



Die doppelte Bürde

Nicht-übertragbare Krankheiten
als globales Problem

BUKO Pharma-Kampagne
www.bukopharma.de

Mitglied von Health Action International

Inhalt

Einleitung: Armut macht doppelt krank.....	3
Die doppelte Bürde.....	4
Teilhabe macht gesund: Interview mit Prof. Rosenbrock.....	9
Nauru – die kranke Insel	11
Chronisch Kranke lassen Kassen klingeln	13
Todesursache Nr. 1: Herz-Kreislauf-Erkrankungen.....	18
Was tut die WHO?.....	24
Ruanda – Land der tausend Hügel.....	27
Die Krankheitsbilder ändern sich: Interview mit Dr. Düll	28
Public-Private-Partnerships: Ein Modell?	31
Drängende Probleme: Was bleibt zu tun?	34

Impressum

Herausgeber:	BUKO Pharma-Kampagne/Gesundheit und Dritte Welt e.V. August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland Fon +49-(0)521-60550, Telefax +49-(0)521-63789 e-mail: pharma-brief@bukopharma.de Homepage: www.bukopharma.de
Verleger:	Gesundheit und Dritte Welt e.V. August-Bebel-Str. 62, 33602 Bielefeld, Deutschland Hedwig Diekwisch
Texte:	Jörg Schaaber, Claudia Jenkes
Redaktion:	Johanna Schürmann, Luisa Marquardt
Mitarbeit:	© Steve Evans, © Milton Young, © Jorge Royan
Fotos Titel:	com,ma Werbeberatung GmbH, Bielefeld
Design:	Jörg Schaaber
Layout:	AJZ Druck & Verlag GmbH, Bielefeld
Druck:	© copyright BUKO Pharma-Kampagne 2013

Gefördert von ENGAGEMENT GLOBAL im Auftrag des



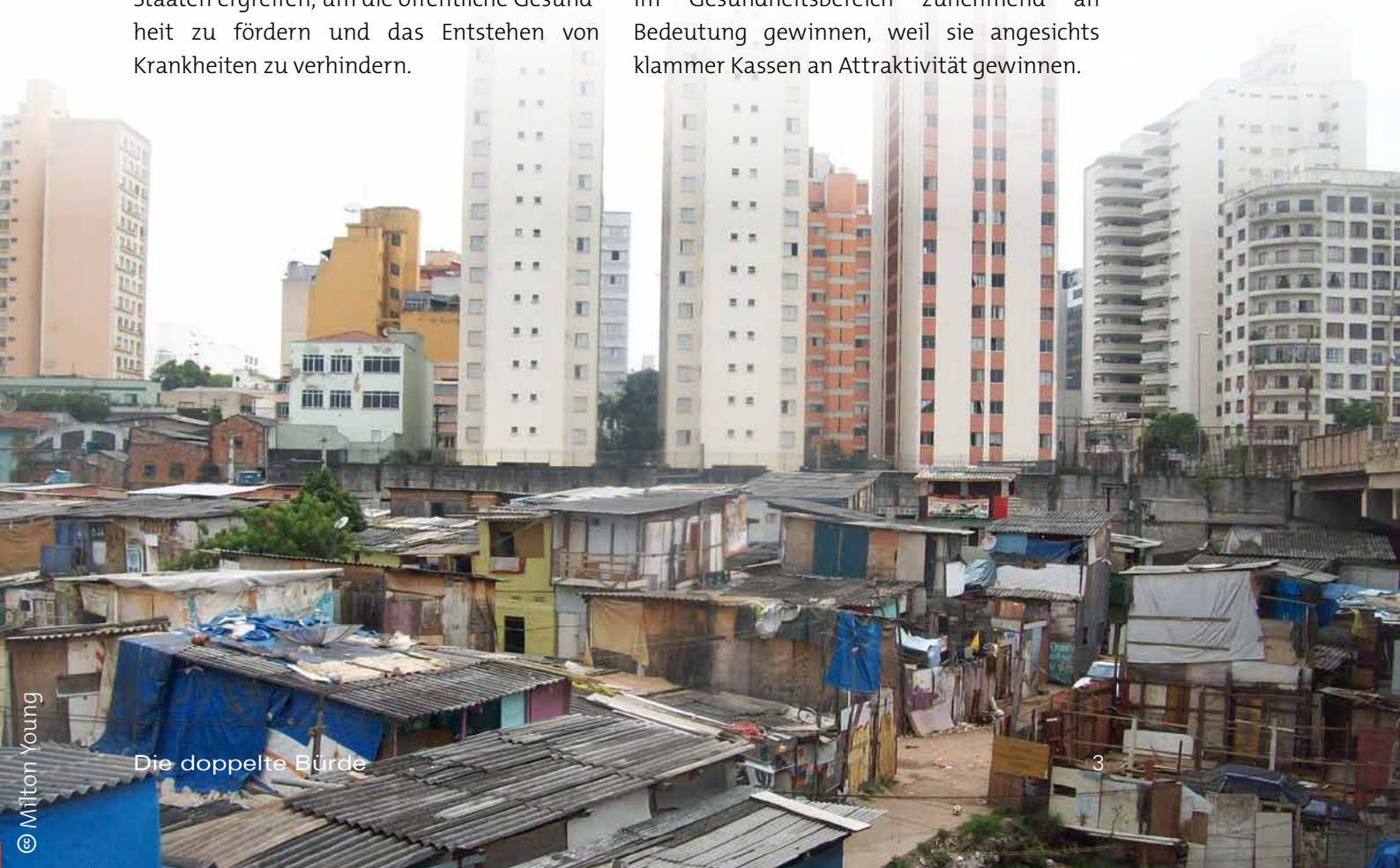
Der Herausgeber ist für den Inhalt allein verantwortlich.

Armut macht doppelt krank

Jedes Jahr sterben weltweit mehr als 36 Millionen Menschen an den Folgen nicht-übertragbarer Krankheiten. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Lungenerkrankungen und Diabetes sind für 80% dieser Todesfälle verantwortlich. Mehr als neun Millionen davon sind jünger als 60 Jahre. Für das Jahr 2030 wird prognostiziert, dass in Afrika nicht-übertragbare Krankheiten den Spitzenplatz als Ursache für frühzeitigen Tod übernehmen werden. Betroffen sind vor allem sozial Benachteiligte. So haben Menschen mit niedrigerem Einkommen ein viel höheres Risiko an nicht-übertragbaren Krankheiten zu sterben. Doch auch in reichen Ländern spielt der Unterschied zwischen Arm und Reich bei der Entstehung und den Folgen nicht-übertragbarer Krankheiten eine entscheidende Rolle.

Wir werfen einen Blick auf die Ursachen für die Entstehung der Krankheiten. Vor allem sind es vier Risikofaktoren, denen hierbei eine besondere Bedeutung zukommt. Das sind Rauchen, körperliche Inaktivität, ein hoher Alkoholkonsum und eine ungesunde Ernährung. Wir zeigen am Beispiel Naurus, einem Kleinststaat im Pazifik, die negativen Folgen von Kolonialpolitik und Globalisierung und fragen eine in Ruanda arbeitende Ärztin nach den Merkmalen der ruandischen Gesundheitspolitik bei der Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten. Zudem analysieren wir die Maßnahmen, die die Weltgesundheitsorganisation (WHO) oder Staaten ergreifen, um die öffentliche Gesundheit zu fördern und das Entstehen von Krankheiten zu verhindern.

Ein besonderes Augenmerk legen wir auf die Pharmaindustrie. Denn da es sich bei nicht-übertragbaren Krankheiten oft um chronische Erkrankungen handelt, erfordert die Therapie, neben einer Umstellung der Lebensweise, unter Umständen auch eine lebenslange Therapie mit Arzneimitteln. Chronisch Kranke sind ein interessanter Markt für die Arzneimittelhersteller, versprechen sie doch über Jahre stabile Gewinne. Wir beschreiben Marktstrategien der Pharmahersteller in verschiedenen Ländern und hinterfragen kritisch die Folgen für Bevölkerung und Gesundheitsversorgung. Wir bewerten auch sogenannte Public-Private-Partnerships, die im Gesundheitsbereich zunehmend an Bedeutung gewinnen, weil sie angesichts klammer Kassen an Attraktivität gewinnen.



Die doppelte Bürde

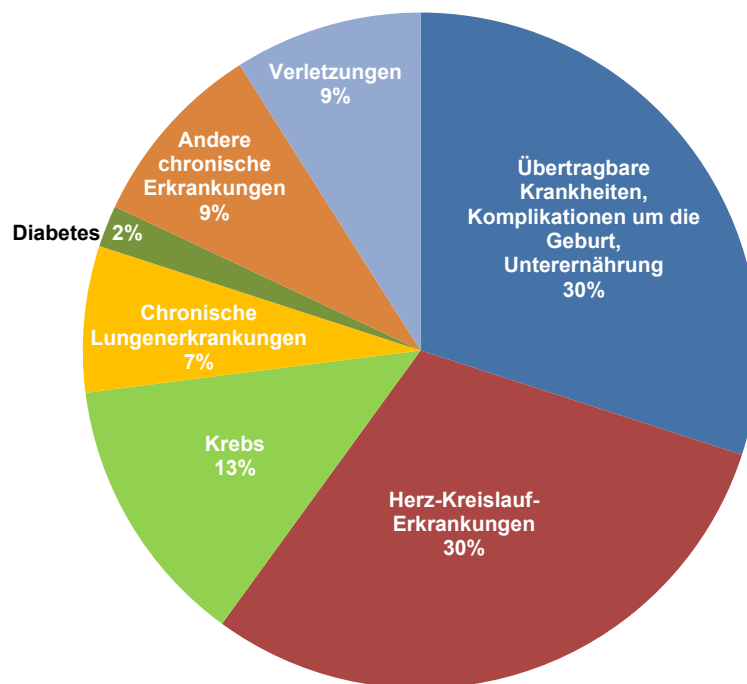
Nicht-übertragbare Krankheiten nehmen in armen Ländern zu

Bei der Kategorisierung von Krankheiten unterscheidet man grob zwischen drei Gruppen: die übertragbaren Krankheiten (communicable diseases), auch Infektionskrankheiten genannt. Sie entstehen durch die Ansteckung mit bestimmten Krankheitserregern. Hierzu gehören beispielsweise Masern, Durchfallerkrankungen wie Typhus oder Cholera, Tuberkulose oder auch HIV/AIDS. Diese Erkrankungen spielen in armen Ländern immer noch eine große Rolle. Davon zu unterscheiden sind die nicht-übertragbaren Krankheiten (non-communicable diseases = NCD) wie Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, der Lunge aber auch Diabetes und Krebs. Die NCDs nehmen in armen Ländern zu. Schließlich gibt es als dritte Gruppe Verletzungen jeder Art (durch Unfälle, Gewalt usw.).

Für nicht-übertragbare Krankheiten wird teilweise synonym der Begriff der chronischen Krankheiten gebraucht. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) benutzt diesen Begriff in ihrem 2005 erschienenen Bericht: „Preventing Chronic Diseases – a Vital Investment“. Chronische Krankheiten weisen gemeinsame Charakteristika auf: Die Ursachen liegen oft im frühen Lebensalter und bis zum Ausbruch der Krankheit vergeht viel Zeit. Aufgrund des langsamen Krankheitsverlaufes gibt es zahlrei-

che Möglichkeiten der Prävention, um das Entstehen einer Erkrankung zu verhindern. Rauchen, Bewegungsmangel, zu viel Alkohol und ungesunde Ernährung gelten als wichtigste Risikofaktoren. Aber auch bei bereits Erkrankten können frühe Interventionen die Folgen begrenzen.¹ Für die vorliegende Broschüre entscheiden wir uns für die Bezeichnung nicht-übertragbare Krankheiten (NCD), da sich dieser Begriff in den letzten Jahren in der internationalen Debatte durchgesetzt hat.

Abb. 1: Todesursachen weltweit



Quelle: WHO (2006) World health statistics 2006, die Daten beziehen sich auf das Jahr 2005 und sind altersstandardisiert.

Todesursachen weltweit

Weltweit haben sich in den letzten Jahrzehnten die Ursachen für Todesfälle erheblich verschoben. Starb noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts der überwiegende Teil der Menschheit an Infektionskrankheiten wie Durchfall, Lungenentzündung oder Tuberkulose, so sind heute nicht-übertragbare Krankheiten der häufigste Killer (siehe Abb. 1). Hierbei belegen Herz-Kreislauf-Erkrankungen weltweit den ersten Platz. Einzig in Afrika gibt es zur Zeit noch mehr Todesfälle durch Infektionskrankheiten als durch nicht-übertragbare Erkrankungen, was vor allem auf HIV/AIDS zurückzuführen ist. Rangierten infektiöse Durchfall-Erkrankungen 2002 noch auf Platz 7 der 15 häufigsten Todesursachen, werden sie einer Prognose zufolge im Jahr 2030 „nur“ noch Platz 16 einnehmen.² Selbst in Afrika werden dann mehr Menschen an den Folgen nicht-übertragbarer Krankheiten sterben als an Infektionen. Fast die Hälfte der Menschen, die an nicht-übertragbaren Krankheiten sterben, sind noch keine 70 Jahre alt.³

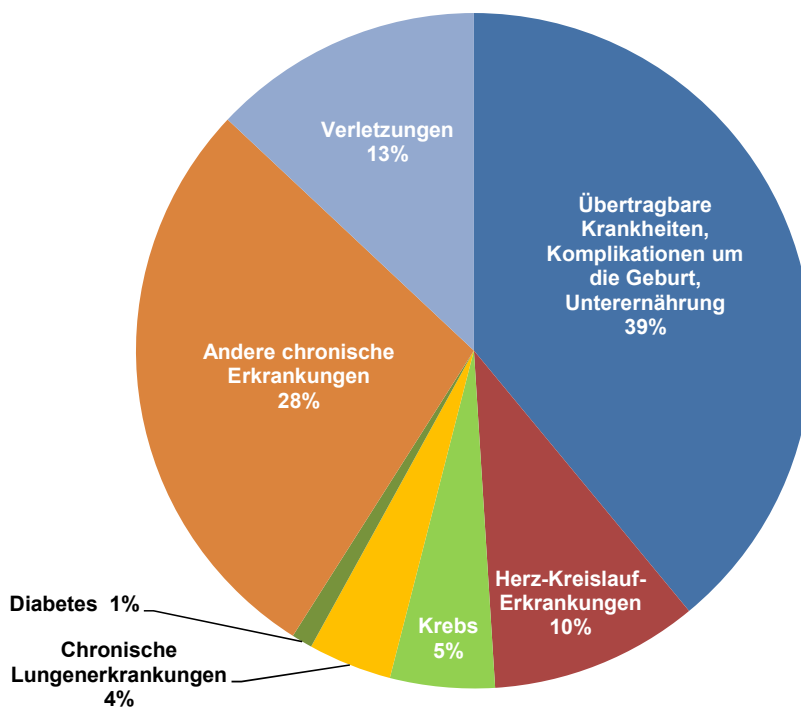
Die WHO konzentriert sich bei ihrem Konzept zur Verhinderung und der Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten auf vier Gebiete: Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs, chronische Lungenerkrankungen. Sie sind für die meisten Todesfälle durch nicht-übertragbare Krankheiten verantwortlich. Dabei sterben 29% der Menschen in armen Ländern vor ihrem 60sten Geburtstag an diesen Krankheiten, in reichen Ländern erleiden „nur“ 13% der Menschen einen so frühzeitigen Tod.⁴

Es tragen aber auch andere chronische Krankheiten wie psychische Störungen oder Muskel- und Skeletterkrankungen zur Krankheitslast bei oder führen zu einem frühzeitigen Tod. Auch sterben immer mehr jüngere Menschen durch Verkehrsunfälle oder andere Verletzungen.

