



Gesundheitspolitik

Bad Nauheimer Gespräch:

Global Health und das Menschenrecht auf Gesundheit – Eine bittere Utopie?

Haben alle Menschen weltweit den gleichen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung? „Gesundheit ist der Status eines vollständigen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit“, heißt es in der Charta der Weltgesundheitsorganisation von 1946. Eine utopische Gesundheitsdefinition. Zugleich wird aber auch erstmals ein Menschenrecht auf Gesundheit formuliert: „Das Erreichen des höchstmöglichen Zustandes von Gesundheit ist eines der fundamentalen Menschenrechte eines jeden Menschen, ohne Unterscheidung von Rasse, Religion, politischer Überzeugung und wirtschaftlichen oder sozialen Bedingungen.“ Völkerrechtliche Bedeutung er-

langte es 20 Jahre später mit der Ausformulierung 1966 im Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte.

Ist dieses Menschenrecht auf Gesundheit nur ein Papiertiger oder hat es auch eine reale Bedeutung? Darüber sprach PD Dr. med. Michael Knipper auf der Diskussionsveranstaltung, zu der Dr. med. Ingrid Haselblatt-Diedrich (1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied) im Namen des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche e.V. eingeladen hatte.

Für Knipper stand dabei außer Frage: „Das Erreichen dieses Status und die Förderung von Gesundheit, der Schutz von Gesundheit ist ein Wert für alle, nicht nur für den einzelnen, sondern für die gesamte Ge-

sellschaft. Mit Perspektiven, die nur auf sich, seine Region, sein Land bezogen sind, kommt man auf Dauer nicht weiter, insbesondere im Kontext von Globalisierung.“

Gesundheit für alle überall

Menschen sind verschieden, haben unterschiedliche Risiken und Möglichkeiten. Es reiche daher nicht einfach nur aus, für die gleichen Chancen im Sinne des englischen Begriffs von „equality“ zu sorgen. Kernelement des Menschenrechts auf Gesundheit sei vielmehr der Ausgleich von Benachteiligung („equity“). Das bedeutet: Derjenige, der mehr braucht, bekommt auch mehr und nicht: Alle bekom-

men dasselbe. „Dadurch öffnet sich ein weites Feld zu sozialer Ungleichheit, Armut aber auch zu Umweltverschmutzung, Zugang zu Wasser und Ernährung, zu vernünftigen Lebensverhältnissen als Voraussetzung von Gesundheit. Gesundheit ist eben nicht nur medizinisch bestimmt, sondern abhängig von sozialen, ernährungs- und ökonomischen Aspekten“, erläuterte Knipper.

Die Staaten sind in der Pflicht – sie müssen darlegen, was sie machen oder was sie nicht machen und warum. Ein schwieriges Thema, das bereits seit 1948 und heute noch diskutiert werde: Inwieweit können Staaten durch die Menschenrechte verpflichtet werden, Rechenschaft abzulegen oder von anderen übergeordneten Gremien wie den Vereinten Nationen kontrolliert zu werden? An diesem Punkt ziehen nicht alle an einem Strang.

Internationale Hilfen und Migration

Internationale Hilfen erfolgen meist in Form von vertikalen Ansätzen: kosteneffiziente Maßnahmen werden auf ein Ziel ausgelegt, z.B. zur Kontrolle von Malaria, Polio oder anderen einzelnen Krankheiten. Diese Methode sei häufig sehr effektiv und laufe gut, bestätigte Knipper. Problematisch bei diesen Ansätzen sei jedoch, dass alle anderen Erkrankungen eben nicht abgedeckt werden. Ein Fall der WHO zeigte dies auf tragische Weise: so starb der letzte Überlebende der Pocken während er sich in Somalia für die Polio-Ausrottung engagierte an Malaria. „Bei internationaler Gesundheitspolitik sollte es nicht primär um Impfstoffe und Medikamente für eine bestimmte Krankheit gehen, wir brauchen vor allem eine starke Struktur zur Gesundheitsversorgung, der einen menschenrechtlichen Ansatz verfolgt.“

Es geht um Verbesserungen der Gesundheitssituation für alle Menschen weltweit. Unter „Global“ werde dabei häufig fälschlicherweise nur die Tropenmedizin verstanden. Es umfasse aber selbstverständlich auch die reicheren Staaten, so auch Deutschland. Zu wenig berücksichtigt werde bislang die Situation von Flüchtlingen und zwar weltweit. Am Beispiel einer

