

**Die Gesundheitsarbeit bei  
MISEREOR  
mit Schwerpunkt auf  
Primäre Gesundheitsversorgung**

#### Impressum Orientierungsrahmen:

Herausgeber: Bischöfliches Hilfswerk MISEREOR e. V.

Redaktion (verantwortlich): Entwurf: Angelika Pochanke-Alff (freie Gutachterin).  
Redaktionelle Überarbeitung des Gesamtdokuments  
durch die Begleitgruppe Gesundheit (Dr. Raoul Bagopha,  
Hanna Cornelius, Christine Flöter, Dr. Ulrich Füßer,  
Dr. Piet Reijer, Ellen Schmitt, Dr. Nina Urwantzoff) und  
Irmtraud Lechner (EQM)

Erscheinungsort: Aachen

Datum: Mai 2015

#### Hinweis zum Urheberrecht:

Für jegliche Weiterverwendung und Vervielfältigung ist die Zustimmung einzuholen.

# Gesundheitsarbeit bei MISEREOR

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite</b>
<b>Abkürzungsverzeichnis</b>	i
<b>Präambel</b>	ii
<b>Übersicht</b>	iii
<b>1. Einleitung</b>	<b>1</b>
<b>2. Gesundheitssystem als Handlungsfeld</b>	<b>2</b>
2.1 Komponenten eines Gesundheitssystems	2
2.2 Einfluss von kirchlichen, staatlichen und anderen Akteuren im Gesundheitsbereich	4
2.3 Gesundheitsarbeit im Auftrag von MISEREOR	6
<b>3. Fachspezifische Orientierung</b>	<b>12</b>
3.1 Aktuelle und zukünftige Herausforderungen im Gesundheitsbereich	12
3.2 Schnittstellen zu anderen Bereichen: Intersektorale Ansätze	15
3.3 Qualitätsstandards in MISEREOR-finanzierten Gesundheitsprojekten	17
<b>Anhang 1</b> Liste ausgewählter weiterführender Literatur	19
<b>Anhang 2</b> Wirkungsgefüge Gesundheit mit Schwerpunkt Basisgesundheit	20
<b>Anhang 3</b> Glossar	21

## Abkürzungsverzeichnis

<b>AEMR</b>	Allgemeine Erklärung der Menschenrechte
<b>BMG</b>	Bundesministerium für Gesundheit
<b>BMZ</b>	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
<b>CHW</b>	Community Health Workers / Gemeindegesundheitsshelferinnen und -helfer
<b>FBO</b>	Faith-Based Organisation / kirchlich orientierte Organisation
<b>HFG</b>	Health Finance and Governance Project
<b>HDI</b>	Human Development Index / Index für menschliche Entwicklung
<b>HIV</b>	Human Immunodeficiency Virus / Menschliches Immunschwäche-Virus
<b>ILO</b>	International Labour Organisation / Internationale Arbeitsorganisation
<b>IWF</b>	Internationaler Währungsfond
<b>MDG</b>	Millennium Development Goals / Millenniums-Entwicklungsziele
<b>M+E</b>	Monitoring und Evaluierung
<b>NCD</b>	Non-Communicable Diseases / Nicht übertragbare Krankheiten
<b>NRO / NGO</b>	Nicht-Regierungsorganisation / Non-Governmental Organisation
<b>NTD</b>	Neglected Tropical Diseases / Vernachlässigte Tropenkrankheiten
<b>OECD</b>	Organisation for Economic Co-operation and Development
<b>PHC</b>	Primary Health Care / Primäre Gesundheitsversorgung
<b>PMTCT</b>	Prevention of Mother-to-Child Transmission / Prävention der Mutter-Kind-Übertragung von HIV
<b>SDG</b>	Sustainable Development Goals / Nachhaltige Entwicklungsziele
<b>Tb</b>	Tuberkulose
<b>UHC</b>	Universal Health Coverage / Universeller Zugang zu Gesundheit
<b>UN / VN</b>	United Nations / Vereinte Nationen
<b>UNAIDS</b>	Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
<b>UNDP</b>	United Nations Development Programme Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen
<b>VENRO</b>	Verband Entwicklungspolitik Deutscher Nicht-Regierungsorganisationen e. V.
<b>VHW</b>	Village Health Worker / Dorfgesundheitsshelferinnen und -helfer
<b>WHO</b>	World Health Organisation / Weltgesundheitsorganisation

## Präambel

Für das katholische Hilfswerk MISEREOR ist die Arbeit im Bereich Gesundheit als Teil des Gesamtauftrags in der Weltkirche zu sehen und damit auch dem spezifischen Ethos („Heilsauftrag der Kirche“) verpflichtet. Die Unterstützung von Gesundheitsdiensten war seit der Gründung von MISEREOR 1958 als „Aktion gegen Hunger und Krankheit in der Welt“ integraler Bestandteil der Projektförderung. In den siebziger Jahren beteiligte sich MISEREOR aktiv an den kirchlichen Diskussionen zur Entwicklung eines integralen gemeindeorientierten Gesundheitssystems (u. a. im päpstlichen Rat *Cor Unum*), in dem Gesundheitsvorsorge, kurative und präventive Dienste sowie Rehabilitation miteinander kombiniert sind. Die 1978 von der WHO publizierte Erklärung von Alma Ata beschrieb diesen Ansatz als *Primary Health Care (PHC)*, der seitdem leitend für die von MISEREOR und der Katholischen Zentralstelle für Entwicklungshilfe (KZE) geförderte Projektarbeit im Gesundheitswesen ist.