Länger krank

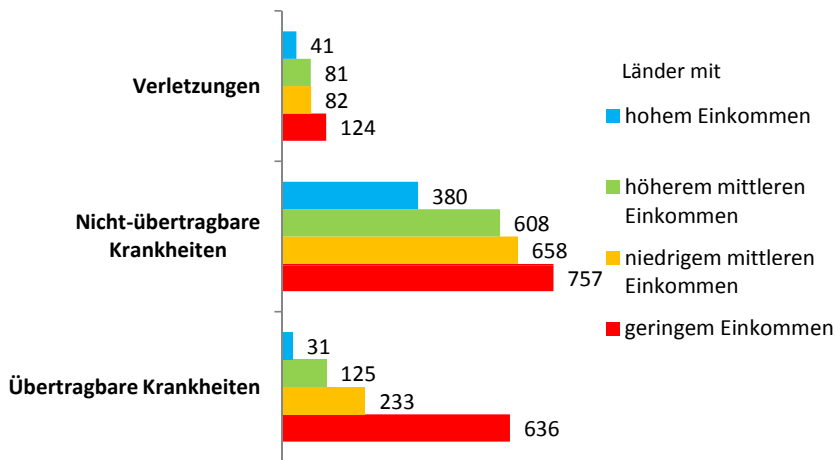
Die Sterblichkeit ist nur ein Indikator für den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. Wichtig ist auch die Frage, wie oft und wie lange das Leben durch Krankheit beeinträchtigt wird.

Abb. 2: Verlorene gesunde Lebensjahre weltweit



Quelle: WHO (2006) World health statistics 2006, die Daten beziehen sich auf das Jahr 2005 und sind altersstandardisiert.

Abb. 3: Todesfälle pro 100.000 EinwohnerInnen nach Ursache und Einkommensgruppe



Quelle: WHO (2013) World health statistics 2013, p 78. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2008 und sind altersstandardisiert.

tigt wird. Dafür wurde das Maß der verlorenen gesunden Lebensjahre entwickelt (disability adjusted life-years, DALYs). Dabei wird nach Schwere der Krankheit differenziert (siehe Abb. 2). Bei all seinen Schwächen gibt dieser Indikator doch eine Ahnung von dem großen Leid, dem viel mehr Menschen in ärmeren Ländern ausgesetzt sind.

Armut macht krank

In der öffentlichen Wahrnehmung handelt es sich bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, Lungenerkrankungen und Diabetes um sogenannte Wohlstandskrankheiten, also solchen, die vornehmlich in reichen Ländern auftreten. Doch das stimmt so nicht. Denn Menschen in Ländern mit geringem und mittlerem Einkommen sind von nicht-übertragbaren Krankheiten besonders betroffen (Abb. 3).

Arme sterben früher

Fast 80% der 36 Millionen Todesfälle an nicht-übertragbaren Krankheiten treten in einkommensschwächeren Ländern auf.⁵ Neun Millionen sterben an den Folgen dieser Krankheiten noch vor Vollendung ihres 60. Lebensjahres, aber nur 10% dieser frühen Tode ereignen sich in reichen Ländern.

Und auch innerhalb einer Region sind derartige Ungleichheiten zu beobachten. Ein Vergleich zwischen 22 europäischen Ländern von 2008 kommt zu dem Schluss, dass in fast allen diesen Ländern Menschen mit geringem sozioökonomischen Status ihren Gesundheitszustand schlechter einschätzten und darüber hinaus auch die Todesraten eklatant höher lagen.⁶ Der European Health Report 2012 zeigt, dass innerhalb der europäischen Region die Sterblichkeit insgesamt gesunken ist. Dennoch liegen die Raten in osteuropäischen Ländern wie Russland, Moldawien oder Kasachstan mehr als doppelt so hoch wie in reichen westeuropäischen Ländern wie Deutschland oder der Schweiz.⁷

Die 2013 erschienene Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) zeigt ebenfalls, dass die Einkommensunterschiede eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von nicht-übertragbaren Krankheiten spielen.⁸

Ungleichheit macht krank

Soziale Faktoren beeinflussen die Gesundheit (social determinants of health). In welches Umfeld werden Menschen hineingeboren, wie wachsen sie auf, wie leben und arbeiten sie, wo wohnen sie. Diese Lebensverhältnisse werden durch wirtschaftliche Faktoren, die Sozialpolitik oder die Politik im Allgemeinen beeinflusst – wie beispielsweise der Zugang zu Bildung oder Gesundheitseinrichtungen.⁹ Zwar spielen die Gene bei den Anfälligkeiten für bestimmte Krankheiten eine Rolle, aber „die Gesundheitsdefizite ganzer Bevölkerungen sind von der Ursache her umweltbedingt“, so ein Bericht des Regionalbüros für Europa der WHO. „Die AutorInnen des Berichts hoffen, dass die Politik durch die Überwindung einiger materieller und sozialer Ungerechtigkeiten nicht nur der Gesundheit und dem Wohlbefinden dient, sondern auch andere soziale Probleme entschärft [werden], die mit Gesundheitsdefiziten Hand in Hand gehen und in den gleichen sozioökonomischen

Prozessen wurzeln.“¹⁰ (Siehe auch Interview mit Rolf Rosenbrock auf S. 9.)

Risikofaktoren

Ein substanzieller Anteil der weltweiten Krankheitslast durch nicht-übertragbare Krankheiten lässt sich vor allem auf vier Risikofaktoren zurückführen. Dies sind vor allem eine ungesunde Ernährung, Alkoholkonsum, Tabakkonsum und zu wenig Bewegung. Gerade der globalisierte Lebensstil hat starke Auswirkungen auf die Gesundheit. Ungesundes Ernährungsverhalten fördert die Entstehung von Bluthochdruck, lässt den Blutzucker- und Blutfettspiegel ansteigen und trägt zu Übergewicht und Fettleibigkeit bei. All dies wiederum fördert die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Krebs. Laut WHO lassen sich 30% aller Krebsarten auf ungesunde Ernährung zurückführen.¹¹ So brachte ein Durchschnittsamerikaner im Jahr 2012 etwa 11 kg mehr auf die Waage als noch im Jahr 1980.¹² Nach Statistiken des US-

amerikanischen Center for Disease Control and Prevention (CDC) sind rund 17% aller Kinder und Jugendlichen (das sind rund 12,5 Mio.) unter 20 Jahren fettleibig, wobei sich dieser Anteil in den letzten 30 Jahren verdreifacht hat.¹³ Jüngste Berichte zeigen allerdings eine Änderung dieses Trends, der aber nicht allein der Veränderung des individuellen Lebensstils, sondern politischen Steuerungsmaßnahmen geschuldet ist. WissenschaftlerInnen beobachteten Gewichtsabnahmen bei Kindern und Jugendlichen in solchen Städten, die beispielsweise zuckerhaltige Getränke aus Getränkeautomaten an Schulen verbannten oder den Fett- bzw. Kaloriengehalt in Snacks durch Richtlinien begrenzten.¹⁴

Dabei ist es nicht immer einfach, solche Richtlinien politisch umzusetzen. So wollte der Bürgermeister von New York, Michael Bloomberg, im März 2013 XXL-Becher für Softdrinks per Gesetz verbieten. Eine Supermarktkette hatte z. B. 1,9-Liter Becher



im Angebot.¹⁵ Es sollten nur noch Mengen bis zu knapp einem halben Liter erlaubt sein. Allerdings hatten mehrere US-Getränkhersteller und Fastfood-Anbieter gegen das Verbot geklagt und zunächst einmal das Gesetz gestoppt. Eine Berufung steht noch aus. Aber, so Bloomberg: „Wir glauben, dass wir die rechtliche Autorität und die Verantwortung haben, gegen die Ursachen der Übergewichts-Epidemie zu kämpfen, die jedes Jahr 5.000 New Yorker tötet“.¹⁶

Durch soziale Entwicklungen und ökonomische Verbesserungen innerhalb einkommensschwächerer Länder verändern sich auch die Lebensgewohnheiten – meist nach westlichem Vorbild – mit allen negativen Konsequenzen.

Zugang zu Arzneimitteln

Viele der Arzneimittel zur Behandlung oder Vorbeugung nicht-übertragbarer Krankheiten sind im Gegensatz zu Arzneimitteln zur Behandlung von HIV/AIDS im Prinzip kostengünstig. Sie stehen als preiswerte Generika zur Verfügung. Nichtsdestotrotz sind sie für PatientInnen oftmals außer Reichweite. Dies gilt umso mehr, wenn kein Krankenversicherungssystem besteht und Menschen ihre Arzneimittel zum größten Teil aus der eigenen Tasche bezahlen müssen.

Eine Studie der WHO und Health Action International (HAI) zu Medikamentenpreisen, der Verfügbarkeit sowie Bezahlbarkeit kommt zu dem Schluss, dass Medikamentenpreise in privaten Apotheken in vielen Ländern erheblich höher liegen als der internationale Referenzpreis. Menschen bezahlen für das billigste generische Arzneimittel bis zu neun Mal mehr, das Originalprodukt kostet bis zu 20 Mal mehr. Hinzu kommt, dass im öffentlichen Sektor die Medikamente teilweise gar nicht vorrätig sind. Zwischen den verschiedenen WHO-Regionen schwankt die Verfügbarkeit zwischen 30 und 55%.¹⁷

So haben Menschen mit nicht-übertragbaren Krankheiten in einkommensschwachen

Regionen oft eine doppelte Bürde zu tragen. Zum einen sind sie immer häufiger von chronischen Krankheiten betroffen und sterben aufgrund des schlechteren Zugangs zu Gesundheitsleistungen früher als Menschen in einkommensstarken Regionen. Zum anderen können sie sich eine lebenslange medikamentöse Therapie oft nicht leisten.

- 1 WHO (2005) Preventing Chronic Diseases – a vital investment. S. 35 www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf
- 2 Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. *PLoS Med*; 3, p e442
- 3 WHO (2006) World Health Statistics 2006, p 14
- 4 WHO (2011) Global Status report on noncommunicable diseases 2010. www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- 5 Länder mit niedrigem oder mittlerem Einkommen. WHO (2013) Noncommunicable diseases. Fact sheet Updated March www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/
- 6 Mackenbach et al (2008) Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European countries. *N Engl J Med*; 358, p 2368
- 7 WHO Europe (2012) European Health Report 2012. Charting the way to well-being, S. 13
- 8 Befragt wurden 8.152 Personen im Alter zwischen 18 und 79 Jahren. Siehe: Lampert et al (2013) Sozioökonomischer Status und Gesundheit – Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*; 56, S. 814
- 9 WHO Commission on Social Determinants of Health (2008) Closing the Gap in a generation. Final report. http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_o8.1_eng.pdf
- 10 WHO (2004) soziale Determinanten von Gesundheit: die Fakten. S. 7-9 www.euro.who.int/de/what-we-publish/abstracts/social-determinants-of-health-the-solid-facts
- 11 WHO (2011) Krebs und schlechte Ernährung sind miteinander verknüpft. 4.2. www.euro.who.int/de/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/news/news/2011/02/cancer-linked-with-poor-nutrition [Zugriff 20.2.2013]
- 12 Shiriki Kumanyika (2009) Water, Public Health Problems, and Public Health Solutions: Foreground, to Background, to Foreground. Vortrag bei der Konferenz Philadelphia Global Water Initiative April 2009
- 13 Center for Disease Control and Prevention www.cdc.gov/obesity/data/childhood.html [Zugriff 9.7.2013]
- 14 Tavernise S (2012) Obesity in Young Is Seen as Falling in Several Cities. *New York Times* 10 Dec.
- 15 Vávra Y (2013) Der XXL-Becher nun doch weiter erlaubt. *Stern online* 11. März
- 16 Deutsches Ärzteblatt online (2013) New York: Verbot riesiger Softdrink-Becher gekippt. 12. März www.aerzteblatt.de/nachrichten/53702/New-York-Verbot-riesiger-Softdrink-Becher-gekippt
- 17 Cameron A et al (2009) Medicine prices, availability and affordability in 36 developing and middle income countries: a secondary analysis. *Lancet*; 373, p 240

Teilhabe macht gesund

Interview mit Prof. Dr. Rolf Rosenbrock

Die 2013 erschienene Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) des Robert-Koch-Institutes zeigt, dass in Deutschland Einkommensunterschiede bei der Entstehung von nicht-übertragbaren Krankheiten eine entscheidende Rolle spielen. Wieso ist das so?

Geld ist ja nicht einfach ‚nur‘ Kaufkraft, sondern steht in Tauschgesellschaften für die Möglichkeiten der Teilhabe an fast allen möglichen gesellschaftlichen Prozessen, vom Wohnen und Zusammenleben über Bildung, Essen, Ausgehen, Erholung, Sport etc.. Alles Felder, in denen sowohl der Gesundheit förderliche, d. h. präventive oder auch salutogenetische, als auch die Gesundheit belastende, d. h. pathogenetische Kräfte wirken können. Und in der Regel sind die eher gesundheitsförderlichen Varianten auf all diesen Feldern auch nicht die billigsten. Menschen mit mehr Geld haben also durchweg mehr Teilhabe, mehr Gestaltungsraum, mehr Selbstbestimmung. Bei Menschen mit weniger Geld kommt deshalb ein deutliches Mehr an Gesundheitsbelastungen mit einem deutlichen Weniger an Gesundheitsressourcen zusammen. Dies führt unter anderem zu einem weniger achtsamen Umgang mit sich selbst und damit zu riskanterem Gesundheitsverhalten.

Können diese verhaltensbezogenen Lebensstilfaktoren die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheits- und Lebenschancen in Gänze erklären?

Nein, damit ist nur knapp die Hälfte zu erklären. Die andere Hälfte ist Ergebnis der direkten Auswirkungen der Ungleichheit der Teilhabechancen. Zudem: Die Möglichkeiten, Geld zu verdienen stehen regelmäßig in engem Zusammenhang mit der Stellung im Beruf. Berufliche Karrieren wiederum hängen in der Regel stark mit der Bildung zusammen. In den unteren Etagen der Arbeitswelt wird

nicht nur weniger verdient, sondern es finden sich dort auch die Arbeiten und Arbeitsbedingungen mit überdurchschnittlich hohem Erkrankungsrisiko. Die Trias aus Einkommen, Stellung im Beruf und Ausbildung nimmt damit regelmäßig einen starken Einfluss auf die Chancen für ein sozial und gesundheitlich gelingendes Leben – von Anfang an. Für Kinder aus armen Familien bzw. von armen Müttern sind die Hürden von vornherein höher. Das gilt für die emotionalen, kognitiven, sozialen und materiellen Faktoren. Jede verpasste oder gerissene Hürde bedeutet ein Minus an Teilhabechancen und auch an Teilhabefähigkeit und -motivation. Die Chancen für eine seinen Potenzialen entsprechenden Ausbildung, einem Netz freundlicher und hilfreicher Beziehungen, einer befriedigenden Arbeit und zu einem guten Einkommen stehen deutlich schlechter. Es fehlt nicht nur am Geld, sondern auch am Selbstwertgefühl, an Erfahrungen, dass man sich Ziele setzen und diese auch erreichen kann. Auch das Vertrauen in die Verlässlichkeit gegenseitiger Unterstützung ist instabiler.

