



Armut, Krise und Globalisierung

Chronische Krankheiten haben eine Geschichte

Von Martin Leschhorn Strebel

Auch in Entwicklungs- und Schwellenländern haben sich die chronischen Krankheiten zur häufigsten Todesursache entwickelt. Dahinter stehen soziale, politische und ökonomische Ursachen. Die internationale Gesundheitspolitik steht vor einer grossen Herausforderung.

Handicap International – ein Name, der für sein Engagement gegen Antipersonenminen und Streubomben steht. Von dieser Arbeit her kennt sich die Organisation mit der Amputation bei Kriegsverwundeten aus. Dieses Wissen muss sie nun auch in anderem Zusammenhang einsetzen – bei der Behandlung von Folgeschäden der Diabetes. Folgerichtig also, dass sich die Mitgliedorganisation von Medicus Mundi Schweiz auch im Kampf gegen Diabetes engagiert. Dies ist in zunehmender Weise auch in Entwicklungs- und Schwellenländern notwendig: 80% der Menschen mit Diabetes leben dort. Die „International Diabetes Foundation“ (IDF) rechnet mit über 300 Millionen Diabeteskranken in den einkommensschwachen Ländern bis ins Jahr 2025.

Diabetes ist nur ein Beispiel für die zunehmende Last von chronischen Krankheiten in Entwicklungsländern. Ausser im südlichen Afrika übertreffen unterdessen die chronischen Krankheiten die übertragbaren Krankheiten als Todesursache. Aber auch die Menschen in den Städten Afrikas sind mehr und mehr von den chronischen Krankheiten betroffen. Die prospektiven Zahlen der WHO sehen im weltweiten Vergleich den stärksten Anstieg der Todesraten aufgrund von Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs, chronischen Atemwegserkrankungen und Diabetes in den Entwicklungsländern.

Häufigste Todesursache weltweit

Im Gegensatz dazu ist die weltweite Aufmerksamkeit auf Infektionskrankheiten wie Malaria, Tuberkulose und HIV/Aids gerichtet. Dies spiegelt sich in den globalen Gesundheitsprogrammen genau so wie in den Millennium Development Goals (MDGs), welche die chronischen Krankheiten weitgehend ausblenden. Doch auch die staatlichen Gesundheitsprogramme wie auch das vielfältige Engagement von Hilfswerken richten sich primär gegen übertragbare Krankheiten.

Dass die chronischen Krankheiten in den Entwicklungs- und Schwellländern noch nicht die nötige Aufmerksamkeit erfahren haben, mag einen historisch-psychologischen Grund haben: Übertragbare Krankheiten sind in der kollektiven Erinnerung als schicksalhaft, die ganze Gesellschaft betreffende Krankheiten verankert. Was alle betrifft, erhöht das Mitgefühl mit dem Schicksal der Kranken und lädt zu solidarischem Handeln ein. Paradigmatisch steht dafür HIV/Aids: Obwohl im globalen Norden nur wenige von der Krankheit betroffen waren, ist eine breite Solidaritätsbewegung entstanden, die auch den Kampf gegen HIV/Aids im südlichen Afrika prägt.

Demgegenüber werden chronische Krankheiten bei uns als individuelle Schicksale wahrgenommen und immer auch mit persönlichem Fehlverhalten in Verbindung gebracht: „Er hat eben zu viel geraucht!“ – „Sie hat sich eben schlecht ernährt und zu wenig bewegt.“ – „Er hat eben gerne einen über den Durst getrunken.“ Chronische Krankheiten lassen sich als „Lifestyle diseases“ kaum politisieren.

Chronische Krankheiten politisieren

Doch genau dies muss passieren: Die Verbreitung der chronischen Krankheiten ist auch eine Geschichte der Armut und der sozialen Ausgrenzung – im Norden wie im Süden. Betroffen sind denn auch Kinder, die aufgrund von Unter- und Mangelernährung unter chronischen Krankheiten leiden.

Chronische Krankheiten sind das Ergebnis von sozialen Krisen: Als die Sowjetunion zusammengebrochen ist, sind in Osteuropa die Gesundheitsversorgung und die soziale Sicherheit kollabiert. Viele Menschen reagierten auf die Unsicherheiten mit erhöhtem Alkoholkonsum. Folge: Zwischen 1990 und 2005 sank die Lebenserwartung eines russischen Mannes von 64 auf 53 Jahren.