Primäre Zielgruppe der von MISEREOR/KZE geförderten Projekte im Bereich Gesundheit sind arme und marginalisierte Menschen, die keinen bzw. erschwerten Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben; ein besonderes Augenmerk wird auf die Zielgruppe „Mutter und Kind“ gerichtet.

Gefördert werden vor allem Projektansätze, die Zielgruppen bzw. Gemeinden unmittelbar einbeziehen. Dabei werden die Prinzipien Subsidiarität und Komplementarität im Blick behalten und eine Abstimmung und Kooperation mit staatlichen Gesundheitsstrukturen angestrebt. Gesundheitsprojekte werden als Teil einer umfassenden, integralen Entwicklungsstrategie angesehen, in die die Zielgruppen aktiv einbezogen sind. Dadurch wird eine Gestaltung von Gesundheitsprojekten ermöglicht, die an die Bedingungen in den jeweiligen Projektregionen und an die Bedürfnisse der Zielgruppe angepasst sind. Dies impliziert insbesondere auch die Wiederentdeckung und aktive Einbeziehung von Kenntnissen aus der „traditionellen“ Medizin.

Der vorliegende Orientierungsrahmen wurde im Nachgang zu der Förderbereichsevaluierung „Gesundheit“ erstellt, die in den Jahren 2012/2013 von den beiden kirchlichen Zentralstellen gemäß den mit dem BMZ vereinbarten „Leitlinien zur ziel- und wirkungsorientierten Erfolgskontrolle im Bereich der Förderung entwicklungswichtiger Vorhaben der Kirchen“ durchgeführt worden war. Sie fokussierte bei MISEREOR entsprechend auf die Förderung von Projekten der Primären Gesundheitsversorgung im Bewilligungszeitraum 2005-2007. In diesen Förderbereich flossen zum Zeitpunkt der Förderbereichsevaluierung etwa zehn Prozent der MISEREOR/KZE-Förderung in Afrika, Asien und Lateinamerika; darüber hinaus beinhalten aber auch Projekte aus anderen Sektoren (z. B. Wasser- und Landwirtschaftsprojekte) Aspekte der Gesundheitsarbeit.

Der Orientierungsrahmen knüpft an die Ergebnisse der Förderbereichsevaluierung insofern an, als er die Positionierung von MISEREOR in der weiteren Ausrichtung der Gesundheitsarbeit mit Projektpartnern in den drei Kontinenten Afrika, Asien und Lateinamerika formuliert, um neuen Herausforderungen adäquat begegnen zu können. Gleichzeitig werden fachliche Orientierungshilfen insbesondere für die interne Begleitung der Projektarbeit der Partnerorganisationen im Sinn einer Qualitätssicherung in Gesundheitsprojekten und in multisektoralen Projekten angeboten.

## Übersicht

Der Orientierungsrahmen „Gesundheitsarbeit bei MISEREOR mit Schwerpunkt auf „Primäre Gesundheitsversorgung“<sup>1</sup> ist in folgende Themenabschnitte eingeteilt:

In der **Einleitung** (Kap. 1) wird das Themenfeld Gesundheit im Kontext der internationalen Politik und Entwicklungszusammenarbeit vorgestellt. Hierzu gehören Erläuterungen zum globalen Ziel im Gesundheitsbereich (universeller Zugang zu qualitativ angemessener Gesundheitsversorgung) sowie von Schlüsseldefinitionen und -begriffen wie: „Was ist Gesundheit?“ und „Recht auf Gesundheit“. Sie sind Ausgangspunkt und Basis für die Arbeit im Gesundheitsbereich. Deutlich wird damit, dass die Gesundheit eines Menschen bzw. einer Bevölkerung durch komplexe Systeme beeinflusst wird, in denen verschiedenste Sektoren (u. a. Bildung, Ernährung und Energie) sowie biologische, politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Faktoren gesundheitsrelevant und miteinander verzahnt sind.

In Kapitel 2 „**Gesundheitssystem als Handlungsfeld**“ werden die verschiedenen Komponenten eines Gesundheitssystems vorgestellt, deren Aufgabe es ist, die Gesundheit zu erhalten, zu fördern bzw. aufgetretene Krankheiten und Behinderungen angemessen zu behandeln. Hier werden die unterschiedlichen Handlungsebenen in einem Gesundheitssystem benannt, wobei die „Primäre Gesundheitsversorgung“ (*Primary Health Care - PHC*) als zentrale Handlungsebene MISEREORs besonders hervorgehoben wird.