Patientin in Gießen machte Knipper das Dilemma deutlich, die 2003 stark traumatisiert nach Deutschland kam. Ihr Asylantrag wurde 2004 schnell abgelehnt, seitdem befindet sie sich in der Duldung und war permanent von Abschiebung bedroht. Ihr ging es psychisch immer schlechter, sie wurde suizidal und schließlich stationär aufgenommen – für mehr als zwei Jahre. „Es war keine Stabilisierung möglich, weil es immer die Drohung gab, sie werde abgeschoben. Die Ärztinnen und Ärzte haben keine Möglichkeit gese-

PD Dr. med. Michael Knipper ist Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen. Seit 2011 ist er Koordinator des Schwerpunktcurriculums „Global Health“ am Fachbereich Medizin. 2014 wurde Knipper mit dem Ars legendi-Fakultätenpreis für exzellente Lehre in der Hochschulmedizin ausgezeichnet. Knipper ist Mitglied des Forschungsprogramms „Global Health and Human Rights“ an der University of Connecticut. Er leitet seit 2013 den Ausschuss „Interkulturelle Kompetenz & Global Health“ der Gesellschaft für Medizinische Ausbildung. 2015 arbeitet er als Gastwissenschaftler am Department for Global Health and Social Medicine an der Harvard Medical School.



hen, ihr zu helfen“, erinnerte sich Knipper. Erst die Änderung ihres Rechtsstatus – mehr als zehn Jahre später – führte dazu, dass die Patientin therapiert werden konnte. „Es gibt keine Therapiemöglichkeit ohne äußere Sicherheit. Man muss erst einen sicheren Kontext herstellen.“ Der Fall zeige, dass erst die Veränderung des Aufenthaltsstatus Voraussetzung für die psychische Stabilisierung der Therapie war. Damit hatte das juristische Verfahren eine medizinische Konsequenz.

Wichtig sei in diesem Zusammenhang, sich mit dem Thema Migration vertraut zu machen. „Migration als Prozess hat verschiedene Phasen“, erklärte Knipper: Die Phase vorher, in welcher der Entschluss zur Flucht gefasst wird, sei häufig bereits von Traumatisierungen begleitet. Die Flucht selbst dauert dann nicht selten Jahre, währenddessen Todesfälle im unmittelbaren Umfeld und viele andere Erlebnisse wie Verfolgung, Misshandlung oder der unsichere Fluchtweg über das Mittelmeer weitere Traumatisierungen hervorrufen. In Europa angekommen ist die Odyssee noch lange nicht vorbei. Man denkt, man ist am Ende der Flucht, man hat Schlimmes erlebt und es geht eigentlich weiter: Unsicherheit, Angst, Ungewissheit, Aufenthaltsstatus, Beschränkungen bei der Gesundheitsversorgung, die Möglichkeit zu arbeiten und sich frei zu bewegen. „Die europäische Flüchtlingspolitik ist ein erhebliches Risiko für Krankheiten. Das Menschenrecht auf Gesundheit ist in Europa durch staatliche Politik und Maßnahmen eingeschränkt“, stellte Knipper fest.

Medizin und Politik

Das Problem sieht Knipper in der Tendenz, vor allem biologische Fragen zu stellen und Krankheit nur biologisch-technisch zu verstehen. Die soziokulturellen Zusammenhänge würden damit ausblendet. Wenn man jedoch medizinische Ziele wie die öffentliche Gesundheitsverbesserung verfolge, müsse man auch politisch denken, um so eine Menschenrechtsperspektive nachhaltig zu stärken. „Medizin ist eine soziale Wissenschaft und Politik ist nichts weiter als Medizin im Großen“, zitierte Knipper den berühmten Pathologen Rudolf Virchow. Medizinische Ziele z.B. bei der Gesundheitsversorgung von Minderheiten seien zum Teil nur politisch erreichbar. „Das Menschenrecht ist ein politisches Instrument. Man kann politische Forderungen stellen, man kann die politische Debatte beeinflussen und das wird auch getan. Dafür sind die Menschenrechte da.“

Maren Grikscheit