Welche weiteren Erkenntnisse zu Einkommen und Gesundheit lieferte die DEGS1 Studie?

Interessant sind zwei weitere Befunde: Der Zusammenhang zwischen Einkommen und Gesundheit lässt bei höheren Einkommen deutlich nach: Oberhalb von ca. 30.000 Euro netto pro Jahr und Person wird der Zugewinn an Gesundheit und Lebenserwartung durch immer mehr Geld immer geringer und verschwindet dann. Und: Je ungleicher das



Der Paritätische Gesamtverband

Prof. Dr. Rolf Rosenbrock ist Wirtschafts-, Sozial- und Gesundheitswissenschaftler und leitete von 1988 bis 2012 die Forschungsgruppe Public Health im Wissenschaftszentrum Berlin (WZB). Von 1999 bis 2009 war er Mitglied des Sachverständigenrates der Bundesregierung zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR-G). Im April 2012 wurde Rosenbrock zum Vorsitzenden des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes gewählt.

Einkommen in einer Bevölkerung verteilt ist, desto stärker wirkt sich das negativ auf die unteren Schichten aus, und auch den Wohlhabenden geht es dann vergleichsweise schlechter. Das gilt dann nicht nur für die Gesundheit, sondern auch für andere große soziale Probleme (Kriminalität, Gewalt, Fremdenhass etc.). Der große britische Sozialepidemiologe Richard Wilkinson hat dafür den Slogan geprägt: *Why more equal societies almost always do better.*

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

wurde am 21. November 1986 im kanadischen Ottawa zum Abschluss der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung der WHO veröffentlicht. Sie stellt einen wichtigen Wendepunkt dar. War vorher das Leitbild von Gesundheitspolitik die Verhütung von Krankheiten so wird nun die Förderung von Gesundheit in den Mittelpunkt gerückt: Strategien wie Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsberatung, die Gesundheitsselfhilfe oder die Präventivmedizin. Vor allem sind es drei Handlungsstrategien, die im Vordergrund der Neuorientierung stehen sollen: die Beeinflussung politischer, biologischer und sozialer Faktoren, die Kompetenzförderung mit dem Ziel, Unterschiede des Gesundheitszustands zu verringern und so das größtmögliche Gesundheitspotential zu verwirklichen und drittens die Kooperation mit allen Akteuren innerhalb und außerhalb des Gesundheitswesens.

Welche Forderungen ergeben sich daraus für die deutsche Gesundheitspolitik?

Zunächst mal muss man die festgefahrene und von mächtigen Interessen gestützte Vorstellung überwinden, nach der Gesundheitspolitik sich in der Finanzierung und Steuerung der Krankenversorgung erschöpfen darf. Weit mehr als die ganze Medizin beeinflussen diese sozialen Einflüsse unsere Gesundheit und Lebenserwartung. Die WHO betreibt dieses Projekt unter dem schönen Slogan ‚Health in All Policies‘. Es liegen hierzulande viele sozialpolitische Baustellen brach (Hinnahme der ca. 15% Armut, prekäre Arbeit, die Zunahme der Altersarmut, sozialer Wohnungsbau, bedarfsdeckende Regelsätze etc.). Es muss der Öffentlichkeit, den Parlamentariern, der Regierung und der Administration sinnlich

klar werden, dass sie letztinstanzlich über Gesundheitsschicksale richten.

Einen Teil der misslichen Bilanz zwischen hohen Gesundheitsbelastungen und niedriger Ressourcenausstattung, die sich in den unteren Schichten ballt, kann man mit moderner Prävention und Gesundheitsförderung kompensieren. Das geschieht am besten sozialräumlich (z. B. Stadtteil) oder organisationsbezogen (z. B. Schule, Betrieb). In Prozessen, bei denen die Nutzergruppen gemeinsam festlegen und umsetzen, wie sich ihre ‚Lebenswelt‘ oder auch ihr ‚Setting‘ so weiter entwickeln soll, dass sie sich hinterher wohler fühlen. Dass dieser vielfach mit Erfolg erprobte Ansatz endlich die für seine Entwicklung notwendigen Rahmenbedingungen erhält, ist das wesentliche Ziel des – nach drei gescheiterten Versuchen – immer noch ausstehenden Bundesgesetzes.

Schon 1986 verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation die sogenannte Ottawa Charter, die den Schwerpunkt auf die Förderung von Gesundheit legt. Was bedeutete dieser Sichtwechsel?

Die von mir gerade skizzierte Setting-Intervention als wichtige und zeitgemäße Methode der Prävention und Gesundheitsförderung ist ja eines der zentralen Bestandteile der Ottawa Charter. Zur Verhütung von Krankheit überhaupt oder auch einer besonderen Krankheit hat man nahezu immer den besten Zugang über die Förderung von gesundheitsförderlichen (salutogenen) Ressourcen. Diese entstehen in der Auseinandersetzung des Individuums mit seiner sozialen und physischen Umwelt. Diese Umwelt aber ist politisch gestaltbar und sollte ressourcenfördernd (um-)gestaltet werden, so dass Menschen reale Zugewinne an Selbstbestimmung über ihr Leben und damit ihre Gesundheit erfahren. Deshalb sind gute Prävention und Gesundheitsförderung immer partizipativ angelegt und nicht einfach Sache der Experten.

Das Interview führte Hedwig Diekwisch

Nauru – die kranke Insel

Wie aus dem reichsten Land der Erde ein Volk von Diabetikern wurde

Vor 200 Jahren war Nauru eine bezaubernde, mit Kokospalmen bedeckte Pazifikinsel. Bis sie zum Zankapfel der Kolonialmächte wurde und der Phosphatabbau unermesslichen Reichtum bescherte. Heute ist die kleinste und einst reichste Republik der Erde in den Status eines Entwicklungslandes zurückgefallen. Kolonialismus, Konsumrausch und ungebremstes Wachstumsdenken haben ein verwüstetes Eiland hinterlassen und die Bevölkerung krank gemacht.¹

Kaum irgendwo sonst sind Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ein so immenses Problem wie auf Nauru, einem winzigen Inselstaat Ozeaniens, 3.500 km von der Küste Australiens entfernt. Etwa jeder Dritte leidet hier an Diabetes. Nauru ist damit (nach dem Inselstaat Mikronesien) das Land mit der zweithöchsten Diabetesrate der Welt.² 70% aller Todesfälle auf Nauru sind durch nicht-übertragbare Krankheiten verursacht, mit Herzerkrankungen (40%) an erster Stelle.³ Die Menschen sterben achtmal so häufig an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Diabetes wie in Deutschland.⁴

Das dickste Volk der Welt

Und noch einen traurigen Rekord hält die Insel: Ihre Bevölkerung ist das dickste Volk der Welt. 93% sind übergewichtig, über zwei Drittel sogar fettleibig. Die Lebenserwartung beträgt nur etwa 60 Jahre, obwohl sie im regionalen Durchschnitt gut 10 Jahre höher ist.⁴ Etwa die Hälfte aller Nauruer raucht, 40% der Männer und 30% der Frauen haben außerdem einen erhöhten Blutdruck. Und auch um die Kleinen ist es schlecht bestellt: 40 von 1.000 Kindern sterben, bevor sie fünf Jahre sind.⁴ Die schlechte Gesundheit der Bevölkerung ist mit dem Aufstieg und Niedergang des Landes eng verwoben, aber auch mit seiner kolonialen Vergangenheit. Früher, als Nauru noch ein weitgehend intaktes Eiland war, ernährten sich die Inselbewohner hauptsächlich von Fischen und Kokosmark. Mit dem Kopra – dem getrockneten Fruchtfleisch der Kokosnuss – betrieben sie regen Handel mit den Europäern, deren Schiffe die Insel an-



Courtesy: U.S. Department of Energy's Atmospheric Radiation Measurement Program

liefen. Durch die Kombination aus körperlicher Arbeit und gesunder Kost blieben die Menschen schlank und gesund.

1898 wurde Nauru deutsches Protektorat und die deutsche Jaluit-Gesellschaft übernahm den Kopra-Handel auf der Insel. Ein Jahr später entdeckte ein Mitarbeiter der australischen Pacific Island Company, dass ein aus

Nauru mitgebrachter Stein aus fast reinem Phosphat bestand. Dieser Rohstoff – wichtigster Bestandteil von Düngemitteln – ist für die australische Landwirtschaft wegen der schlechten Böden von großer Bedeutung. 1907 begann der Phosphatabbau auf Nauru. Die Pacific Phosphate Company musste eine jährliche Abgabe an die Deutschen zahlen und auch die nauruischen Grundbesitzer entschädigen. Die Summe war zwar lächerlich gering im Vergleich zu den Gewinnen. Doch die Nauruer konnten davon gut leben und die mühevollen Arbeit im Tagebau verrichteten größtenteils chinesische Einwanderer.

Spielball fremder Interessen

Nach dem ersten Weltkrieg verloren die Deutschen ihre Kolonien. Nauru wurde dem Britischen Empire unterstellt und fortan von Australien verwaltet. Australien, England und Neuseeland teilten sich die Dividenden des Phosphatabbaus. 1942 nahm Japan die Insel ein und baute sie zum militärischen Stützpunkt aus. Kurzerhand wurden 1.200 Nauruer auf die Chuuk-Inseln deportiert. Nach dem Krieg kehrten sie zurück und fanden gerodete Flächen, Granattrichter und zurückgelassenes Militärgerät vor. Jetzt wurde die Insel Australien unterstellt und die Phosphatförderung wieder aufgenommen. Anfang der 60er Jahre lag der Preis für eine Tonne Phosphat bei 40 australischen Dollar - eine Million Tonnen wurden jährlich gefördert. Die Insel war eine Goldgrube. Doch nur zwei Prozent der Einkünfte gingen an die Einheimischen. Als die immer lauter ihre Selbstbestimmung forderten, schlug ihnen Australien zunächst verschiedene australische Inseln als neues Heimatland vor. Doch 1968 wurde Nauru schließlich unabhängig und der Phosphatabbau wurde verstaatlicht.

Leben in Saus und Braus

Arbeiten mussten die Nauruer nun eigentlich nicht mehr – schon gar nicht in der Mine. Dort schufteten Einwanderer von umliegenden Inseln. In den 70er Jahren betrug das Bruttoinlandsprodukt um die 20.000 Dollar pro Kopf. Und der plötzliche Reichtum verän-

derte die Lebensbedingungen: Die Nauruer lebten müßig und verschwenderisch, der Staat kam für alles auf. Manche Familien hatten sechs Autos – auf einem Eiland von nur 21 km² mit nur einer einzigen Straße. Weil auf der Insel kaum mehr etwas wuchs, mussten Lebensmittel importiert werden: Brot, Eier, Fleisch und containerweise Tiefkühlprodukte. Frische Artikel wie Salat, Obst und Gemüse waren extrem teuer, aber die Nauruer konnten es sich leisten. Doch der Reichtum war nur von kurzer Dauer: Die gigantischen Gewinne aus dem Phosphatabbau wurden kurzsichtig investiert oder flossen in korrupte Taschen. Und das Phosphat versiegte. In den 90er Jahren waren 80% der Inseloberfläche abgetragen, der Staat war ausgeblutet.

Die verwüstete Insel

Heute ist Nauru in den Status eines Entwicklungslandes zurückgefallen. In den Klassenzimmern hängen Präventionsplakate: „Esst gesund und treibt Sport“, „Stoppt Diabetes“. Die Gesundheitsbehörde organisiert Aerobic-Kurse und nationale Abspeck-Wettbewerbe. Spaziergänge auf der Landebahn des Flughafens werden empfohlen.⁵ Aber die Menschen haben verlernt, für sich zu sorgen, zu kochen, sich zu bewegen. Es wird lange dauern, bis Naurus Kinder wieder eine gesunde Zukunft haben.

- 1 Informationen aus: Luc Folliet (2011) Nauru. Die verwüstete Insel. Wie der Kapitalismus das reichste Land der Erde zerstörte.
- 2 International Diabetes Federation (2012) Diabetes Atlas 2012 www.idf.org/diabetesatlas/5e/Update2012 [Zugriff 20.9.2013]
- 3 WHO (2011) NCD Country Profiles. Nauru. www.who.int/nmh/countries/nru_en.pdf [Zugriff 20.9.2013]
- 4 WHO (2012) World Health Statistics 2012 http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44844/1/9789241564441_eng.pdf [Zugriff 20.9.2013]
- 5 20 Minuten (2011) Das dickste Volk der Welt. 7. Jan. www.20min.ch/wissen/gesundheit/story/Das-dickste-Volk-der-Welt-25052451 [Zugriff 20.9.2013]



Chronisch Kranke lassen Kassen klingeln

Profitable Märkte für die Pharmaindustrie

Zu den nicht-übertragbaren Krankheiten gehören neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen-Systems auch Diabetes und Krebs. Die Erkrankungszahlen steigen rasant an. Nach Vorausschätzungen wird Diabetes im Jahr 2030 die siebthäufigste Todesursache weltweit sein. Auch die Todesfälle durch Krebs nehmen zu. Für 2030 schätzt die WHO 13,1 Mio. Krebstote (7,6 Mio. in 2008). Bei beiden Krankheiten ist eine medikamentöse Therapie über einen längeren Zeitraum oft unumgänglich. Pharmahersteller verfolgen unterschiedliche Strategien, um Marktanteile zu erhalten bzw. auszubauen. Nicht immer zum Wohl der PatientInnen.

Menschen in Entwicklungsländern, die einen schlechten Zugang zu medikamentöser Behandlung haben, haben auch eine ungünstige Krankheitsprognose und sterben früher. So überleben Krebskranke in Ländern mit hohem Einkommen doppelt so häufig wie Krebskranke in Ländern mit mittlerem Einkommen. In Indien und Afrika ist die Überlebenschance sogar noch schlechter.¹ Diese Unterschiede sind besonders groß bei Krebserkrankungen, die, so sie früh entdeckt werden, eine gute Prognose haben. Doch auch wenn der Krebs früh entdeckt wird, ist eine Operation oft genauso wenig bezahlbar wie eine medikamentöse Therapie. Zwölf Krebsmedikamente wurden im Jahr 2012 von der amerikanischen Arzneimittelbehörde FDA

für den Markt zugelassen, elf davon liegen über 100.000 US\$ Jahrestherapiekosten pro Patient. Innerhalb eines Jahrzehnts verdoppelte sich der Preis für eine Krebsbehandlung im Durchschnitt von 5.000 US\$ auf 10.000 US\$ pro Monat.²

Fordern, was der Markt hergibt

Die hohen Preise sind daher in den letzten Jahren häufig kritisch hinterfragt worden. Dies vor allem im Zusammenhang mit den teilweise bescheidenen Erfolgen der Krebsbehandlung. So kostet beispielsweise die Behandlung mit dem Krebsmittel Cetuximab über 18 Wochen etwa 80.000 US\$, obwohl sie das Überleben bei PatientInnen mit fortgeschrittenem, nicht-kleinzelligem

Bronchialkarzinom nur um 1,2 Monate verlängert.³ Pharmafirmen rechtfertigen die astronomischen Preise mit den hohen Forschungs- und Entwicklungskosten. Angeblich 800 Millionen US\$ soll laut Firmen-PR ein Arzneimittel kosten, bis es zur Marktreife gelangt. Eine maßlose Übertreibung, wie eine Studie von 2011 belegt. Der mittlere Wert der Aufwendungen, so errechneten die AutorInnen, liegt bei ca. 43 Millionen US\$.⁴ Es liegt also auf der Hand, dass Pharmafirmen sich eine goldene Nase verdienen. Die Preise für Krebsmedikamente variieren zudem von Land zu Land erheblich. So belaufen sich z. B. die Jahrestherapiekosten für das Krebsmittel Dasatinib in Südkorea auf 22.000 US\$, in China auf 61.500 US\$, in den USA aber auf 123.500 US\$.² Das hat offensichtlich weniger mit den Entwicklungskosten für das Arzneimittel zu tun, als damit, was die Hersteller glauben, als Preis durchsetzen zu können.