Zur Bewertung von Projektanträgen ist es wichtig, dass die Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten von MISEREOR und seinen Partnerorganisationen (z. B. kirchliche oder zivilgesellschaftliche Organisationen) im Gesundheitssystem eines Landes realistisch eingeschätzt werden können. In einem internen Anhang werden deswegen Hilfestellungen für die Bewertung und Überprüfung von Projektanträgen zur Verfügung gestellt. Die in Kapitel 1 vorgestellten Basisinformationen sollen im Partnerdialog ermöglichen:

- eine Betrachtung und Bewertung der jeweiligen nationalen Gesundheitssysteme (Kapitel 2.1, 2.2);
- eine Ermittlung von Ausgangsdaten bzw. Baseline-Informationen, die im Projektverlauf als Vergleichsdaten herangezogen werden (Kapitel 2.1, 2.2), daran anknüpfend eine Ermittlung des Status der gesetzten nationalen Gesundheitsziele: sind z. B. Mängel erkennbar oder Ziele verwirklicht?
- eine Überprüfung, inwieweit mögliche Handlungsfelder dem Ansatz und den Zielen MISEREORs entsprechen (Kapitel 2.3, Anhang 2).

In Kapitel 3 „**Fachspezifische Orientierung**“ werden aktuelle Gesundheitsthemen aus dem Gesundheitssektor und in Zusammenhang mit anderen Sektoren (wie z. B. Ernährung oder Klimawandel) vorgestellt, die von MISEREOR als Maßnahmen im Förderbereich Gesundheit (Kap. 2.3 und 3.1) oder als intersektorale Maßnahme (Kap. 3.2) gefördert werden können. Es handelt sich hierbei nicht um eine Auflistung aller relevanten Gesundheitsthemen, sondern vielmehr um Bereiche, die in den letzten Jahren eine zunehmende Dringlichkeit erfahren haben bzw. immer noch eine hohe Relevanz besitzen. Vorangestellt wird den Gesundheitsthemen der Hinweis auf das Verständnis von Gesundheit als ein Menschenrecht – die Handlungsgrundlage für alle hier genannten Themenbereiche.

Kapitel 3.3 und weitere interne Anhänge bieten Mitarbeitenden bei MISEREOR für ihren Partnerdialog v. a. im Rahmen der Antragsbearbeitung Anhaltspunkte zur Bewertung der Vorhaben und der Wirkungsorientierung im Kontext der Gesundheitsförderung.

---

<sup>1</sup> Für den Orientierungsrahmen wird der Begriff „Primäre Gesundheitsversorgung“ gewählt; mit ihm ist der in der Förderbereichsevaluierung (2012/2013) gelegte Schwerpunkt auf den Kontext der Basisgesundheitsversorgung in einem ganzheitlichen Verständnis abgebildet.

# 1. Einleitung

In der internationalen Politik und Entwicklungszusammenarbeit ist das Themenfeld Gesundheit eines der wichtigen globalen Schwerpunkte. Trotz Verbesserungen in den letzten Jahren sterben jedes Jahr noch immer fast sieben Millionen Kleinkinder in den ärmsten Ländern an Krankheiten, die vermeidbar wären. Jeden Tag sterben weltweit etwa 800 Frauen an den Folgen von Schwangerschaft und Geburt, weil es für sie keine ausreichende medizinische Betreuung gibt. 2012 starben nach Schätzungen der Vereinten Nationen 1,6 Millionen Menschen an Aids. Und auch mit anderen übertragbaren Krankheiten wie Tuberkulose, Malaria, Flussblindheit, Schlafkrankheit oder Denguefieber, um nur wenige zu nennen, sind viele Millionen Menschen infiziert –

und viele sterben an den Folgen. Die Gründe für diese Katastrophe sind außerordentlich vielfältig. **Die Hauptursache ist jedoch Armut.** Krankheiten sind oft ihre direkte Folge – gleichzeitig kann Armut auch die Folge von Krankheiten sein. Erfolge bei der Armutsbekämpfung sind eine wichtige Voraussetzung dafür, dass sich die gesundheitliche Situation der Menschen in den armen Ländern bessert. Armutsbekämpfung steht deshalb im Mittelpunkt der acht *Millenniums-Entwicklungsziele* (MDG)<sup>2</sup>, die von 189 Ländern im Jahr 2000 vereinbart wurden. Gesundheit hat in diesem Maßnahmenkatalog eine herausragende Bedeutung: drei der acht Ziele sind auf dieses Thema ausgerichtet. Ähnliches gilt für die Ziele, die gegenwärtig in der Post-2015-Debatte im Sinn einer nachhaltigen Entwicklung (Sustainable Development Goals – SDG)<sup>3</sup> entwickelt werden. Zudem hat sich die Erkenntnis durchgesetzt, dass langfristige Erfolge bei der Krankheitsbekämpfung nur durch leistungsfähige Gesundheitssysteme möglich sind, die einen ungehinderten Zugang zu einer angemessenen Gesundheitsversorgung (Konzept des „*Universal Health Coverage – UHC*“<sup>4</sup>) ermöglichen. **Das Ziel ist klar: Jeder Mensch dieser Erde soll Zugang zu funktionsfähigen Gesundheitsdienstleistungen haben, und dies unabhängig von seinem Standort (Land), Einkommen oder Sozialstatus.**

MISEREOR und seine Partnerorganisationen sind Teil der globalen Gemeinschaft, die in dem oben genannten Kontext das **Entwicklungsziel** verfolgt, **die Gesundheits- und Lebenssituation der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern**.<sup>5</sup> Dieses Vorhaben ist mit einer Vielzahl von Herausforderungen verbunden.