Die Zunahme der chronischen Krankheiten erzählt auch die Geschichte der Globalisierung. Mit dem nordamerikanischen Freihandelsabkommen NAFTA verpflichtete sich Mexiko 1994, ausländische Investitionen zu erleichtern. 1993, also vor der Vertragsunterzeichnung, betrugen us-amerikanischen Direktinvestitionen in die mexikanische Lebensmittelindustrie 210 Millionen US-\$. Fünf Jahre nach der NAFTA-Unterzeichnung stiegen die us-amerikanischen Direktinvestitionen auf 5.3 Milliarden US-\$. Zwischen 1993 und 2003 stieg der Anteil von verarbeiteten Nahrungsmitteln (Soft Drinks, Snacks etc.) in Mexiko um 5-10% pro Jahr. 1999 stammten 46% der Energie, die sich Kinder zwischen eins und vier Jahren in Mexiko zu sich nahmen, aus verarbeiteten Lebensmitteln. Im gleichen Zeitraum haben Fettleibigkeit und Diabetes in Mexiko epidemische Ausmasse angenommen: Fettleibigkeit und Übergewicht stiegen von 33% 1988 auf 62.5% im Jahr 2004; 8% der MexikanerInnen leiden unter Diabetes.

Herausforderung für den Süden

Chronische Krankheiten sind also durchaus auch Lebensstil-Krankheiten, wobei das soziale, politische und ökonomische Umfeld den Lebensstil bestimmen. Armut schafft chronische Krankheiten – eben auch in Entwicklungs- und Schwellenländern. Dort aber treffen die Krankheiten auf ein bereits schwaches Gesundheitssystem, was die Situation für die Betroffenen noch zusätzlich erschwert. Die Kosten in der Prävention und der Behandlung werden steigen. Die chronischen Krankheiten werden auch die Volkswirtschaften belasten, sind doch der überwiegende Teil der Betroffenen im erwerbsfähigen Alter.

Die Zunahme der chronischen Krankheiten stellt eine grosse Herausforderung für die staatlichen Gesundheitssysteme in den Entwicklungs- und Schwellenländern wie auch die internationale Gesundheitszusammenarbeit dar. Um sie zu meistern, sollten wir auf die Erfahrungen aus der Bekämpfung von übertragbaren Krankheiten zurückgreifen können. Politisch könnte das globale Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle der WHO als ein gutes Beispiel dienen, wie gesunde Lebensbedingungen weltweit eingefordert werden können.

Um die chronischen Krankheiten anzugehen, braucht es umfassende Ansätze, die auch die sozialen und ökonomischen Bedingungen angehen und das kulturelle Umfeld berücksichtigen. Prävention und Behandlung müssen dabei in die bestehende Gesundheitsversorgung basisnah integriert werden.

Martin Leschhorn Strebel ist Mitglied der Geschäftsleitung von Medicus Mundi Schweiz

Quellen

Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health: final report of the commission on social determinants of health. World Health Organization 2008

Hannah Kuper and Simon Kuper: “Lifestyle” diseases saddle poor countries. Financial Times, January 9 2009

Global Health Watch 2: An Alternative World Health Report. London 2008

8. Symposium der schweizerischen Gesundheitszusammenarbeit

Chronische Krankheiten in Entwicklungs- und Schwellenländern

Basel, den 10. November 2009

Medicus Mundi Schweiz – das Netzwerk Gesundheit für alle, arbeitet dieses Jahr mit einem besonderen inhaltlichen Fokus zum Thema der chronischen Krankheiten in Entwicklungs- und Schwellenländern.

Eine wichtige Plattform für den Erfahrungsaustausch zu diesem Thema ist das diesjährige Symposium im November.

Information und Anmeldung:

Medicus Mundi Schweiz

Martin Leschhorn Strebel

061 383 18 10

martin.leschhorn@medicusmundi.ch

Website MMS Symposium 2009



Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz

Musterstrasse 24

Suisse romande

Medicus Mundi Suisse

Rue de Vevron 1

Bankverbindung

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel

Murbadenerstrasse 34

Rue de Varembe 1

CH-4056 Basel

CH-1202 Genève

Tel. +41 61 383 18 10

Tél. +41 22 920 08 08

info@medicusmundi.ch

contact@medicusmundi.ch

Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel

IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5

BIC: BKBBCHBBXXX