Leukämiemittel Imatinib

Imatinib (Glivec®) ist ein Medikament gegen die chronische myeloische Leukämie (CML). Weltweit leiden 1,2 – 1,5 Mio. Menschen an dieser Blutkrebserkrankung. „Die Jahrestherapiekosten von Imatinib betragen 2001 in den USA etwas 30.000 US\$ und liegen heute bei 92.000 US\$. Seit seiner Zulassung hat sich Imatinib, das ursprünglich ein ‚Orphan Drug‘ für eine seltene Erkrankung⁵ (jährliche Inzidenz der CML 1-2 /100.000 Einwohner) war, rasch von einem ‚Orphan Nichebuster‘ zu einem ‚Blockbuster‘ entwickelt. Imatinib erzielte im Jahr 2012 weltweit einen Umsatz von 4,7 Mrd. US\$ und dies, weil der Wirkstoff neben der Behandlung der CML heute für fünf weitere Indikationen zugelassen ist.“³ Allerdings lässt eine Schätzung auf der Basis der weltweiten Verkaufszahlen von Imatinib den Schluss zu, dass nur jeder vierte bis fünfte Patient mit einer CML behandelt wird. Dies gilt aber nicht ausschließlich für arme Länder, sondern beispielsweise auch in den USA, wo viele PatientInnen erhebliche Anteile der Medikamentenkosten selbst tragen müssen.² So kann der Preis auch in einem

reichen Land wie den USA zu einem echten Zugangshindernis für eine dringend benötigte medikamentöse Therapie werden.

Kein Patent in Indien

Imatinib wurde in der EU und den USA 2001 zugelassen. Das Mittel war in den USA 1994 zum Patent angemeldet worden. Zu diesem Zeitpunkt erkannte Indien noch keine Patente auf Wirkstoffe an. Deshalb reichte Novartis, der Hersteller von Imatinib, in dem asiatischen Land keinen Antrag ein. Im Jahr 1997 meldete Novartis zunächst in der Schweiz und 1998 in Indien (und in vielen anderen Ländern) ein zweites Patent auf den Wirkstoff an: für die Beta-Kristallform von Imatinib-Mesylat. Ein indisches Gericht hat 2013 entschieden, dass die Modifikation keine „signifikante Verbesserung der bekannten Wirksamkeit“ darstellt. Geringfügige Veränderungen einer Substanz sind nach Artikel 3(d) des indischen Patentrechts nicht schutzwürdig. Das soll einer Wettbewerbsverhinderung durch ein „evergreening“ mit immer neuen Patenten für denselben Wirkstoff vorbeugen. Dem Einwand von Novartis, die Bioverfügbarkeit der Beta-Kristallform von Imatinib-Mesylat gegenüber der ursprünglich entwickelten schlecht wasserlöslichen Imatinib-Base sei um 30% besser, wurde vom Gericht als nicht hinreichend für eine Patentierbarkeit beurteilt. Dies hat zur Folge, dass Imatinib nun zu günstigeren Preisen mehr Menschen zur Verfügung steht.

Ausweg Zwangslizenz

Um den hohen Preisen zu begegnen haben Staaten auch das Recht, eine Zwangslizenz auf ein bestimmtes Medikament zu verhängen. Der Wirkstoff kann dann preiswert generisch hergestellt werden. Mittlerweile sind mehrere Staaten diesen Weg gegangen. So erteilte Indonesien im Jahr 2012 für insgesamt sieben Arzneimittel – darunter Medikamente zur Behandlung von AIDS und Hepatitis B – eine Zwangslizenz. Dies betraf Produkte von Merck & Co, GlaxoSmith Kline, Bristol-Myers Squibb, Abbott und Gilead.⁶

Auch Indien hat dieses Verfahren bereits angewendet und 2012 eine Zwangslizenz auf das Krebsmittel (Nexavar®) ausgesprochen. Der deutsche Pharmahersteller Bayer hatte erfolglos dagegen geklagt. Die indische Pharmafirma Natco produziert nun das Medikament und kann es um rund 97% billiger anbieten.⁷ Für das Krebsmittel Dasatinib, ein Medikament zur Behandlung der CML, empfiehlt eine Expertengruppe der indischen Abteilung für Industriepolitik und Werbung (DIPP) ebenfalls die Verhängung einer Zwangslizenz.⁸

Allerdings ist es für ärmere Länder nicht leicht, solche Zwangslizenzen einzusetzen, denn der Widerstand von Big Pharma und von den reichen Ländern, in denen diese Firmen ihren Stammsitz haben, ist beträchtlich.⁹

Markt Diabetes

Laut WHO leiden 347 Millionen Menschen an Diabetes.¹⁰ Bei der sogenannten Zucker-

krankheit unterscheidet man grundlegend zwei verschiedenen Diabetes-Typen. Der Typ 1-Diabetes muss mit Insulin behandelt werden, da der Körper selber dieses Hormon nicht mehr oder nicht in ausreichendem Maße herstellen kann, die Erkrankung tritt oft bereits in der Jugend auf. Die Ursache für diese Form der Erkrankung ist bisher nicht bekannt. Beim Typ 2-Diabetes wird zwar Insulin im Körper hergestellt, aber der Körper kann es nicht effektiv verwerten. Etwa 90% der DiabetikerInnen weltweit leiden an dieser Form des Diabetes. Für die Entstehung des Typs 2 sind eine unzureichende Bewegung und Übergewicht verantwortlich. Unbehandelt kann Diabetes über die Zeit zu ernsthaften Komplikationen wie Nerven- und Blutgefäßschäden führen. Die Folgen können Blindheit, Herzinfarkt Nierenschäden oder Amputationen sein. Um dies zu vermeiden, ist eine frühe Erkennung, die Veränderung des Lebensstils und häufig auch eine begleitende medikamentöse Therapie unabdingbar.



Allein in China haben 114 Mio. Menschen Diabetes.¹¹ Damit gehört China in Asien zu den Ländern mit der höchsten Diabetesprävalenz. „Auf jeden HIV-Patienten in der Welt kommen drei Diabetes-Kranke in China“, beschreibt David Whiting, Experte bei der International Diabetes Federation die Situation. Eine enorme Herausforderung für das chinesische Gesundheitssystem und eine Goldgrube für Arzneimittelunternehmen wie Merck&Co, Novo Nordisk und Sanofi, die mit neueren und teureren Antidiabetika zweistellige Zuwachsraten erreichen.¹²

Rosiglitazon (Avandia®)

Das Antidiabetikum war schon 1999 bei seiner Marktzulassung äußerst umstritten. Zwar senkt es den Blutzuckerwert, verursacht aber mehr Herzinfarkte und bewirkt damit das Gegenteil dessen, was man mit der Behandlung von DiabetikerInnen erreichen will. Spätestens seit 2007 hätten die Behörden handeln können, denn die ForscherInnen Nissen und Wolsky hatten belegt, dass das Mittel Herzinfarkte verursacht. Doch erst im September 2010 entzog die europäische Arzneibehörde EMA dem Mittel die Zulassung. In den USA verfügte die Zulassungsbehörde FDA nur eine drastische Anwendungsbeschränkung. Dort darf es also trotz der schwerwiegenden Komplikationen weiter verkauft werden.²³ Bis dahin hatte der Hersteller Milliarden mit dem Mittel verdient. Allein in den USA hatten nach Schätzung der US-Zulassungsbehörde FDA bis 2007 rund 80.000 PatientInnen wegen Rosiglitazon einen Herzinfarkt erlitten.²⁴



Die bekannte Schauspielerin und Entertainerin Della Reese machte in den USA im Fernsehen Werbung für Avandia.²⁵

Zweifelhafte Gewinne

Der dänische Arzneimittelhersteller Novo Nordisk ist der weltweite Marktführer in Sachen Insulin. Der Konzern führt zwei sogenannte Insulinanaloge, auch Kunstinsuline genannt, in seinem Sortiment (Insulin detemir und Insulin aspart). Kunstinsuline bieten in aller Regel keine Vorteile gegenüber dem preiswerteren Humaninsulin. Deshalb sind sie in Deutschland von der Erstattungsfähigkeit durch die gesetzlichen Krankenkassen ausgenommen – und zwar so lange wie sie teurer als Humaninsulin sind. Weltweit konnte Novo Nordisk seine Insulinanaloge aber gut platzieren. So hob der Konzern die Gewinnaussichten für das Jahr 2013 im August noch einmal an.¹³ Der Anlass war eine 12-prozentige Zunahme des Umsatzes sogenannter moderner Insuline (gegenüber dem Vorjahr). Und auch das Antidiabetikum Liraglutid – ein umstrittenes Arzneimittel – trug mit einem 25% Verkaufsanstieg zur Erhöhung des Gewinns bei.^{14,15}

Perfide Studien

Um den Markt für seine Kunstinsuline zu sichern, verfolgt Novo Nordisk aber noch eine andere Strategie. Für das Projekt PREDICTIVE rekrutierte der Hersteller 47.565 PatientInnen in 26 Ländern, darunter Indien, Brasilien, Südkorea und Libanon. Alle PatientInnen erhielten Insulin detemir, eine Vergleichsgruppe gab es nicht. Publiziert wurden im Anschluss aber nur 25 (vorteilhafte) Subgruppenanalysen. Dagegen gibt es keinen einzigen Bericht, der die kompletten Ergebnisse der 2010 abgeschlossenen Studie vorstellte.¹⁶ Offensichtlich dienten diese „Studie“ also vor allem dazu, möglichst viele PatientInnen auf die neueren und teureren Produkte umzustellen. Dieses sogenannte Switchen ist eine Strategie, um das Verschreibungsverhalten von ÄrztInnen zu verändern, und so neue aber nicht unbedingt bessere Produkte in den Markt zu drücken.¹⁷

Für Menschen in armen Ländern ist diese Umstellung eine finanzielle Katastrophe. Kostet eine Behandlung mit einem generi-

schen Humaninsulin (gerechnet mit 30 Einheiten Tagesdosis) 74,23 US\$ im Jahr, so kommt für das Insulin detemir 648,60 US\$, also mehr als das Achtfache, zusammen. In Indien müssen DiabetikerInnen die zum ärmsten Teil der Bevölkerung zählen, im Mittel 25-33% ihres Haushaltseinkommens für die Behandlung ihrer Krankheit ausgeben.¹⁸ Hinzu kommt ein weiterer Markt, denn insulinpflichtige DiabetikerInnen benötigen auch Messgeräte und Teststreifen, um ihre Blutzuckerwerte zu messen. Blutzuckermessgeräte kosten in Indien um die 32 US\$ und 50 Teststreifen etwa 16 US\$.¹⁹ Für das Drittel der InderInnen, die von weniger als 1,25 US\$ am Tag leben müssen, ist das unbezahlbar.²⁰

Öffentliche Verschwendung

Auch die Gesundheitsbudgets der Länder werden erheblich belastet. So kommt ein Bericht zum Zugang zu Insulin in Kirgistan zu dem Ergebnis, dass 57% des Insulinbudgets für patentierte Insulinanaloge ausgegeben wurden. Hätte man sich an die Empfehlungen der Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der WHO gehalten, so der Bericht, hätten rund 40% der Gesamtkosten für Insulin eingespart werden können.²¹

Eine Arzneimittelpolitik, die sich auf solche rationalen preiswerten Präparate beschränkt, nutzt die beschränkten nationalen Gesundheitsbudgets effektiver. Zudem wird die Auswahl der Medikamente dadurch übersichtlicher und für Gesundheitspersonal in Gesundheitsstationen leichter zu handhaben. Hierbei sind nationale Listen unentbehrlicher Arzneimittel wichtig, die sich an der alle zwei Jahre aktualisierten Liste der unentbehrlichen Arzneimittel der WHO orientiert. Leider sind viele nationale Listen veraltet: So hatten von 13 Ländern in Sub-Sahara Afrika nur einige ihre Liste innerhalb der letzten fünf Jahre aktualisiert. Die Verfasser der Studie fordern daher ein Update der Liste, die sich an dem Rhythmus der WHO-Liste anschließt.²²

1 Di Cesare M et al. (2013) Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. *The Lancet*; 381, p 585

- 2 Kantarjian H et al (2013) Price of drugs for chronic myeloid leukemia (CML), reflection of the unsustainable cancer drug prices: perspective of CML Experts. *Blood*; 122, p 872
- 3 Arzneimittelbrief (2013) "Primum non nocere" und Profitstreben der pharmazeutischen Industrie – ein unauflösbarer Widerspruch in der Onkologie? *Jg 47*, S. 33
- 4 Pharma-Brief (2011) Was Forschung wirklich kostet – Berechtigte Zweifel an Industrie-Behauptungen. Nr. 2-3, S. 3
- 5 Den Status Orphan Drugs (Waisenmedikamente) können Medikamente in der EU erhalten, wenn die Krankheit bei nicht mehr als 5 von 10.000 Menschen vorkommt. In den USA gelten ähnliche Werte.
- 6 BUKO Pharma-Kampagne 12.10. 2012 www.bukopharma.de/index.php?mact=News,cntnto1,detail,o&cntnto1articleid=184&cntnto1returnid=64
- 7 Pharma-Brief (2013) Indien: Bayer verliert Patentstreit. Nr. 2, S. 8
- 8 Vidya K (2013) Panel backs compulsory licence on cancer drug. 11.9. www.livemint.com/Industry/j4wMuxxqlyYnQZ5HwLHhMP/Panel-backs-compulsory-licence-on-cancer-drug.html
- 9 Pharma-Brief (2008) Zwangslizenzen statt Patente. Nr. 1, S. 3 und Pharma-Brief (2008) Thailand unter Druck – Industrie versucht Zwangslizenzen zu verhindern. Nr. 2, S. 1-2
- 10 WHO (2013) Diabetes Fact sheet N°312 www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/index.html
- 11 Xu Y et al. (2013) Prevalence and Control of Diabetes in Chinese Adults. *JAMA*; 310, p 948
- 12 Masuhr J, Voss M (2012) DICK im Geschäft. Focus online. 9.5. www.focus.de/finanzen/boerse/tid-25724/milliardenmarkt-diabetes-dick-im-geschaeft-aid_749204.html [Zugriff 23.9.2013]
- 13 Fraende M (2013) Strong sales growth helps Novo raise outlook. Reuters. 8. August. www.reuters.com/article/2013/08/08/us-novonordisk-results-idUSBRE97706N20130808 [Zugriff 16.10.2013]
- 14 arznei-telegramm (2013) Arzneimitteldatenbank Bewertung Liraglutid vom 19.4.2013
- 15 Public Citizen (2012) Petition an die FDA vom 19. April. www.citizen.org/documents/2020.pdf
- 16 Pharma-Brief (2012) DiabetikerInnen in Not getrieben. Nr. 5, S. 1
- 17 Gale EAM (2012) Post-marketing studies of new insulins: sales or science? *BMJ*; 344, p e3974
- 18 Yudkin JS (2012) Post-marketing observational trials and catastrophic health expenditure. *BMJ*; 344, p e3987
- 19 Persönliche Auskunft von Dr. Roopa Devadasan, Institute of Public Health / Bangalore / Indien
- 20 In Indien mussten 2010 32,68% der EinwohnerInnen mit 1,25 US\$ oder weniger auskommen. World Bank (2013) Poverty and Inequality Database. [Zugriff 12.10.2013]
- 21 Abdraimova A, Beran D (2009) Rapid assessment protocol for insulin access in Kyrgyzstan. www.access2insulin.org/uploads/4/9/1/0/4910107/kyrgyzstan_rapia_report.pdf
- 22 Twagirumukiza M et al. (2010) Prices of antihypertensive medicines in sub-Saharan Africa and alignment to WHO's model list of essential medicines. *Trop med Int Health*; 15, p 350
- 23 Pharma-Brief (2010) Gar nicht rosig – Ein Diabetesmittel, das es nicht geben dürfte. Pharma-Brief 4-5, S. 1; Pharma-Brief (2010) Absturz überfällig – Rosiglitazon verboten. Pharma-Brief 8, S. 7
- 24 Graham D J (2007) Assessment of the cardiovascular risks and health benefits of rosiglitazone. FDA Center for Drug Evaluation and Research. 30 July
- 25 Story L (2007) On Avandia, a Niche Strategy Now Under Stress. *New York Times* 6 June

Todesursache Nr. 1

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Rund 17 Millionen Todesopfer forderten Herz-Kreislauf-Erkrankungen in 2008. Mit 17% aller Sterbefälle sind sie weltweit Todesursache Nr. 1.¹ Menschen in armen Ländern sind häufiger betroffen. Die meisten Opfer von Herzinfarkten und Schlaganfall hatten hohen Blutdruck. Doch ab wann wird ein Blutdruckwert als behandlungsbedürftig eingestuft? Welche Maßnahmen zur Bekämpfung von Risikofaktoren sind besonders wirksam? Wann sind Medikamente sinnvoll und vor allem welche?