Der vorliegende Orientierungsrahmen benennt die speziellen Herausforderungen und stellt für MISEREOR geeignete Handlungsoptionen vor. In einem ersten Schritt werden Schlüsselbegriffe und ihr Hintergrund definiert.

## Was ist Gesundheit?

Nach der Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist Gesundheit ein „Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechen“. Auch wenn diese Definition häufig als zu weitreichend kritisiert wird, enthält sie den bedeutenden Hinweis, dass Gesundheit nicht nur eine bio-medizinische, sondern auch eine psychosoziale Dimension enthält und mehr als nur die Abwesenheit körperlicher Erkrankungen ist.

Der Gesundheitszustand eines Menschen wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst. Neben erblich bedingten Anlagen, dem Alter und Geschlecht sowie der individuellen Lebensweise spielen unter anderen auch *soziale Determinanten* wie Lebens- und Arbeitsbedingungen (einschließlich Gesundheitsversorgung, Bildung, Wohnverhältnisse, soziale Integration), Umweltverhältnisse (wie z. B. die Versorgung mit Wasser, Energie, Transport und die Auswirkungen des Klimawandels), Ernährung sowie deren Wechselwirkungen eine Rolle. Die Zusammenarbeit mit anderen Sektoren ist daher unerlässlich für die Verbesserung und den Erhalt von Gesundheit.

<sup>2</sup> Englische Begriffe bzw. Abkürzungen werden entsprechend den Vorgaben des BMZ/BMG verwendet.

<sup>3</sup> MDGs und SDGs: Statt 8 wird es künftig voraussichtlich 17 Ziele geben. Gesundheit wird auch weiterhin ein eigenständiges Ziel bleiben – siehe: [http://www.bmz.de/de/was\\_wir\\_machen/ziele/ziele/millenniumsziele/index.html](http://www.bmz.de/de/was_wir_machen/ziele/ziele/millenniumsziele/index.html)

<sup>4</sup> BMG (2013) und WHO: UHC 2014: [http://www.who.int/health\\_financing/en/](http://www.who.int/health_financing/en/)

<sup>5</sup> Siehe Wirkungsgefüge von MISEREOR, Anhang 2

### **Recht auf Gesundheit**

Das Recht auf den höchsten erreichbaren Gesundheitszustand ist ein zentrales Menschenrecht. MISEREOR und auch die deutsche Entwicklungspolitik im Gesundheitsbereich orientieren sich an diesem menschenrechtsbasierten Ansatz.

Gesundheit als Menschenrecht ist international in wichtigen Abkommen wie der Charta der Menschenrechte der Vereinten Nationen (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte – AEMR/Universal Declaration of Human Rights) und der Präambel der WHO von 1948 verankert. In Artikel 25 der AEMR heißt es:

1. „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, **der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet**, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche<sup>6</sup> Versorgung und notwendige soziale Leistungen, sowie das Recht auf Sicherheit im Falle von Arbeitslosigkeit, Krankheit, Invalidität oder Verwitwung, im Alter sowie bei anderweitigem Verlust seiner Unterhaltsmittel durch unverschuldete Umstände.“
2. „Mütter und Kinder haben Anspruch auf besondere Fürsorge und Unterstützung (...)“.

Im UN-Sozialpakt, der seit 1976 in Kraft ist, werden Nationalstaaten verpflichtet, Voraussetzungen zu schaffen, die für eine Person „(...) im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung sicherstellen.“ (Artikel 12.2).

**Demnach ist das Recht auf Gesundheit die Basis für das Konzept des *Universal Health Coverage (UHC)*. Es ist folglich sicherzustellen, dass alle Menschen fördernde, präventive, kurative, rehabilitative und palliative Gesundheitsdienstleistungen ihres Bedarfs in ausreichender Qualität nutzen können, ohne sie in finanzielle Not zu bringen.**

## **2. Gesundheitssystem als Handlungsfeld**

Wie oben beschrieben, wird die Gesundheit eines Menschen bzw. einer Bevölkerung durch komplexe Systeme beeinflusst, in denen u. a. politische, wirtschaftliche, soziale und kulturelle Faktoren eine Rolle spielen. In den Abschnitten dieses Kapitels werden die verschiedenen Komponenten eines Gesundheitssystems vorgestellt und die unterschiedlichen Handlungsebenen in diesem System benannt. So wird es möglich, die Einfluss- und Handlungsmöglichkeiten von MISEREOR und anderen kirchlichen sowie zivilgesellschaftlichen Organisationen im Gesundheitssystem eines Landes zu verstehen und ihre Bedeutung zu beurteilen. Besonders hervorgehoben wird als zentrale Handlungsebene MISEREORs und seiner Partner die „Primäre Gesundheitsversorgung“ (*Primary Health Care - PHC*).

