesundheit aufbringen. Dieser – an sich positive – Einsatz der Mittel sollte nicht zur „Verdrängung“ staatlicher Geber führen. Zu hinterfragen ist auch der politische Einfluss, den die Gates-Stiftung als zweitgrößter Geber der WHO auf ihre Prioritätensetzung hat. Nicht zuletzt stammt ein großer Teil der durch die Gates-Stiftung für Gesundheit ausgegebenen Mittel aus Aktien von Firmen der Lebensmittelindustrie, deren Geschäftspraktiken häufig den Bemühungen um die Verbesserung der Gesundheit widersprechen und deren Produkte nicht selten als ungesunde Lebensmittel von der WHO reguliert werden – beispielsweise Coca-Cola.

Kritikpunkte am Handeln neuer Geber, wie der Gates-Stiftung, sind zudem deren mangelnde Transparenz und Rechenschaftslegung sowie ein top-down Ansatz. Sie definieren Gesundheitsbedürfnisse von einer globalen zentralen Stelle aus, meist ohne die lokalen Communities zu beachten. Zudem wird vielfach ein Entwicklungsparadigma vertreten, welches stark auf technologische und kurzfristige Lösungen setzt, statt nachhaltige Veränderungen zu bewirken. Schließlich wirft es Fragen der Legitimation auf, wenn entwicklungspolitische Entscheidungen durch die Finanzkraft von Privatpersonen getroffen werden und so ein starkes Gegengewicht zu politisch legitimierten Strukturen entsteht, also Regierungen und Institutionen der Vereinten Nationen (vgl. Misereor/GPF / BfdW 2015).

## 4.9 Aufgaben für die betroffenen Arbeitsfelder und strategische Ansätze

Die Arbeit von Brot für die Welt richtet sich an den in diesem Papier beschriebenen Grundsätzen und Positionen aus. Mit dem vorliegenden Policypapier Gesundheit wird auch ein „Strategiepapier Gesundheit“ vorgelegt, das die beschriebenen Positionen in Strategien umsetzt und den Arbeitseinheiten als Grundlage und Orientierung für ihre Arbeit dient. Der Themenbereich Gesundheit wird von den Arbeitseinheiten entsprechend ihres Aufgabenfelds in kohärenter Weise mit ihren jeweiligen Instrumenten aufgegriffen und bearbeitet:

- Lobby- und Advocacyarbeit und entwicklungspolitischer Dialog setzen sich ein für das Menschenrecht auf Gesundheit, den universellen Zugang zu einer Gesundheitsversorgung und die Umsetzung der SDGs in ihren Gesundheitsbezügen. Dabei arbeiten sie mit Partnerorganisationen zusammen und greifen deren Anliegen auf. Dies geschieht auf nationaler, europäischer und globaler Ebene.
- Die Inlandsförderung trägt mit der Förderung von entwicklungspolitischer Bildung zu größerem Bewusstsein in Bezug auf die Bedeutung von Gesundheit für Entwicklung und Armutsbekämpfung bei.
- Die Förderung und Qualifizierung der Gesundheitsarbeit der Partnerorganisationen erfolgt durch finanzielle und personelle Förderung wie auch durch Beratung, Süd-Süd-Austausch, Lehr- und Lernbesuche und Workshops.
- Stipendien im Themenbereich werden für Deutschland und als vor-Ort-Stipendien, auch als Gruppenstipendien, vergeben.
- Die Öffentlichkeitsarbeit setzt das Themenfeld in geeigneter Form um durch Sichtbarmachung in Publikationen, auf der Website und in anderen Medien.
- Die Diakonie Katastrophenhilfe (DKH) leistet humanitäre Hilfe in Katastrophensituationen auch im Gesundheitsbereich und arbeitet bei Bedarf eng mit Brot für die Welt zusammen.
- Die Expertise zur Beratung im Themenfeld steht durch Berater\*innen im Haus und durch das Deutsche Institut für Ärztliche Mission (Difäm), Tübingen, zur Verfügung.
- Austausch, Koordination und Kohärenz erfolgen durch eine abteilungsübergreifende Fachgruppe Gesundheit.