Herz-Kreislauf-Erkrankungen werden durch Störungen des Herzens oder der Blutgefäße verursacht. Der Sammelbegriff umfasst eine ganze Anzahl von Krankheiten wie beispielsweise Herzinfarkte, angeborene Missbildungen am Herzen, Schlaganfälle oder ein rheumatisches Herzleiden. Vier von fünf Todesfällen durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen geschehen in Ländern

mit mittlerem und niedrigem Einkommen. Das Risiko ist höher als in reichen Ländern.²

In Europa ereignen sich weniger als die Hälfte (40%) der Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen vor dem 75. Lebensjahr.^{3,4} In Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen liegt der Anteil derjenigen, die frühzeitig daran sterben bei ca. 80%.

Risikofaktoren

Zur Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen tragen verschiedene Risikofaktoren bei. Hierzu gehören eine unausgewogene Ernährung, körperliche Inaktivität, sowie Alkohol- und Tabakkonsum, aber auch ein schlechtes Stressmanagement. Diese Faktoren werden wiederum beeinflusst durch eine zunehmende Verstädterung, den Bildungsstand, das Wohnumfeld etc. .

Für Europa schätzt die europäische Gesellschaft für Kardiologie (ESC), dass 50% der Todesfälle durch vorbeugende Maßnahmen verhindert werden könnten.⁵ Um dieses Ziel zu erreichen, fordert der ESC zur Reduzierung der Risikofaktoren einen Paradigmenwechsel – weg von der Propagierung individueller Verhaltensänderungen hin zu einem bevölkerungsgerichteten Ansatz. Auf lokaler und nationaler Ebene sollen regulative und strukturelle Maßnahmen ergriffen werden, zum Beispiel Rauchverbote. Solche gesetzlichen Vorgaben machten die Umgebung gesünder und führten automatisch zu einer Verhaltensänderung, so Simon Capewell, Mitglied der ESC. Maßnahmen die



auf das Individuum zielten erforderten hingegen dessen aktive Mitwirkung. Zudem verschärften individuelle Ansätze soziale Ungleichheiten in der Gesellschaft, während strukturelle Ansätze das Gegenteil bewirkten.⁵ Daher fordert die ESC gleich ein ganzes Maßnahmenpaket: Zur Unterstützung einer gesunden Ernährung solle es Änderungen in der Agrarpolitik, Steuern auf gezuckerte Produkte, eine Reduzierung der Salzmenge in Nahrungsmitteln und Werbebeschränkungen für Junk-Food geben. Der Alkoholkonsum könne über Steuern, Regulierung der Werbung, oder geringe Verfügbarkeit geregelt werden, mehr Bewegung durch Subventionen des öffentlichen Verkehrs und Investitionen in Fahrrad- und Fußgängerwege. Gegner dieses Konzeptes behaupten, dass der Staat die freie Entscheidung des Einzelnen einschränke, „tatsächlich aber werden Menschen heutzutage durch Unternehmen, die faktisch die Standards setzen, in die falsche Richtung gedrängt. Unternehmen tragen keine Verantwortung für die öffentliche Gesundheit, die liegt bei den Regierungen.“⁵

Beispiel Slowenien

Der relativ junge Staat Slowenien verzeichnete 2010 nur noch halb so viele Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie zur Zeit der Staatsgründung 1991.⁶ Nationale Initiativen zur Förderung eines gesunden Lebensstils und zur Kontrolle von hohem Blutdruck haben dazu erheblich beigetragen. Ein Aktionsplan zur Begrenzung des Salzkonsums sowie Ernährungs- und Bewegungsförderprogramme wurden eingeführt und eine strikte Alkohol- und Tabakgesetzgebung verabschiedet. Neben diesen bevölkerungsspezifischen Maßnahmen kommt auch ein individueller Ansatz zum Tragen. So können sich Menschen zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen kostenlos untersuchen lassen und werden bei Bedarf behandelt. Zudem greifen aber auch nicht-medikamentöse Maßnahmen. So bieten Beratungszentren Fortbildungen oder Workshops zu einem gesunden Lebensstil an.⁷

Blutdruck

Der Blutdruck ist leicht und schnell zu messen. Der Wert wird in „Millimeter-Quecksilbersäule“ (mmHg) angegeben. Der erste, höhere Wert – der sogenannte systolische Blutdruck – beschreibt den Druck in der Phase, in der das Herz Blut in den Körper pumpt. Der zweite, niedrigere Wert – der sogenannte diastolische Blutdruck – erfasst die Entspannungsphase des Herzens zwischen zwei Herzschlägen. Der Blutdruck ist im Tagesverlauf nicht konstant, sondern steigt bei körperlicher Belastung oder Stress. Bei Gesunden sinkt er danach rasch wieder ab. Einzelmessungen sollten nicht als Anhaltspunkt für einen behandlungsbedürftigen Bluthochdruck zu Grunde gelegt werden. Notwendig sind mehrmalige Blutdruckmessungen, vorzugsweise im ambulanten Bereich oder zu Hause.⁸

Risikofaktor hoher Blutdruck

Ein hoher Blutdruck (Hypertonie) wird als ein zentraler Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Schlaganfall oder Herz-attacken angesehen. Bluthochdruck kann aber auch zu Nierenschäden oder zu Blindheit führen. Selten macht ein hoher Blutdruck Beschwerden und bleibt daher oft lange unerkannt. Die WHO schätzt, dass weltweit im Jahr 1980 ca. 600 Millionen Menschen erhöhte Blutdruckwerte aufwiesen. Im Jahr 2008 ist die Zahl laut WHO schon auf 1 Milliarde Betroffene (Erwachsene über 25 Jahre) gestiegen.

Gesunde behandeln?

Doch sind die hohen, von der WHO genannten Zahlen realistisch? Der festgelegte Grenzwert spielt dabei eine entscheidende Rolle. Wird er sehr niedrig angesetzt, so werden automatisch mehr Leute zu Kranken erklärt. Die WHO hat im Jahr 1999 den Grenzwert des behandlungsbedürftigen Blutdrucks von 160/95 mmHg auf 140/90 mmHg herabgesetzt. Dafür gab es damals scharfe Kritik, denn die von der WHO berufenen ExpertInnen standen größtenteils der Pharmaindustrie sehr nahe. Pharmazeutische Unternehmen hatten außerdem Treffen mit der WHO gesponsert.⁹ Hersteller von Blutdruckmedikamenten profitierten von der Absenkung der Grenzwerte

erheblich, denn die Zahl der (angeblich) Behandlungsbedürftigen stieg enorm.



Die WHO untermauerte ihre Empfehlungen seinerzeit aber nicht mit den Ergebnissen wissenschaftlicher Studien. So wurde nicht nachgewiesen, dass die Sterblichkeit oder das Herzinfarkt- bzw. Schlaganfall-Risiko tatsächlich abnimmt, wenn der Blutdruck stärker abgesenkt wird (auf die empfohlenen Werte von 130/85 mmHg). Dabei hatte genau diese Hypothese zur Senkung der Grenzwerte geführt.¹⁰

2003 überarbeitete die WHO ihre Richtlinien. Erstmals wurden die Interessenkonflikte der 19 beteiligten ExpertInnen offengelegt: Sieben von 19 Personen hatten Verbindungen zur Pharmaindustrie. Zwar spricht die WHO immer noch von Bluthochdruck, wenn die Messwerte regelmäßig einen Grenzwert von systolisch 140mmHg und diastolisch 90 mmHg überschreiten. Aber heute werden auch Risikofaktoren wie Rauchen, Übergewicht oder vorhandene Organschäden berücksichtigt, wenn es um die Einschätzung des individuellen Behandlungsbeginns geht.

Es geht noch schlimmer

2003 veröffentlichten auch die US-amerikanischen Gesundheitsbehörden überarbeitete Richtlinien zur Behandlung des Bluthochdrucks. Eine neue Kategorie wurde damals eingeführt: Der sogenannte Prä-Bluthochdruck (engl. = Prehypertension). Darunter fallen Blutdruckwerte zwischen 120-139/80-89 mmHg, also Werte, die die WHO als normale Blutdruckwerte einstuft. In den USA sind somit quasi über Nacht ca. 50 Millionen Menschen zu potenziell Kranken erklärt worden. Prof. Bakris, einer der Autoren der Empfehlung, versuchte die niedrigen Grenzwerte zu verharmlosen, indem er behauptete, es handele sich hierbei nur um eine „diagnostische Kategorie“. Wer allerdings seinen Lebensstil nicht ändern wolle, dem würde er Medikamente empfehlen.¹¹ Fakt ist, dass die meisten AutorInnen der Richtlinie Interessenkonflikte hatten und bei den verschiedensten Pharmafirmen auf der Gehaltsliste standen.

2006 hatten Merck, Novartis und Sankyo 700.000 US\$ an die amerikanische Gesellschaft für Bluthochdruck (ASH) gezahlt. Im Gegenzug veranstaltete die Gesellschaft eine Reihe von „Dinner-Vorträgen“, um die Debatte um niedrigere Grenzwerte für behandlungsbedürftigen Bluthochdruck anzuhetzen.¹² Sechs der sieben Ärzte, die anschließend neue Definitionen für Bluthochdruck vorschlugen, hatten für Pharmafirmen als Berater oder Sprecher gearbeitet. Der Siebte ist Berater und Aktieninhaber einer Gesellschaft, die diagnostische Geräte zur Erkennung von Gefäßverletzungen herstellt. Nach ihren Vorschlägen würde die Hälfte der Menschen mit „Prä-Hochdruck“ zu Kranken erklärt.

WHO-Empfehlung bleibt umstritten

Ob die Behandlung eines milden Bluthochdrucks (zwischen 140-159 / 90-99 mmHg) bei ansonsten gesunden Menschen überhaupt sinnvoll ist, darüber wird zurzeit heftig gestritten. So sieht die Cochrane Collaboration, ein internationales Netzwerk

von WissenschaftlerInnen und ÄrztInnen, nach systematischer Auswertung aller brauchbaren Studien keinen Überlebensvorteil für eine so frühe Intervention.¹³ Ob die StudienteilnehmerInnen Blutdrucksenkernahmen oder nicht, machte bei der Häufigkeit von Herzinfarkt oder Schlaganfall keinen statistisch signifikanten Unterschied. Fast jeder zehnte Studienteilnehmer in der Medikamentengruppe brach die Behandlung aber wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen ab. Wenn man den Nutzen der Therapie eines milden Blutdrucks nicht kennt, solle man das den PatientInnen aktiv mitteilen und sie in ihrer Entscheidung unterstützen, so James Wright, Koordinator der Cochrane Arbeitsgruppe Bluthochdruck.¹⁴

Das richtige Rezept für arme Länder?

Zur Vorbeugung gegen Herz-Kreislaufkrankungen stehen neben individuellen Verhaltensregeln viele regulative Instru-

mente zur Verfügung. Die WHO wertet solche Maßnahmen, die auf die gesamte Bevölkerung zielen, als besonders kosteneffektiv.¹⁵ Im Gegensatz zu medikamentösen Eingriffen haben sie auch keine unerwünschten Wirkungen und können das Wohlbefinden erheblich steigern. Etwa die Reduzierung von Salz in Fertigprodukten. Seit 2011 hat die türkische Regierung Salzzusätze in Brot oder Tomatenpasten gesenkt, den Verkauf von Chips in Schulkantinen verboten und eine Kennzeichnungspflicht für Nahrungsmittel eingeführt. Gleichzeitig geht die Regierung mit diesem Thema an die Öffentlichkeit und sendet Filme im Fernsehen oder veranstaltet Aufklärungswochen.¹⁶ Aus anderen Ländern der europäischen Region verzeichnet die WHO ähnliche Ansätze. Deutschland wurde bisher allerdings nicht aktiv. Nationale Initiativen zur Reduzierung des Salzkonsums gibt es nicht.¹⁷



In Ländern mit mittlerem und niedrigem Einkommen wird Bluthochdruck seltener erkannt oder erst gar nicht behandelt. Denn Vorsorgeuntersuchungen gibt es oft nicht und der Zugang zu Arzneimitteln ist beschränkt. Und wo eine staatliche Krankenversicherung fehlt, müssen die PatientInnen medikamentöse Behandlungen aus eigener Tasche bezahlen. Das kann ganze Familien in den finanziellen Ruin treiben. So kommt eine Übersichtsstudie zur Verfügbarkeit von Herz-Kreislaufmedikamenten in 36 Ländern zu dem Schluss, dass eine monatliche Behandlung mit blutdrucksenkenden Medikamenten häufig mehr kostet als ein normaler Arbeiter am Tag verdient. Besonders wenn die Therapie mit einem Medikament nicht mehr ausreicht, werde eine Behandlung unbezahlbar.¹⁸

Welche Medikamente wirken?