### **2.1 Komponenten eines Gesundheitssystems**

#### ***Gesundheitssystem – eine Definition***

Ein Gesundheitssystem ist ein komplexes System mit vielen Komponenten. So wird es auch von der WHO verstanden, die ein Gesundheitssystem als die Gesamtheit der Organisationen, Akteure und Initiativen beschreibt, deren primäre Intention es ist, die Gesundheit zu erhalten und zu fördern und aufgetretene Krankheiten und Behinderungen angemessen zu behandeln<sup>7</sup>.

Mit dieser breiten Definition erkennt die WHO an, dass alle Länder der Welt über ein Gesundheitssystem verfügen, unabhängig davon, wie fragmentiert es ist oder wie gut oder schlecht es seine Ziele erfüllt. Als übergeordnete Ziele eines Gesundheitssystems definiert die WHO: „*Improving health and health equity, in ways that are responsive, financially fair, and make the best or most efficient use of available resources.*“<sup>8</sup>

---

<sup>6</sup> In weiterem Sinn sollte „ärztliche“ als „medizinische“ Versorgung verstanden werden.

<sup>7</sup> WHO (2000) und WHO (2007)

<sup>8</sup> WHO (2007), S.2



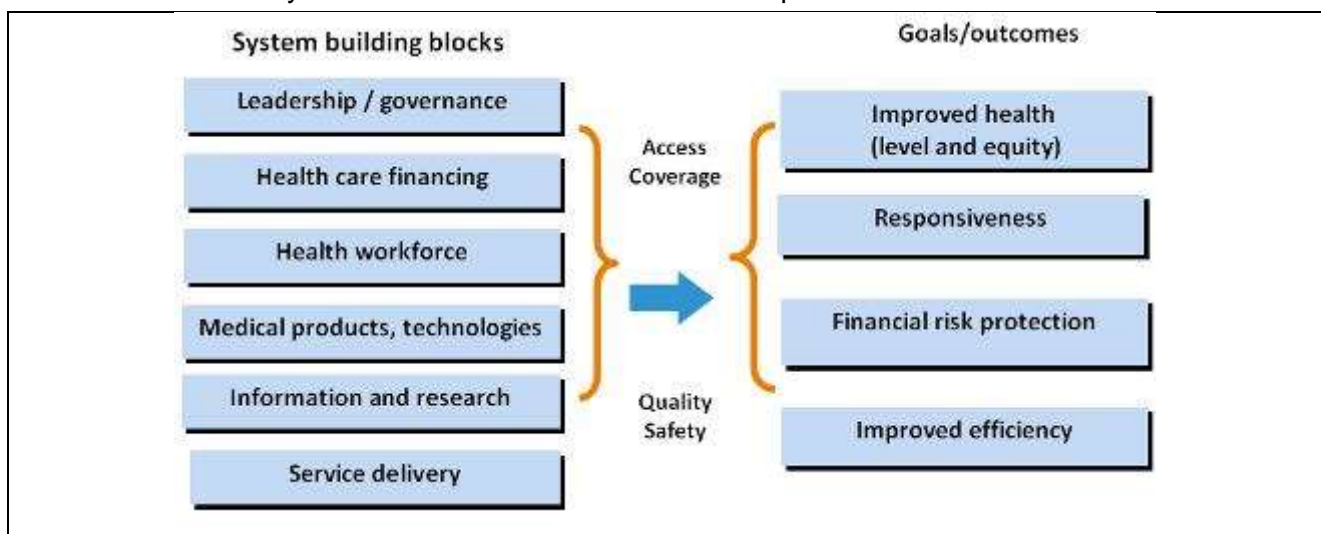
Auf dem Weg zu einem erfolgreichen Gesundheitssystem gilt es, bestimmte Zwischenziele zu erreichen – *Access (Zugang)*, *Coverage (Umfang/Reichweite)*, *Quality (Qualität)*, *Safety (Sicherheit/Schutz)* (siehe Abb.1). Diese Zwischenziele spiegeln auch die Zielsetzung von Universal Health Coverage wider. UHC kann also nur mit einem funktionierenden Gesundheitssystem erreicht werden.

### **Komponenten eines Gesundheitssystems nach dem WHO-Rahmenkonzept**

2007 entwickelte die WHO ein Rahmenkonzept, das die Basisfunktionen eines Gesundheitssystems anhand von sechs Komponenten (*System Building Blocks*) aufzeigt.<sup>9</sup> Im Einzelnen sind dies: **Steuerung und Führung** (*Leadership and Governance*), **Finanzierung**, **Personal**, **Informationen und Forschung** sowie **Arzneimittel, Medizintechnologie** und **medizinische Versorgung** (siehe Abb. 1). Die einzelnen Komponenten werden wiederum als Sub-Systeme verstanden und stehen miteinander in vielfältigen Beziehungen. Zudem sollte beachtet werden, dass ein Gesundheitssystem in ein komplexes Einflussfeld von sozialen und kulturellen Faktoren sowie in andere Sektoren eingebettet ist (siehe hierzu auch Kapitel 3.2 zu intersektoralen Ansätzen).