## 5. Quellenverzeichnis und weiterführende Literatur

Brot für die Welt (2018a): Report. Partner Consultation on Health. 3rd to 6th October 2017, Bangalore, India.

Brot für die Welt (2018c): Antibiotikaresistenz und globale Tierhaltung. Veröffentlicht unter: <https://info.brot-fuer-die-welt.de/blog/antibiotikaresistenz-globale-tierhaltung>

Brot für die Welt (2017a): Diskussionsbeitrag. Quo vadis, WHO? Vor welchen Herausforderungen die Weltgesundheitsorganisation steht und wie Deutschland zu ihrer Stärkung beitragen kann. [https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2\\_Downloads/Fachinformationen/Analyse/Analyse72\\_Quo\\_vadis\\_WHO.pdf](https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2_Downloads/Fachinformationen/Analyse/Analyse72_Quo_vadis_WHO.pdf),

Brot für die Welt (2016d): Report. Bread for the World - Partner Consultation on Health and HIV. 22 - 25 November 2016, Limbe, Cameroon.

Brot für die Welt (2016f): Strategieplan 2016 bis 2020. Berlin.

Brot für die Welt (2016g): Synthesebericht für Brot für die Welt/Evangelischer Entwicklungsdienst. Evaluierung der Zusammenarbeit von Brot für die Welt mit Dachorganisationen und Netzwerken.

Brot für die Welt (2016i): Wie ein Virus die Entwicklung eines ganzen Landes zerrüttet. Die gesellschaftlichen Auswirkungen der Ebola-Krise in Liberia - unter besonderer Berücksichtigung der Ernährungs-sicherheit. [https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2\\_Downloads/Fachinformationen/Analyse/Analyse57\\_Ebola.pdf](https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2_Downloads/Fachinformationen/Analyse/Analyse57_Ebola.pdf)

Brot für die Welt (2015a): Blog. Erwartungen an den G7-Gipfel zu antimikrobiellen Resistenzen (AMR), [https://info.brot-fuer-die-welt.de/sites/default/files/blog-downloads/erwartungen\\_zu\\_amr\\_an\\_g7\\_gipfel\\_0.pdf](https://info.brot-fuer-die-welt.de/sites/default/files/blog-downloads/erwartungen_zu_amr_an_g7_gipfel_0.pdf)

Brot für die Welt (2015b): Final evaluation of the project Ebola Response. Save Sierra Leone from Ebola. Berlin.

Brot für die Welt (2015f): Orientierung Familienplanung. Berlin.

Deutsches Institut für ärztliche Mission/ Difäm (2016): Gesundheit in der Einen Welt. Im Fokus: Psychische Gesundheit. [https://difaem.de/uploads/tx\\_bfactorpublikationen/GideW\\_2\\_2016\\_web\\_01.pdf](https://difaem.de/uploads/tx_bfactorpublikationen/GideW_2_2016_web_01.pdf)

Difäm (2014): Christliche Gesundheitsarbeit: Zukunftsaufgabe von Kirchen und Gemeinden, Überlegungen anlässlich des 50jährigen Jubiläums einer Tagung zur christlichen Gesundheitsarbeit im Jahr 1964

Difäm/ Scenarium (2017): Study Report. Analysis of existing Brot für die Welt projects for community-based health financing in the context of national ambitions for health financing - and development of recommendations for a future funding policy of Brot für die Welt. Tübingen/ Berlin

Deutsche Plattform Globale Gesundheit/ DPGG (2017a): Fact Sheet. Brain Drain durch grenzüberschreitende Abwerbung von Gesundheitsfachkräften. [https://www.plattformglobalegesundheit.de/wp-content/uploads/2017/11/dpgg\\_fact-sheets\\_4.pdf](https://www.plattformglobalegesundheit.de/wp-content/uploads/2017/11/dpgg_fact-sheets_4.pdf)