Wenn Medikamente nötig sind, kommt es auf die richtige Auswahl an. Mit Blick auf die oft engen finanziellen Ressourcen sollte man sich auf eine kleine Auswahl ge-

nerischer Medikamenten für chronische Krankheiten konzentrieren, anstatt auf eine breite Auswahl an Generika und Originalprodukten.¹⁸ Präparate, die in der Therapie Vorrang haben sollten, führt die WHO auf ihrer Modellliste unentbehrlicher Arzneimittel auf, die regelmäßig aktualisiert wird.¹⁹ Staaten passen diese Liste ihren lokalen Bedürfnissen an. Allerdings sind diese in etlichen Ländern veraltet und führen Medikamente mit zweifelhaftem Nutzen auf. So findet sich das umstrittene Mittel Telmisartan der Firma Boehringer Ingelheim. Zwar senkt es den Blutdruck, verhindert aber kardiovaskuläre Ereignisse nicht besser als Placebo – auch nicht nach bereits erfolgtem Schlaganfall.^{20,21,22} Dennoch findet sich der Wirkstoff in 32 von 121 im Internet verfügbaren nationalen Listen unentbehrlicher Arzneimittel.²³

Bei der Behandlung des Bluthochdrucks müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. Zum Beispiel, ob der Patient bereits eine



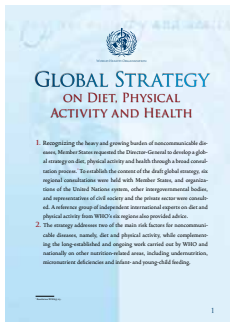
Komplikation wie einen Herzinfarkt hatte, ob er an anderen Erkrankungen wie z.B. Diabetes leidet und auch wie sein sonstiges Risikoprofil (z.B. Übergewicht) aussieht. Ländern mit geringen finanziellen Ressourcen empfiehlt die WHO, sich zunächst auf Hochrisiko-Gruppen zu konzentrieren, da diese den größten Nutzen von einer Behandlung hätten. Je nach ökonomischen Fähigkeiten könne eine medikamentöse Behandlung dann auf andere Gruppen ausgeweitet werden.²⁴

- 1 WHO (2013) Cardiovascular diseases (CVDs) Fact sheet N 317. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html
- 2 WHO (2013) A global brief on Hypertension – World Health Day 2013. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79059/1/WHO_DCO_WHD_2013.2_eng.pdf
- 3 WHO Europa: www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/data-and-statistics [Zugriff 6.9.2013]
- 4 Jørgensen T et al (2012) Population-level changes to promote cardiovascular health. European Journal of Preventive Cardiology; 20, p 409
- 5 European Society of Cardiology (2012) ESC says 50% of CVD deaths in Europe could be avoided with proper regulation. Pressemitteilung, 24 July www.escardio.org/about/press/press-releases/pr-12/pages/cvd-deaths-europe-avoided-with-regulation.aspx
- 6 Von 447/100.000 Menschen im Jahr 1991 auf 218/100.000 Menschen
- 7 WHO Europe (2013) Slovenia celebrates progress in preventing cardiovascular diseases. www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/news/news/2013/04/slovenia-celebrates-progress-in-preventing-cardiovascular-diseases [Zugriff 6.9.2013]
- 8 Hodgkinson J et al. (2011) Relative effectiveness of clinic and home blood pressure monitoring compared with ambulatory blood pressure monitoring in diagnosis of hypertension. BMJ; 342, p d3621
- 9 Pharma-Brief (2002) Mit Hochdruck gegen PatientInnen. Nr.1, S.6.
- 10 Prescrire International (1999) Flawed WHO Recommendations on Hypertension – WHO has damaged its reputation. Vol 8, p 121
- 11 Moynihan R (2010) Who benefits from treating prehypertension? BMJ, 341, p 4442
- 12 Saul S (2006) Unease on Industry Role in Hypertension Debate. New York Times. 20 May
- 13 Dialo D et al. (2012) Pharmacotherapy for mild hypertension. Cochrane Database of Systematic reviews. Issue 8. Art. No.: CD006742. DOI: 10.1002/14651858.CD006742.pub
- 14 Lenzer J (2012) Cochrane review finds no proved benefit in drug treatment for patients with mild hypertension. BMJ 345:e5511
- 15 WHO (2013) Choosing Interventions that are Cost Effective (WHO-CHOICE). www.who.int/choice/interventions/rf_cvd/en/index.html [Zugriff 17.9.2013]
- 16 WHO (2013) Progress in reducing salt consumption in Turkey. 8 April www.euro.who.int/en/where-we-work/member-states/turkey/news/news/2013/04/progress-in-reducing-salt-consumption-in-turkey [Zugriff: 17.9.2013]
- 17 Dies wird mit dem Jodmangel begründet. Da Jod in Deutschland oft dem Salz beigemischt wird, könnte eine Salzreduzierung zu einem erhöhten Jodmangel führen. Siehe: WHO (2013) Mapping salt reduction initiatives in the WHO European Region. p 15 www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/186462/Mapping-salt-reduction-initiatives-in-the-WHO-European-Region-final.pdf
- 18 Van Mourik M et al (2010) Availability, price and affordability of cardiovascular medicines: A comparison across 36 countries using WHO/HAI data. BMC Cardiovascular Disorders; 10, p 25
- 19 WHO (2013) WHO Model List of Essential Medicines. 18th list. April 2013. www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/18th_EML_Final_web_8Jul13.pdf
- 20 arznei-telegramm (2010) Arzneimitteldatenbank, Eintrag zu Telmisartan vom 23.4.2010
- 21 BUKO Pharma-Kampagne (2011) Um jeden Preis? Untersuchung des Geschäftsverhaltens von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Indien. www.bukopharma.de/uploads/file/Pharma-Brief/2011_01_Spezial_Indien.PDF
- 22 BUKO Pharma-Kampagne (2012) Auf Kosten der Armen? Untersuchung des Geschäftsverhaltens von Boehringer Ingelheim, Bayer und Baxter in Brasilien. www.bukopharma.de/uploads/file/Pharma-Brief/2012_03_spezial_Brasilien.pdf
- 23 www.who.int/selection_medicines/country_lists/en/
- 24 WHO (2010) Package of Essential Noncommunicable (PEN) Disease Interventions for Primary Health Care in Low-Resource Settings. http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241598996_eng.pdf

Was tut die WHO?

Globale Strategien, Aktionspläne und internationale Abkommen

Vor 13 Jahren verabschiedete die Generalversammlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ihre erste Strategie gegen nicht-übertragbare Krankheiten.^{1,2} Das war der Startschuss für viele weitere Programme, die die WHO im Laufe der Jahre angestoßen hat. Doch bisher greifen alle ambitionierten Maßnahmen angesichts der gewaltigen Gesundheitsprobleme zu kurz.



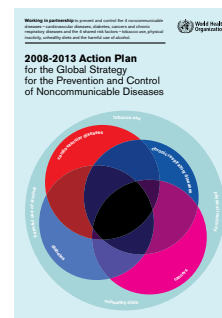
Die erste, im Jahr 2000 verabschiedete globale Strategie zur Kontrolle nicht-übertragbarer Krankheiten, sollte auf breiter Front ansetzen: Eine gesündere Umwelt fördern, die Besteuerung ungesunder Konsumgüter vorantreiben oder die Massenmedien zur Gesundheitsaufklärung nutzen. Die WHO-Vollversammlung forderte ihre damalige Generaldirektorin Gro Harlem Brundtland auf, nicht-übertragbaren Krankheiten Priorität einzuräumen. Insbesondere solle der Dialog mit der Pharmaindustrie fortgesetzt werden, um den Zugang zu Arzneimitteln für nicht-übertragbare Krankheiten zu verbessern und deren Ursachen zu bekämpfen.² Zwei Jahre später nimmt der Weltgesundheitsbericht die Risikofaktoren nicht-übertragbarer Krankheiten in den Blick.³ Die düsteren Prognosen sind Anlass für eine weitere globale Strategie zur Ernährung, körperlicher Aktivität und Gesundheit.⁴

Diesmal sollen die Risikofaktoren stärkere Beachtung finden und die Bevölkerung über die schädlichen Folgen ungesunder Verhaltensweisen informiert werden. Forschungsprojekte sollen angestoßen und Interventionsmaßnahmen sorgfältig evaluiert werden. Die WHO erhofft sich dadurch auch einen globalen Entwicklungsschub, der dazu beiträgt, die im Jahr 2000 gesteckten Weltentwicklungsziele (Millennium Development Goals = MDG) zu erreichen.⁵

Ein erster Aktionsplan

Im Oktober 2005 erscheint ein WHO-Bericht zur Vorbeugung chronischer Krankheiten.⁶ Im Fokus stehen Länder mit geringem

Einkommen, weil die Menschen hier in einem früheren Lebensalter nicht-übertragbare Krankheiten entwickeln und daran sterben.



Dieser Bericht ist Grundlage für den Aktionsplan 2008-2013 zur Vorbeugung und Kontrolle von nicht-übertragbaren Krankheiten.⁷ Er richtet sich an Nationalstaaten, Entwicklungspartnerschaften und Nicht-

regierungsorganisationen, die sich vor allem in armen Ländern aufgrund der Zunahme dieser Krankheiten mit gewaltigen Problemen konfrontiert sehen. 2010 beschäftigt sich dann erstmalig eine Ministerialkonferenz in Moskau mit ungesundem Lebensstil und nicht-übertragbaren Krankheiten.⁸



Seither beginnt auch die EU umfassender aktiv zu werden. Die bereits 2007 initiierte EU-Strategie „Ernährung, Übergewicht, Adipositas“, bei der verschiedenste Akteure besser vernetzt werden sollen, wird weiter ausgedehnt.⁹ Es entstand der Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten (2012-2016)¹⁰ sowie das Europäische Rahmenkonzept „Gesundheit 2020“.¹¹

Globales Interesse - wenig Konkretes

2011 wird ein Sondertreffen der Vereinten Nationen einberufen, um die Prävention und Kontrolle von nicht-übertragbaren Krankheiten zu diskutieren – eine Besonderheit, denn nur wegen Aids hatte es bisher ein Treffen der Staatsoberhäupter zu Gesundheitsfragen gegeben. Daneben waren auch viele Nichtregierungsorganisationen, aber auch Pharmaunternehmen, die Getränke- und Lebensmittelindustrie und deren Verbände vertreten. Die abschließende politische Deklaration – die von der EU schon im Vorfeld unterstützt wurde¹² – unterstreicht die Aktions- und Strategiepläne der WHO. Doch konkrete finanzielle Zusagen, die zur Eindämmung nicht-übertragbarer Krankheiten dringend erforderlich wären, bleiben ebenso aus, wie Zugeständnisse sich für andere Handelsbedingungen einzusetzen. Immerhin löst die Konferenz ein stärkeres öffentliches wie auch wissenschaftliches Interesse aus und sorgt für eine intensive Fachdebatte. So veröffentlicht der Lancet im Frühjahr 2013 eine ganze Serie von Artikeln.¹³

Allerdings gibt es keine soziale Bewegung, die sich des Themas annimmt, wie es etwa um die Jahrtausendwende bei Aids der Fall war. Es fehle nämlich im Fall von nicht-übertragbaren Krankheiten an Betroffenen, die zu organisiertem Protest und zur Konfrontation bereit sind, so Stephen Morrison, Vizepräsident des Global Health Policy Center.¹⁴ Außerdem sind die Akteure bunt gemischt und haben sehr unterschiedliche Interessen. Unterdessen mahnen die Vereinten Nationen zur Zusammenarbeit verschiedenster Sektoren und wollen explizit auch Nicht-Gesundheitsakteure oder den privaten Sektor mit ins Boot holen.

25 by 25

2012 einigt sich die Weltgesundheitsversammlung schließlich auf ein neues Ziel: „25% by 2025“ lautet nun das Motto. Bis 2025 will man die Zahl der vorzeitigen Todesfälle, bedingt durch nicht-übertragbare Krankheiten, um ein Viertel senken. Neun

NCD-Alliance

Das Bündnis nicht-übertragbare Krankheiten (=NCD-Alliance) wurde 2010 von vier Organisationen gegründet. Hierzu gehören die International Diabetes Federation (IDF), die World Heart Federation (WHF), die International Union Against Cancer (UICC) sowie die International Union Against Tuberculosis and Lung Disease. Sie repräsentieren die vier Krankheiten, die im Fokus globaler Gesundheitsanstrengungen liegen. Zum Bündnis gehören mittlerweile 2.000 zivilgesellschaftliche Gruppen in 170 Ländern der Welt. Daneben arbeitet die NCD-Alliance mit vielen anderen internationalen Nichtregierungsorganisationen, aber auch mit dem privaten Sektor zusammen, um nicht-übertragbare Krankheiten in den Fokus internationaler und nationaler Gesundheitspolitik zu rücken.

Problematisch erscheint allerdings die Rolle der Konsultationsgruppe. Diese kann neue Ziele für die NCD-Agenda vorschlagen, überwacht die Fortschritte und soll strategische Ratschläge für globale Kampagnen machen.²¹ Man kann in der Konsultationsgruppe des Bündnisses aktiv werden, in dem man die NCD-Alliance finanziell unterstützt. Von den neun Mitgliedern der Konsultationsgruppe kommen drei aus der Pharmaindustrie (Bristol-Myers Squibb, Sanofi, Eli Lilly).²² Es steht zu befürchten, dass dies die Politik einseitig in Richtung medikamentenbasierter Lösungen treibt.

Da die Millenniumsentwicklungsziele nur implizit auf nicht-übertragbare Krankheiten verweisen und derzeit neu diskutiert werden, möchte die NCD-Alliance nicht-übertragbare Krankheiten explizit in den Zielen verankern.

Teilziele wurden formuliert. So sollen z.B. 80% der Betroffenen Zugang zu lebenswichtigen Arzneimitteln und Technologien erhalten und der Tabakkonsum soll um 30% sinken.¹⁵ Auch ein Aktionsplan wurde bei der Gesundheitsversammlung 2013 verabschiedet.¹⁶ Jetzt sind die Mitgliedsstaaten gefordert, diese Ziele in ihrem Land in die Realität umzusetzen.

Auch andere Abkommen der WHO zielen auf die Vorbeugung nicht-übertragbarer Krankheiten. So etwa ein Abkommen Reduzierung des Alkoholkonsums¹⁷ oder das 2003 geschlossene erste Rahmenabkommen zur Tabakkontrolle. Es gehört zu den wenigen in Rekordzeit verabschiedeten Abkommen und wurde von 168 Nationen unterzeichnet.¹⁸

Mit einem „World No Tobacco Day“ macht die WHO seitdem jedes Jahr am 31. Mai auf brisante Aspekte des Abkommens aufmerksam.¹⁹ Und auch regional ist die WHO aktiv. In Europa beschäftigt sie sich zur Zeit mit dem Thema Ernährung und nicht-übertragbare Krankheiten und veranstaltete dazu im Juli eine Ministerialkonferenz.

Verengter Blick

Nicht ganz unproblematisch ist allerdings die Fokussierung der WHO auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Krebs und Lungenerkrankungen. Sie kann leicht dazu führen, dass andere Probleme, die mit einer großen Krankheitslast einher gehen, aus dem Blick geraten (siehe auch Abb. 3, S. 5). So sind psychische Störungen global gesehen stark auf dem Vormarsch. 2004 rangierten sie noch auf Platz 3 der Krankheiten, die ein beschwerdefreies Leben erheblich einschränken, 2030 werden sie aber laut Howitt das Ranking anführen. Auch Unfälle werden laut seiner Prognose von Rang 9 (2004) auf Platz 3 klettern und 2030 eine erhebliche Krankheitslast ausmachen oder auch zum Tode führen. Die WHO täte gut daran, diese Erkrankungen stärker zu berücksichtigen.²⁰ Auch mehr Druck auf die Regierungen wäre wünschenswert, damit endlich verbindliche Zusagen gemacht werden, wann und mit welchen Mitteln bestimmte Ziele erreicht werden sollen. Denn ambitionierte Zielvorgaben der WHO nützen wenig, wenn sie nicht in nationale Gesundheitsprogramme eingebettet werden.