Das dargestellte Konzept beschreibt das Gesundheitssystem als ein komplexes soziales System verschiedenster Akteure (Dienstleister, Regierungsvertretende, Finanzierungsorganisationen), die sich – gemeinsam mit der Zielbevölkerung einschließlich der Patientenschaft und Akteuren anderer Sektoren – in permanenter Interaktion und damit in ständiger innerer Entwicklung befinden. Es ist kein mechanisches System, sondern ein komplexes, adaptives, offenes, dynamisches System, das Einflüssen unterliegt, die über das unmittelbare Gesundheitssystem hinausgehen.

Abb.1 Gesundheitssystem nach dem WHO-Rahmenkonzept



Quelle: WHO 2010, S. vii

Die hier abgebildeten Komponenten finden sich weitgehend als Interventionsbereiche im Wirkungsgefüge von MISEREOR wieder (siehe Anhang 2) und werden im folgenden Kapitel 2.2 und in Kapitel 2.3 („Gesundheitsarbeit im Auftrag von MISEREOR“) genauer vorgestellt.

<sup>9</sup> WHO 2007

## 2.2 Einfluss von kirchlichen, staatlichen und anderen Akteuren im Gesundheitsbereich

### **Überblick über den Aufbau des Gesundheitsbereichs eines Landes**

Der Gesundheitsbereich kann in drei Ebenen unterteilt werden, die idealtypisch folgendermaßen charakterisiert sind. Alle Ebenen sind miteinander verbunden und müssen mitgedacht werden:

- Die **obere Ebene (Makroebene)** bilden die staatlichen Akteure (Regierung, Ministerien und nationale, überregional agierende Institutionen). Diese regulieren das Verhalten der übrigen Akteure, indem sie Gesetze und Verordnungen verabschieden sowie deren Einhaltung überwachen.
- Die **unterste Ebene (Mikroebene)** besteht aus Individualakteuren und Organisationen, die auf Gemeindeebene agieren (staatliche, private und nicht staatliche wie auch kirchliche Organisationen). Sie bieten Gesundheitsgüter und Dienstleistungen an (z. B. Gesundheitszentren, Dispensarien, Distriktkrankenhäuser, Apotheken, Unterstützung von Selbsthilfegruppen etc.) oder fragen sie nach (Patientenschaft, Klientinnen und Klienten) - jeweils unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen.
- Dazwischen befindet sich die **Mesoebene**, deren Organisationen und Institutionen ebenfalls allen relevanten gesellschaftlichen Gruppen angehören (Staat, Privat- und Zivilsektor einschließlich Kirche). Ihre Aufgabe besteht darin, Dienste für die Mikroebene anzubieten (z. B. Referenz- und Universitätskrankenhäuser, Forschungs- und Ausbildungseinrichtungen) bzw. als Lobby-Organisationen Individuen und Institutionen der Mikroebene gegenüber staatlichen Organisationen der Makroebene zu vertreten (z. B. Dachverbände, Gewerkschaften).

Die **Primäre Gesundheitsversorgung** wird bei MISEREOR als ein ganzheitlicher Ansatz verstanden: Die Grundlage für eine qualitativ gute „Basisgesundheitsversorgung“ wird durch gesundheitsfördernde, präventive, kurative und rehabilitative Dienste gelegt und berücksichtigt **alle Ebenen**, von staatlichen Akteuren bis hin zum direkten Kontakt mit der Bevölkerung (z. B. geeignete Personalplanung, Ausbildung und Qualifikationsangebote, ambulante Strukturen, demographisch adäquate Angebote der verschiedenen stationären Versorgungsstufen). Die „Basisgesundheitsdienste“ auf der Mikroebene sind der erste Kontakt für die Bevölkerung und bieten kontinuierliche, integrierte und ganzheitliche Dienste an.

### **Primäre Gesundheitsversorgung**

In vielen Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen wurde nach der Unabhängigkeit das im Wesentlichen auf kurative Maßnahmen ausgerichtete Versorgungssystem der ehemaligen Kolonialverwaltungen übernommen, das große Krankenhäuser bevorzugte und die ländliche Bevölkerung weitgehend außer Acht ließ. Schlechte Lebensbedingungen, Mangelernährung, fehlender Zugang zu Bildung und moderner Gesundheitsversorgung waren in dieser Zeit Ursachen der hohen Erkrankungs- und Frühsterblichkeitsraten. Daraufhin wurde das Konzept der Primären Gesundheitsversorgung (PHC) entwickelt und in der WHO-Deklaration von Alma Ata 1978 weltweit angenommen. Das PHC-Konzept zielt auf ein integriertes Versorgungsnetz in allen Landesteilen, Beteiligung der Bevölkerung und Betonung der Gesundheitsförderung sowie Krankheitsvorbeugung ab.<sup>10</sup>

#### **Das Konzept von PHC umfasst:**

1. Orientierung an den Lebensgewohnheiten
2. Gemeindebeteiligung
3. Nutzung lokaler Ressourcen
4. Integration in das nationale Gesundheitssystem
5. Integration in die ländliche Entwicklung
6. Lokales Personal
7. Integration von fördernden, präventiven und kurativen Diensten.