Deutsche Stiftung Weltbevölkerung/ DSW (2017a): Freiwillige Familienplanung. Aufklärung und Familienplanung – (k)eine normale Sache. Veröffentlicht unter: <https://www.dsw.org/unsere-themen/freiwillige-familienplanung/>

DIMR (1976): Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte vom 19. Dezember 1966. Veröffentlicht unter: [http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user\\_upload/PDF-Dateien/Pakte\\_Konventionen/ICESCR/icescr\\_de.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Pakte_Konventionen/ICESCR/icescr_de.pdf)

Evangelischer Entwicklungsdienst/ EED (2010): Profil 14, Gesundheit. Profil - Positionen – Perspektiven. Bonn.

Evangelischer Entwicklungsdienst/Brot für die Welt (2006): HIV/Aids. Probleme – Positionen – Strategien. [https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2\\_Downloads/Themen/Gesundheit/EED\\_BfdW\\_HIV-Aids\\_2006.pdf](https://www.brot-fuer-die-welt.de/fileadmin/mediapool/2_Downloads/Themen/Gesundheit/EED_BfdW_HIV-Aids_2006.pdf)

Evangelische Kirche in Deutschland/ EKD (2013): Vortrag von Nikolaus Schneider: Das Subsidiaritätsprinzip ist ein Segen. [https://www.ekd.de/pm234\\_2013\\_subsidaritaetsprinzip.htm](https://www.ekd.de/pm234_2013_subsidaritaetsprinzip.htm)

Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe e.V. / EZE (2017): Bericht zur Förderung entwicklungspolitischer Vorhaben der Kirchen aus Bundesmitteln im Jahr 2016. Förderbericht 2016. Berlin.

International Labour Organization/ILO (2017): World Social Protection Report 2017–19. Universal social protection to achieve the Sustainable Development Goals. [http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms\\_604882.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/---publ/documents/publication/wcms_604882.pdf)

Misereor/Global Policy Forum/ Brot für die Welt (2015): Philanthropic Power and Development. Who shapes the agenda? [https://www.globalpolicy.org/images/pdfs/GPFEurope/Philanthropic\\_Power\\_online.pdf](https://www.globalpolicy.org/images/pdfs/GPFEurope/Philanthropic_Power_online.pdf)

Ökumenischer Rat der Kirchen/ ÖRK (2018): Gesundheit und Heilen. [https://www.oikoumene.org/de/was-wir-tun/gesundheits-und-heilen?set\\_language=de](https://www.oikoumene.org/de/was-wir-tun/gesundheits-und-heilen?set_language=de)

SEEK Development/ SEEK (2013): Evaluation des Förderbereichs Gesundheit des Evangelischen Entwicklungsdienstes e. V. (EED). Synthesebericht aus Desk-Studie und Fallstudien. Berlin.

The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria/ GFATM (2018): Accelerating the end of AIDS, tuberculosis and malaria as epidemics; <https://www.theglobalfund.org/en/>

UNAIDS (2017). <http://www.unaids.org/>

United Nations/ UN (2000): General Comment No. 14 (2000). The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the international Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). [http://tbinternet.ohchr.org/\\_layouts/treatybodytext/er-nal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en](http://tbinternet.ohchr.org/_layouts/treatybodytext/er-nal/Download.aspx?symbolno=E%2fC.12%2f2000%2f4&Lang=en)

UN (2015a): Sustainable Development Goals. <http://www.un.org/sustainabledevelopment/sustainable-development-goals/>

UN (1948): Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, Artikel 25. <http://www.unric.org/de/menschenrechte/16>, 06.02.2018

WHO (2018d): Neglected tropical diseases. [http://www.who.int/neglected\\_diseases/diseases/en/](http://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/)

WHO (2018e): SDG 3: Ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages. <http://www.who.int/sdg/targets/en/>