- 1 WHO (1998) Resolution WHA 51.18 Noncommunicable disease prevention and control www.who.int/genomics/publications/governance/wha/wha062/en/index.html. Hinweise siehe auch: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591935.pdf>
- 2 WHO (2000) Prevention and control of noncommunicable diseases. WHA 53.17. Agenda item 12.11
- 3 WHO (2002) World Health Report. Reducing risks, promoting healthy life. Genf www.who.int/whr/2002/en/
- 4 WHO (2004) Global strategy on diet, physical activity and health. Resolution WHA 57.17. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA57/A57_R17-en.pdf
- 5 Ausführliches zu den acht Millenniumsentwicklungszielen siehe: www.un.org/millenniumgoals
- 6 WHO (2005) Preventing chronic diseases: a vital investment www.who.int/chp/chronic_disease_report/contents/en/index.html

- 7 WHO (2008) Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241597418_eng.pdf
- 8 www.who.int/nmh/events/moscow_ncds_2011/en/
- 9 http://europa.eu/legislation_summaries/public_health/health_determinants_lifestyle/c11542c_de.htm [Zugriff 17.10.2013]
- 10 WHO Europa (2012) Aktionsplan zur Umsetzung der Europäischen Strategie zur Prävention und Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten (2012-2016) Kopenhagen. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/174629/eg6638-Ger.pdf
- 11 www.euro.who.int/de/about-us/regional-director/speeches-and-presentations-by-year/2013/presentation-health-2020-a-new-european-policy-framework-for-health-and-well-being2 [Zugriff 21.10.2013]
- 12 European Parliament (2011) Joint Motion for a Resolution. 13.9. www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=MOTION&reference=P7-RC-2011-0488&language=EN
- 13 www.thelancet.com/series/non-communicable-diseases
- 14 Morrison S (2011) Reflections on the UN High-level Meeting on Noncommunicable Diseases. 26.9 www.smartglobalhealth.org/blog/entry/reflections-on-the-un-high-level-meeting-on-noncommunicable-diseases/
- 15 WHO (2012) NCD Global Monitoring Framework www.who.int/nmh/global_monitoring_framework/en/
- 16 WHA (2013) Follow-up to the Political Declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. WHA 66.10, 275.
- 17 WHO (2010) Global strategy to reduce harmful use of alcohol. www.who.int/substance_abuse/activities/gsrhua/en/
- 18 Nikogosian, H (2010) WHO Framework convention on Tobacco Control: A key milestone. Bulletin of the World Health Organization 2010;88:83-83. doi: 10.2471/BLT.10.075895 www.who.int/bulletin/volumes/88/2/10-075895/en/
- 19 WHO Global: www.who.int/tobacco/wntd/previous/en/index.html WHO Europa: www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/disease-prevention/tobacco/world-no-tobacco-day
- 20 Howitt P et al (2012) Technologies for global health. Lancet; 380 p 507
- 21 „These supporters share a common interest in improving the lives of people living with NCDs and tackling their risk factors. In addition to their financial support, the SCG identifies new opportunities to advance the NCD Agenda through multisectoral engagement, monitoring progress, and providing strategic advice on our global campaigns.“ www.ncdalliance.org/supportersgroup [Zugriff 25.10.2013]
- 22 <http://ncdalliance.org/who-we-are> [Zugriff 25.10.2013]

Ruanda – Land der tausend Hügel

Ruanda hat rund 11 Millionen EinwohnerInnen. 2011 lebten rund 81% der Bevölkerung in ländlichen Gebieten. Mit durchschnittlich 432 Einwohnern pro Quadratkilometer ist Ruanda das am dichtesten bevölkerte Land Afrikas. 1994 gipfelten Konflikte zwischen den Bevölkerungsgruppen der Hutu und Tutsi in einem Genozid. Fast eine Million Menschen wurden in der Folge ermordet, zwei Millionen Menschen obdachlos. Die gesundheitliche Versorgungslage war desolat. So hatten 1994 weniger als 5% der Bevölkerung Zugang zu sauberem Trinkwasser. Tausende Menschen starben an Infektionskrankheiten wie Aids, Tuberkulose, Malaria.

Als eines der wenigen Entwicklungsländer bietet Ruanda der Bevölkerung seit etwa 10 Jahren eine fast flächendeckende Krankenversicherung an, in der heute die Mehrheit der Bevölkerung krankenversichert sind. Auf diese Weise konnte der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erheblich verbessert werden und ist nicht mehr ausschließlich eine Frage des Geldes. Die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf beliefen sich 2010 auf 55 US\$.¹

Das Vorkommen von Infektionskrankheiten wie Aids, Tuberkulose (TB) oder Malaria konnte mit großzügigen Subventionen durch den Global Fund und eine konsequente Gesundheitspolitik maßgeblich reduziert werden. So halbierte sich die Zahl der TB-Neuerkrankungen von 2002 bis 2010 von

202 Fällen pro 100.000 EinwohnerInnen auf 106 Fälle im Jahr ab.² Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind unter 5 Jahren stirbt sank innerhalb von elf Jahren (2000-2011) um 70,4%. Die Kindersterblichkeit liegt weit unter der der Nachbarländer.¹ Auch in anderen Bereichen gab es erhebliche Fortschritte.

Schliefen bis 2004 nur 4,3% der Kleinkinder unter einem Netz zum Schutz vor Malaria und anderen durch Moskitos übertragenen Krankheiten, so erhöhte sich der Prozentsatz innerhalb der folgenden vier Jahre auf 56%. Die Mosquito-Netze werden kostenlos vom National Malaria Control Programme vergeben.³ 2006 lebten noch mehr als die Hälfte aller EinwohnerInnen (56,6%) unter der nationalen Armutsgrenze.⁴ Bis 2012 konnte die Zahl der Armen auf 45% reduziert werden.⁵



Die Krankheitsbilder ändern sich

Interview mit Dr. Uta Elisabeth Düll



Dr. Uta Elisabeth Düll ist Ärztin und Leiterin eines Gesundheitszentrum in Gikonko im Süden von Ruanda. Dort arbeitet sie seit 1995 für das Institut Sankt Bonifatius.

Frau Dr. Düll, für wie viele Menschen ist das Gesundheitszentrum Gikonko im Süden Ruandas medizinisch verantwortlich?

Als Gesundheitszentrum im ländlichen Gebiet ist man für die Primärversorgung – insbesondere für die vorbeugende Medizin – seines Einzugsgebietes zuständig, d.h. mehr als 23.000 Menschen in einem Radius von 20 km.

Was sind die Aufgaben des Zentrums und welche Krankheiten werden hier behandelt?

Jährlich sehen wir mehr als 30.000 ambulante Patienten. Wir assistieren bei über 700 Geburten, und behandeln mehr als 2.000 Menschen stationär. Hauptkrankheitsbilder sind nach wie vor Malaria, Atemwegsinfekte, Magen-Darminfekte mit Durchfall und Wurmerkrankungen, Hautinfektionen, HIV/AIDS, Tuberkulose, und verschiedenste Verletzungen. Darüber hinaus führen wir

auch viele chirurgische Eingriffe durch: Vom Kaiserschnitt über Knochenbrüche bis zu Blinddarmoperationen. Dazu operieren wir pro Jahr bis zu 100 Kinder mit Hydrocephalus (dem sogenannten Wasserkopf).

Gibt es genügend Fachpersonal für die medizinische Betreuung?

Derzeit haben wir im Gesundheitszentrum 55 Mitarbeiter, davon 15 Krankenschwestern/pfleger, zwei Laboranten und eine Ärztin. Hinzu kommt Personal für Abrechnungen und Dokumentation, Ernährungsberater und viel Hilfspersonal. Nach den Normen für ein Gesundheitszentrum sind wir ausreichend besetzt. Allerdings kommen Patienten aus dem ganzen Land zu uns und erbitten unsere Hilfe. Dadurch haben wir auch schwierige Krankheitsbilder zu diagnostizieren und zu behandeln und dafür ist die Besetzung echt knapp.

Seit etwa 10 Jahren gibt es in Ruanda eine allgemeine Krankenversicherung, die den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erheblich verbessern soll. Was sind Ihre Beobachtungen?

Auch wenn Ruanda zu den Pionieren in den Entwicklungsländern gehört, die eine Krankenversicherung für alle einführt, so ist dies dennoch für kinderreiche Familien nicht zu bezahlen. Das Problem bei diesen unversicherten Patienten ist dann nicht nur, dass wir unsere Leistungen nicht erstattet bekommen, sondern viel schlimmer die Patienten nirgendwo versorgt werden. Beispielsweise, die Ambulanz nicht kommt oder auch ein dringend benötigtes Röntgenbild im Distriktkrankenhaus nicht gemacht wird.

Haben sich die Krankheitsbilder in den vergangenen 20 Jahren verändert?

Ja, wir sehen immer mehr Menschen mit nicht-übertragbaren Krankheiten wie

Diabetes, Bluthochdruck und Gicht. Selbst Herzinfarkte oder starkes Übergewicht kommt bei unseren Patienten zunehmend vor. So müssen unsere Ernährungsassistenten nicht nur Aufbaukost zubereiten, sondern Diäten aller Art entwickeln und den Menschen eine andere Ernährungsweise näher bringen.

Auch kommen immer mehr Menschen mit fortgeschrittenen Krebserkrankungen zu uns. Da bleiben uns oft nur palliative Maßnahmen und vor allem die Konfrontation mit der Wahrheit. Kaum einer nimmt sich die Zeit, den Menschen diese unangenehme Diagnose zu eröffnen, so dass die ganze Großfamilie immer wieder all ihr Erspartes zusammenlegt oder sich verschuldet mit der falschen Hoffnung, Hilfe in einem anderen Krankenhaus zu finden. Viele sind letztendlich dankbar für unseren Dienst. Mit vielen blieben wir noch lange in Kontakt, wenn die Familie regelmäßig Schmerzmittel bei uns abholt.

Gibt es für nicht-übertragbare Krankheiten wie Herz-Kreislaufkrankungen oder Diabetes ausreichend staatliche Behandlungsmöglichkeiten und Präventionsprogramme?

Seit neuestem schenkt man den nicht-übertragbaren Krankheiten mehr Aufmerksamkeit, wenn auch flächendeckende Aufklärungskampagnen fehlen, ganz zu schweigen von Screeningprogrammen. Dafür sind die Infektionskrankheiten immer noch viel zu häufig. Für die Bevölkerung laufen im Radio oder im Fernsehen Aufklärungsprogramme, entweder als Spots oder als spannende Hörspiele.

Diabetes sehen wir beispielsweise immer öfter. Die Therapie sowohl mit oraler Medikation als auch mit Insulin ist möglich, wenn auch schwierig. Nur wenige Krankenhäuser nehmen sich dieser Patienten konsequent an. Blutzucker-Selbstkontrolle ist zu teuer und nur für wenige Wohlhabende möglich. Auch die Diät macht erhebliche Probleme. Die Landbevölkerung isst ein-





mal täglich, und das abends. Meist reicht es nicht zu Zwischenmahlzeiten. Oft sagen die Patienten nach der Diätberatung: das was ich habe, soll ich nicht essen, das was ich essen soll, habe ich nicht..... so ist eine gute Zuckereinstellung kaum möglich, da das Risiko einer Unterzuckerung enorm groß ist.

Wir hier in Gikonko haben es aber häufig mit Basisproblemen wie dem mangelnden Hygienebewusstsein zu tun. So besprechen wir jeden Morgen mit den wartenden Patienten vor Beginn der Sprechstunde ein sanitäres Problem. Jede Bürgerversammlung in der Gemeinde, im Quartier etc. wird genutzt, um auch dort diese Information weiter zu geben. Die Gesundheitsarbeiter auf den Hügeln und unsere Mitarbeiter bei den Hausbesuchen sammeln immer wieder die Menschen um sich, um auf diese Probleme

aufmerksam zu machen und sie über Hygiene oder die richtige Ernährung etc. aufzuklären. Aber nicht alles ist für die Familien leicht umsetzbar. Beispielsweise, wenn man das Wasser aus dem Tal in das 200 m höher liegende Haus schleppen muss und das für einen Haushalt mit zehn Personen. Oder dass das kostbare und immer rarer werdende Feuerholz einfach nicht mehr zum Abkochen des Wassers reicht?

Auch das medizinische Personal, die Laienmitarbeiter auf den Hügeln werden kontinuierlich geschult, teils von uns selbst, teils von Nichtregierungsorganisationen in Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium. So werden die Vorgaben aus dem Gesundheitsministerium im ganzen Land einheitlich umgesetzt.

Worin sehen Sie die größten Herausforderungen der nächsten Jahre?

In der Hauptstadt gibt es immer mehr private Praxen, die aber nur von finanzkräftigen Patienten besucht werden können. Die anderen stehen auf der Warteliste der öffentlichen Krankenhäuser für einen Operationstermin oder einfach nur für eine Untersuchung auf Warteplatz 299. Hier werden sie dann aber immer wieder von anderen „mit Beziehungen“ überholt. Dies obwohl jedes Jahr 100 junge Mediziner das Studium abschließen. Hier muss sich noch viel tun, damit auch die arme Bevölkerung einen gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung bekommt.

Das Interview führte Hedwig Diekwisch

- 1 Farmer Paul E et al. (2013) Reduced premature mortality in Rwanda: lessons from success. *BMJ*; 346, p f65 <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f65>
- 2 Trading economics (2013) Incidence of tuberculosis (per 100,000 people) in Rwanda. www.tradingeconomics.com/rwanda/incidence-of-tuberculosis-per-100-000-people-wb-data.html [Zugriff 29.7.2013]
- 3 <http://allafrica.com/stories/201208250314.html> [Zugriff 16.8.2013]
- 4 Weltbank http://data.worldbank.org/country/rwanda#cp_wdi [Zugriff 23.8.2013]
- 5 National Institute of Statistics of Ruanda. <http://statistics.gov.rw> [Zugriff 23.8.2013]

Public-Private-Partnerships

Ein Modell für die Lösung globaler Gesundheitsprobleme?

2011 veranstalteten die Vereinten Nationen einen Sondergipfel zu nicht-übertragbaren Krankheiten. Um diesen Erkrankungen vorzubeugen oder sie erfolgreich zu bekämpfen, seien Sektor-übergreifende Aktionen notwendig, die auch private Geldgeber und die Industrie miteinschließen, so die von den TeilnehmerInnen verabschiedete UN-Resolution.¹ KritikerInnen sind da skeptisch.²

Unter Public-Private-Partnerships versteht man eine Zusammenarbeit öffentlicher Institutionen mit industriellen oder privaten Geldgebern. Seit den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts wurde dieses Modell von vielen öffentlichen Institutionen – wie z.B. durch die damalige Generalsekretärin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gro Harlem Brundtland – aktiv vorangetrieben. Für die Lösung gesellschaftlicher Probleme sei es wichtig, alle Akteure mit ins Boot zu holen.