Die Umsetzung des PHC-Konzepts erwies sich jedoch als schwierig, bedingt durch einen weit höheren Finanzierungsbedarf als erwartet, aber auch durch den Einfluss der auf schnelle Erfolge orientierten, oftmals krankheitsbezogenen (vertikalen) Gesundheitsprogramme. Ebenso wirkten sich die durch Weltbank und IWF initiierten Strukturanpassungsmaßnahmen in den 1980er Jahren aus, die auch Kürzungen im staatlichen Gesundheitsbereich zur Folge hatten.

<sup>10</sup> Diesfeld, H.J. et al (2001)

Die Inhalte und Zielsetzungen des PHC-Konzepts haben in den letzten Jahren wieder an Bedeutung gewonnen. Das verdeutlichen auch der WHO-Weltgesundheitsbericht 2008 und der Weltrisiko-Bericht 2013.

Die PHC ist ein zentraler Bereich in einem Gesundheitssystem. Das bedeutet auch, dass für erfolgreiche Planungen und Bewertungen von Maßnahmen in Zusammenhang mit PHC immer das Gesundheitssystem eines Landes in seiner Gesamtheit berücksichtigt werden sollte.

### ***Aufgaben des Staates***

Die Aufgaben des Staates liegen in der **Steuerung und Führung** des Gesundheitsbereichs eines Landes. Die WHO hat das in dem ersten Block ihres Rahmenkonzepts (Abb. 1) benannt. Darunter wird in erster Linie die verantwortliche Rolle der Regierung und öffentlicher Stellen im Gesundheitsbereich sowie ihre Beziehungen zu anderen Akteuren im Sektor verstanden. Dies beinhaltet die Steuerung und Überwachung des gesamten Gesundheitssystems – öffentlich wie privat<sup>11</sup> – zum Schutz des öffentlichen Interesses. Darunter fallen vor allem Aufgaben wie Formulierung von Politiken und Strategien und die Überwachung der Umsetzung, unter anderem durch die Gestaltung von Rahmenbedingungen, Anreizen und die Förderung sektorübergreifender Kooperationen.

### ***Kirchliche Entwicklungsarbeit im Gesundheitssektor eines Landes***

Kirchliche und zivilgesellschaftliche Organisationen nehmen eine bedeutende Rolle auf der Meso- und Mikroebene von nationalen Gesundheitssystemen ein. Sie sind mehr oder weniger unabhängig agierende Institutionen, die staatliche Aufgaben unterstützen, aber auch – als Vertreter bestimmter Bevölkerungsgruppen – einfordern und kontrollieren können.

Gesundheitseinrichtungen, die sich zum größten Teil im Eigentum kirchlicher Werke befinden und/oder von ihnen geleitet werden, bilden einen wichtigen Teil der Gesundheitsdienste in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen. In einigen Ländern ist der Anteil der kirchlichen Gesundheitsdienste sehr hoch. Es ist daher wichtig, darauf hinzuweisen, dass kirchliche Einrichtungen oder Initiativen im Gesundheitsbereich als **Ergänzungen zu staatlich angebotenen Leistungen** anzusehen sind. Wie bereits beschrieben, liegt die Gesamtverantwortung für die Koordination und Bereitstellung von Gesundheitsdiensten eines Landes bei den staatlichen Organisationen.

Ziel der kirchlichen Gesundheitsarbeit sollte es somit sein, staatlich angebotene Leistungen zu ergänzen und zu stärken. Besonders vernachlässigte Regionen und/oder Zielgruppen stellen aus Sicht von MISEREOR die primären Adressaten einer Förderung dar. Die Gesundheitsdienste der kirchlichen Werke sollten nicht in Konkurrenz mit dem staatlichen Angebot stehen oder eine Dopplung der Leistungen darstellen. Sie sollten zudem grundsätzlich an bestehende Gesundheitsstrukturen anknüpfen oder in das bestehende Gesundheitssystem eingebunden sein.

Weiterhin kommt kirchlichen Einrichtungen die Bedeutung zu, entsprechend ihres unabhängigen und ethisch-moralischen Hintergrunds für gesellschaftlich relevante Grundsätze einzutreten, z. B. als Vertreter von Minderheiten und vulnerablen Gruppen im Einsatz für deren Rechte.

### ***Zusammenarbeit der Akteure in der Gesundheitsarbeit***

Es ist allgemein anerkannt, dass eine qualitätsgesicherte und patientenorientierte Versorgung der Menschen sowie Optimierung der verschiedenen Prozesse (fördernde, präventive, kurative, rehabilitative und palliative) in einem Gesundheitssystem nur möglich ist, wenn die verschiedenen Akteure des Gesundheitsbereichs zusammenarbeiten und nicht parallel, in Konkurrenz oder Abgrenzung zueinander stehen<sup>12</sup>.

---

<sup>11</sup> Unter „privat“ sind hier auch kirchliche und andere zivilgesellschaftliche Institutionen gemeint.

<sup>12</sup> Good Practice-Kriterien für Projekte der Gesundheitsförderung können dem folgenden Link entnommen werden: <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien>.