WHO (2016a): Health literacy. The mandate for health literacy. <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/9gchp/health-literacy/en/>

WHO (2013): WHO Traditional Health Medicine Strategy 2014-2023. Veröffentlicht unter: [http://www.searo.who.int/entity/health\\_situation\\_trends/who\\_trm\\_strategy\\_2014-2023.pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/entity/health_situation_trends/who_trm_strategy_2014-2023.pdf?ua=1),

WHO (2012): Governance for health in the 21st century. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0/019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0/019/171334/RC62BD01-Governance-for-Health-Web.pdf),

WHO (2010a): Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and their Measurement Strategies. Veröffentlicht unter: [http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MB\\_HSS\\_2010\\_full\\_web.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MB_HSS_2010_full_web.pdf?ua=1), 06.02.2018

WHO (2010b): WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Veröffentlicht unter:  
[http://www.who.int/hrh/migration/code/code\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1)

WHO (1978): The Declaration of Alma Ata. International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978, Veröffentlicht unter:  
[http://www.who.int/publications/almaata\\_declaration\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf?ua=1)

WHO (1946): Verfassung der Weltgesundheitsorganisation. Veröffentlicht unter:  
<https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/O.810.1.pdf>,  
06.02.2018

WHO: Health in the post-2015 development agenda: need for a social determinants of health approach. Joint statement of the UN Platform on Social Determinants of Health  
[http://www.who.int/social\\_determinants/advocacy/UN\\_Platform\\_FINAL.pdf?ua=1](http://www.who.int/social_determinants/advocacy/UN_Platform_FINAL.pdf?ua=1)

WHO/WB (2017): Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report.  
[http://www.who.int/healthinfo/universal\\_health\\_coverage/report/2017\\_global\\_monitoring\\_report.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2017_global_monitoring_report.pdf?ua=1)

# Abkürzungsverzeichnis

|       |  |        |  |
|-------|--|--------|--|
| AgA   | Aktionsbündnis gegen Aids  | MDG    | Millennium Development Goal  |
| bpb   | Bundeszentrale für politische Bildung                            | NCD    | Non Communicable Disease   |
| BVGF  | Berufsverband Gesundheitsförderung e.V.                          | NRO    | Nichtregierungsorganisationen  |
| Difäm | Deutsches Institut für Ärztliche Mission e. V.                   | NTD    | Neglected Tropical Diseases / Vernachlässigte Tropische Krankheiten                |
| DIMR  | Deutsches Institut für Menschenrechte                            | OHCHR  | Office of the High Commissioner for Human Rights                                   |
| DKH   | Diakonie Katastrophenhilfe                                       | ÖRK    | Ökumenischer Rat der Kirchen   |
| DPGG  | Deutsche Plattform Globale Gesundheit                            | PDP    | Produktentwicklungspartnerschaft   |
| DSW   | Deutsche Stiftung Weltbevölkerung                                | PPP    | Public Private Partnerships  |
| EED   | Evangelischer Entwicklungsdienst                                 | RKI    | Robert Koch-Institut   |
| EKD   | Evangelische Kirche in Deutschland                               | SDG    | Sustainable Development Goal   |
| EZE   | Evangelische Zentralstelle für Entwicklungshilfe e.V.            | UHC    | Universal Health Coverage  |
| FAO   | Food and Agriculture Organization of the United Nations          | UN     | United Nations / Vereinte Nationen   |
| Gavi  | Global Alliance for Vaccines and Immunisation                    | UNAIDS | United Nations Programme on HIV/AIDS   |
| GFATM | The Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria          | UN-BRK | UN-Behindertenrechtskonvention   |
| GIZ   | Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit          | UNDP   | United Nations Development Programme / Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen |
| HIV   | Humane Immundefizienz Virus                                      | WB     | World Bank / Weltbank  |
| ILO   | International Labour Organization                                |        |  |
| LGBTI | Lesbian, Gay, Bisexual, Transexuell/ Transgender und Intersexual |        |  |