Eher ist Geldmangel aber der treibende Faktor für diese Strategie. So ist nur noch 18% des Etats der WHO durch regelmäßigen Beiträge der Mitgliedsstaaten gedeckt. Der große Rest ist projektbezogene Förderung, hauptsächlich durch einzelne Staaten, aber auch durch private Geldgeber. So trägt die Gates-Stiftung 4% zum Etat der WHO bei. Das Jahresbudget 2012/2013 musste zum ersten Mal seit 1998 gekürzt werden. Zwar liegt das neue Budget 2014/2015 um 0,5% höher, dennoch müssen Arbeitsbereiche – hierunter fallen beispielsweise die Forschungsförderung für Tuberkulose und tropische Erkrankungen – Kürzungen hinnehmen. Mehr Geld soll dagegen in die Bekämpfung nicht-übertragbarer Krankheiten fließen, doch auch hier wird das Geld nicht reichen.³

Inmitten von WHOs Budgetknappheit brauche die Organisation Industriegeld um die Bekämpfung von chronischen Krankheiten Wirklichkeit werden zu lassen, so Irene Klinger, Beraterin für Partnerschaften bei der Pan American Health Organization (PAHO).⁴

Das ist ein gefährliches Spiel, denn transnationale Konzerne wie die Alkohol- Tabak- oder die Nahrungsmittelindustrie tragen durch den Verkauf ihrer Produkte bzw. ihrem massiven Konsum zur Entstehung von nicht-übertragbaren Krankheiten bei. Beispielsweise sind 30% aller Mexikaner übergewichtig. Damit liegen sie weltweit an zweiter Stelle. Schätzungen zufolge erkrankt jeder zehnte erwachsene Mexikaner im Laufe seines Lebens an Diabetes.⁵ Gesundheitsexperten machen für diese Epidemie unter anderem eine ungesunde Lebensweise und den hohen Konsum von zuckerhaltigen Getränken verantwortlich (in kaum einem anderen Land wird so viel Cola getrunken wie in Mexiko).⁶

Mitbestimmen

Um Übergewicht und somit einen wesentlichen Faktor für die Entstehung von Diabetes und beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen zu reduzieren, ist der Ruf nach schärferen Regulierungen lauter geworden. Um das zu verhindern hat sich die Getränke- und Nahrungsmittelindustrie in den amerikanischen Ableger der Weltgesundheitsorganisation PAHO (= Pan American Health Organization) eingekauft.⁷ Einem Bericht zufolge flossen im Jahr 2012 allein 50.000 US\$ von Coca-Cola, 150.000 US\$ von Nestlé und von Unilever 150.000 US\$ an die PAHO. Diese Investitionen machten sich auch direkt bezahlt. So bestand die fünfköpfige mexikanische Delegation für den Codex Alimentarius,⁸ der Standards für Lebensmittel und den Handel damit festlegt, einzig aus Vertretern von Coca-Cola und Kellogg. Mexikanische RegierungsvertreterInnen wa-

ren hingegen nicht anwesend. Fatal, denn das was die Arbeitsgruppe an Vorschlägen erarbeitet, dient häufig als Vorlage für nationale Richtlinien.⁴ Schon 2002 wurde die starke Überrepräsentation von Industrievertretern und deren Einfluss auf die Empfehlungen des Gremiums scharf kritisiert.⁹

Gesetze beeinflussen

Auch die direkte Zusammenarbeit mit Regierungen wird durch die Industrie forciert, um Gesetzgebungen in ihrem Sinne zu beeinflussen. So half SAB Miller (der zweitgrößte Brauereikonzern weltweit) gemeinsam mit dem von der Alkoholindustrie finanzierten International Center for Alcohol Policies den Regierungen von Lesotho, Malawi, Uganda und Botswana ihre nationale Alkoholpolitik zu überarbeiten. Mit Erfolg: denn zum größten Teil wurden die Formulierungsvorschläge in nationales Recht umgesetzt.¹⁰

Ruhig stellen

Wenn nationale Regierungen erwägen, den Salzgehalt in Fertignahrungsmitteln zu begrenzen oder niedrigere Grenzwerte für den Zuckergehalt in Lebensmitteln durchzusetzen, versuchen Firmen auf unterschiedliche Weise, dies abzuwehren. In Mexiko unterzeichnete Coca-Cola beispielsweise die nationale Vereinbarung zur Vorbeugung von Übergewicht und wurde damit zum offiziellen Partner der Regierung. Damit verspricht der Konzern Salz, Zucker und Fett in Produkten zu reduzieren, das Trinken von Wasser und sportliche Aktivitäten zu fördern.⁴ Es bleibt allerdings offen, wer die Einhaltung dieser Versprechen überprüft und wer im Falle einer Nichteinhaltung Sanktionen verhängt.

Firmen reagieren auf Kritik auch mit der Förderung von Bereichen, die außerhalb ihrer



Expertise liegen und nicht direkt etwas mit ihren Produkten zu tun haben. So unterstützte Coca-Cola Mexiko ca. 4000 Sportereignisse, an denen laut Rosalyn Kennedy, Kommunikationsexpertin bei Coca-Cola Mexiko fast 26 Millionen MexikanerInnen teilnahmen.⁴ Der Tabakkonzern Philip Morris engagiert sich beispielsweise für die Vorbeugung von Gewalt gegen Frauen oder engagiert sich im Kampf gegen Hunger und extreme Armut.¹¹ All das dient vor allem dazu, das angeschlagene Image dieser Branchen aufzupolieren und ist nichts anderes als versteckte Werbung.

Handlungsbedarf

Renommierete WissenschaftlerInnen fordern in einer Artikelserie in der Medizinzeitschrift *The Lancet* zu nicht-übertragbaren Krankheiten, die Industrie in Regulierungsprozessen ganz außen vor zu halten. Trotz des allgemeinen Vertrauens auf die Selbstregulierung der Industrie oder in Public-Private-Partnerships, die die öffentliche Gesundheit verbessern sollen, gäbe es keinen Beweis, dass diese nützlich oder ungefährlich seien. Staatliche Regulierung und Marktinterventionen seien die einzigen evidenzbasierten Maßnahmen, um Schaden von der Bevölkerung durch die Praktiken der Alkohol-, Tabak- und Lebensmittelindustrie abzuwenden.¹²

Und auch Margaret Chan, Generaldirektorin der WHO, eher als eine Befürworterin von Public-Private-Partnerships bekannt, zeigt sich jüngst besorgt über die Anstrengungen der Industrie, die Gesundheitspolitik zu beeinflussen: „Wenn die Industrie in die Politikgestaltung involviert ist, können sie sicher sein, dass die effektivsten Kontrollmaßnahmen verwässert oder gar nicht umgesetzt werden.“¹³

Die WHO würde gut daran tun, sich von dieser Art Partnerschaften fernzuhalten, denn sonst könnte der Ruf der WHO als Normsetzungsinstanz nachhaltig beschädigt werden. Zu viel steht auf dem Spiel. Sie sollte ihr eigenes Verhalten gegenüber der

Tabakindustrie zum Maßstab machen. Mit der schließt die WHO jede Zusammenarbeit aus.

- 1 UN (2011) Political declaration of the High-level Meeting of the General Assembly on the Prevention and Control of Non-communicable Diseases. A/66/L.16. September. www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1
- 2 In diesem Artikel wird beispielhaft auf die Probleme von Public-Private-Partnerships (PPP) im Bereich nicht-übertragbarer Krankheiten eingegangen. Eine umfassende kritische Analyse von PPPs und deren Einfluss auf die globale Gesundheitspolitik siehe: Richter J (2004) Public-private Partnerships for Health: A trend with no alternatives?. *Development*. www.haiweb.org/pdf/Richter%20SID%20Article%202004.pdf oder Richter J (2004) Public-private partnerships and Health for All. How can WHO safeguard public interests? GASPP Policy Brief. www.ibfan.org/art/538-5.pdf
- 3 Ravelo JL (2013) WHO proposed budget: Ups and downs. 23.5. www.devex.com/en/news/who-proposed-budget-ups-and-downs/81019 [Zugriff 10.10.2013]
- 4 Wilson D, Kerlin A (2012) Special Report: Food, beverage industry pays for seat at health-policy table. *Reuters* 20.10. www.reuters.com/article/2012/10/19/us-obesity-who-industry-idUSBRE89l0K620121019
- 5 OECD (2011) Health at a glance 2011 – OECD Indicators. www.oecd.org/els/health-systems/49084488.pdf [Zugriff 8.10.2013]
- 6 Stausberg H (2010) Mexiko hat die dicksten Kinder der Welt. *Die Welt* 27.1. www.welt.de/politik/ausland/article6004082/Mexiko-hat-die-dicksten-Kinder-der-Welt.html [Zugriff 15.10.2013]
- 7 Die 1902 gegründete PAHO ist seit Gründung der WHO im Jahr 1948 Regionalorganisation der WHO.
- 8 Eine von der WHO und der Welternährungsorganisation (FAO) gemeinsam getragene Organisation.
- 9 Chopra M (2002) A global response to a global problem: the epidemic of overnutrition. *Bulletin of the WHO* Vol. 80 n.12 Jan. www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0042-96862002001200009
- 10 Bakke Ø, Endal D. (2010) Vested Interests in Addiction Research and Policy Alcohol policies out of context: drinks industry supplanting government role in alcohol policies in sub-Saharan Africa. *Addiction*; 105(1) p 22 doi: [10.1111/j.1360-0443.2009.02695.x](https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2009.02695.x)
- 11 Phillip Morris International (2013) Domestic violence. www.pmi.com/eng/about_us/charitable_giving/domestic_violence/pages/domestic_violence.aspx [Zugriff 9.10.2013]
- 12 Moodie R et al (2013) Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries. *The Lancet*; 381, p 670
- 13 Chan M (2013) Opening address at the 8th Global Conference on Health Promotion Helsinki, Finland. 10 Juni. www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/

Drängende Probleme

Was bleibt zu tun?

Den Schlüssel zur Eindämmung von nicht-übertragbaren Krankheiten sieht die WHO in einem breiten politischen Ansatz: Health in All Policies (HiAP), so der Name des vielversprechenden Konzepts, soll alle krankmachenden Faktoren beeinflussen. Auch solche, die außerhalb der direkten Kontrolle des Gesundheitssektors liegen. Hierzu gehören etwa Bildung, Umwelt, Arbeitsbedingungen, Wohnen, Transportsysteme, Lebensmittel, landwirtschaftliche Produktion, Wasser, Hygiene und vieles mehr. Maßnahmen zum Erhalt der Gesundheit sollen in allen Politikbereichen verankert werden. Zu diesem Schluss kommt auch neueste Bericht des Entwicklungsprogramms der Vereinten Nationen, der betont, dass der Gesundheitssektor die Probleme

nicht allein lösen kann, sondern in einer Koordinierungsfunktion einen multisektoralen Ansatz vorantreiben soll.¹

Finnland ist seit 1972 Vorreiter einer solchen HiAP-Politik und hat durchaus Erfolge vorzuweisen: Die Anzahl an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und auch die Sterblichkeit an diesen Erkrankungen konnte z.B. dramatisch gesenkt werden.² Schweden verfolgt mit seinem Public Health Gesetz einen ähnlichen Ansatz. Oberstes Ziel ist auch hier die Teilhabe jedes Einzelnen an der Gesellschaft und auch sein oder ihr Einfluss auf die Gesellschaft.³ Das finnische wie auch das schwedische Konzept knüpfen damit an das breite Gesundheitsverständnis der Erklärung von Alma Ata der WHO von 1976 an.



Integrierte Gesundheitsversorgung

Wichtig ist auch eine integrierte Gesundheitsversorgung, die sich nicht auf einzelne Krankheiten konzentriert, sondern das breite Umfeld in den Blick nimmt. So hat Kambodscha die Pflege von HIV/AIDS-Kranken in die Versorgung von PatientInnen mit nicht-übertragbaren Krankheiten integriert.⁴ Das macht Sinn. Denn grundlegende Erfordernisse der Prävention und des Managements von HIV-Infektionen und nicht-übertragbaren Krankheiten sind gleich: Die Unterstützung durch Familienangehörige oder die (Dorf-) Gemeinschaft, die Einbindung der PatientInnen in die Therapie oder eine fortlaufende Betreuung der Kranken.⁵

Insbesondere darf die Armutsbekämpfung nicht zu kurz kommen. Zahlreiche Risikofaktoren, die nicht-übertragbare Krankheiten auslösen können, sind mit Armut und elenden Lebensbedingungen verknüpft, etwa das Kochen mit Holz, Kohle oder Biomasse. Offene Herdfeuer erhöhen das Risiko von Infektionen, Herzerkrankungen oder Krebs und ganz besonders von chronisch-obstruktiven Lungenerkrankungen und Lungenkrebs.⁶

Die deutsche Bundesregierung hat sich die Armutsbekämpfung in der Entwicklungspolitik auf die Fahnen geschrieben. Im Mittelpunkt stehen Bildung, Gesundheit und soziale Sicherung, aber auch die Teilhabe des Einzelnen.⁷ Die neue Bundesregierung täte gut daran, dieses Engagement auszubauen, denn der Handlungsbedarf ist riesig.

Nicht alle Zielvorgaben, die sich die Vereinten Nationen mit ihren Weltentwicklungszielen (Millennium Development Goals, MDGs) gesetzt haben, werden bis 2015 erreicht. Daher wird zurzeit über eine neue Agenda diskutiert. Armutsbekämpfung muss ein Thema bleiben. Denn auch bei nicht-übertragbaren Krankheiten spielen soziale Ungleichheit und Armut eine entscheidende Rolle. Ob es jedoch sinnvoll ist, zusätzlich einzelne nicht-übertragbare Krankheiten in den Fokus zu nehmen und dafür konkrete Zielvorgaben zu for-

mulieren ist strittig, denn dadurch könnten andere Krankheiten und deren Ursachen aus dem Blick geraten.

- 1 UNDP (2013) Addressing the Social Determinants of Noncommunicable Diseases. Discussion Paper. October
- 2 Finnish Ministry of Social Affairs and Health (2006) Health in All Policies – Prospects and potentials. www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf
- 3 Swedish National Institute of Public Health <http://www.fhi.se/en/About-FHI/Public-health-policy/> [Zugriff 20.10.2013]
- 4 Jansen B et al (2007) Offering integrated care for HIV/AIDS, diabetes and hypertension within chronic disease clinics in Cambodia. Bull World Health Organ. 2007 Nov;85(11):880-5
- 5 Nigatu T. (2012) Integration of HIV and Noncommunicable Diseases in Health Care Delivery in Low- and Middle-Income Countries. Prev Chronic Dis 9:110331. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd9.110331>
- 6 Di Cesare M (2013) Inequalities in non-communicable diseases and effective responses. The Lancet. Vol 381, p 585 – 597. 16. February
- 7 BMZ (2012) Armut wirksamer bekämpfen – weltweit! Strategiepapier 6/2012

Die doppelte Bürde

Nicht-übertragbare Krankheiten als globales Problem

Auch in ärmeren Ländern erkranken immer mehr Menschen an sogenannten Zivilisationskrankheiten wie Diabetes, Herzinfarkt oder Krebs. Und ihre Prognose ist dabei schlechter als für PatientInnen in reichen Ländern. Gleichzeitig leiden die Menschen in den benachteiligten Ländern der Erde auch noch unter Infektionskrankheiten, die hierzulande kaum eine Rolle spielen. Malaria, Durchfall oder Aids. Was sind die Ursachen dieser doppelten Bürde und was kann dagegen unternommen werden? Diese Fragen versucht die vorliegende Broschüre zu beantworten.

BUKO Pharma-Kampagne

BUKO Pharma-Kampagne
August-Bebel- Straße 62
33602 Bielefeld, Deutschland
Fon: +49 (0)521 60550
Fax: +49 (0)521 63789
Mail: info@bukopharma.de
Web: www.bukopharma.de
Twitter und Facebook: Pharma-Kampagne

Spendenkonto:
DE97 4805 0161 0000 1056 27

ISSN 1618-4580