## 2.3 Gesundheitsarbeit im Auftrag von MISEREOR

### **Mehrwert der kirchlichen Gesundheitsarbeit**

MISEREOR, 1958 als Bischöfliches Hilfswerk „gegen Hunger und Krankheit“ gegründet, betrachtet die Gesundheitsversorgung als ein Menschenrecht, das Menschen ermöglicht, innerhalb ihrer jeweiligen Gesellschaft ein Leben in Würde zu führen.

MISEREORs Auftrag und Ziel im Bereich des Gesundheitswesens ist die Verbesserung einer nachhaltig orientierten Gesundheits- und Lebenssituation der Bevölkerung. In diesem Kontext fördert MISEREOR insbesondere Partnerorganisationen, die in der unmittelbaren Primären Gesundheitsversorgung (PHC) in den Gemeinden (Mikroebene) aktiv sind, sowie Partnerorganisationen, die als koordinierender Dachverband oder Lobbyvertreter die Primäre Gesundheitsversorgung in ihren Ländern stärken (Mesoebene). Auf der Basis des PHC-Ansatzes hat MISEREOR zur Verwirklichung dieses Auftrags einen Schwerpunkt auf bestimmte Förderfelder gelegt<sup>13</sup>.

### **Strategische Partnerschaften**

Der Mehrwert der kirchlichen Gesundheitsarbeit und damit auch die in der Präambel dargestellte Besonderheit des Förderansatzes von MISEREOR kann wie folgt hervorgehoben werden:

- MISEREOR strebt ein hohes Maß an Qualität in der Projektarbeit an, die auf dem PHC-Ansatz, dem Leitbild des Hilfswerks und auf dem Verständnis basiert, Teil der internationalen Gemeinschaft im Bemühen um **Universal Health Coverage** zu sein (siehe auch Kapitel 3.3).
- Der besondere Förderansatz MISEREORs, Projekte nicht selbst durchzuführen, sondern Kooperationen mit ausgesuchten Partnerorganisationen einzugehen, ermöglicht ein hohes Maß an **Nähe zur Bevölkerung** und Orientierung an deren Bedarf.
- Über die **partizipativ** ausgerichtete Kooperation mit lokalen Partnerorganisationen, die ein unumstößlicher Bestandteil des Förderansatzes sind, werden die **Eigenverantwortlichkeit (ownership)** gestärkt und lokal angepasste Lösungsstrategien unterstützt.
- Durch die zeitlich langfristige, am Bedarf orientierte und partizipativ ausgerichtete Kooperation mit den Partnerorganisationen wird ein hohes Maß an **Kontinuität und Nachhaltigkeit** angestrebt.
- Der sinnstiftende Hintergrund, den die katholische Kirche bietet, ist für viele Menschen ein Grund zur Hoffnung. Durch **gelebte Solidarität** und praktizierte Gerechtigkeit fühlen sie sich mit ihren Problemen angenommen und finden Unterstützung als Mitglied einer Gemeinschaft. Gleichzeitig ist dieser christlich ausgerichtete Hintergrund Basis für kirchlich orientierte Anbieter von Gesundheitsdiensten, ihre Dienste auf „Augenhöhe“ und ohne persönliches Gewinnstreben anzubieten.
- MISEREOR als kirchliche Entwicklungsorganisation wird in Deutschland und auch international von der WHO sowie von UN-Organisationen als **Anwalt für das Recht auf Gesundheit**, gerade für benachteiligte Gruppen, angesehen und ist somit ein wichtiger Partner für die Erreichung des universellen Zugangs zu und eine langfristige Verbesserung der Gesundheit.
- MISEREOR bietet über seine Partnerkooperationen eine weit verzweigte und verlässliche Infrastruktur, gerade in schwer zugänglichen Regionen sowie in Krisen- und Kriegsgebieten. Das daraus resultierende **Potenzial der Beteiligung der lokalen Bevölkerung an der Gesundheitsförderung und der Prävention von Krankheiten** sollte auch in Zukunft stark genutzt werden.

Der Aufbau und die Förderung strategischer Partnerschaften und auch thematischer Netzwerke können die beabsichtigten Wirkungen der Arbeit MISEREORs enorm erhöhen. Als strategische Partner sind Organisationen geeignet, die über ein hohes Renommee (d. h. Bekanntheitsgrad, positive Ergebnisse einer Organisationsdiagnose) und thematisch über ein „relevantes“ Profil verfügen. Strategische Partnerschaften mit Organisationen, die inhaltlich und geographisch eine größere Reichweite haben, bieten weitere Optionen, thematische Netzwerke zu bilden, Synergien zu schaffen und so die Qualität in bestimmten Bereichen nachhaltig zu verbessern. Das trifft z. B. auf den Lobby- und Advocacybereich zu, aber auch auf die Entwicklung von Standards oder die Möglichkeit, als Dachverband für mehrere Organisationen koordinierend tätig zu sein<sup>14</sup>.

<sup>13</sup> vgl. hierzu den aktuellen Förderschlüssel von MISEREOR (gültig ab 1.1.2015)

<sup>14</sup> Auf die vielfältigen nationalen Netzwerkkontakte MISEREORs (u. a. VENRO AGs, Missionsärztliches Institut Würzburg) kann in diesem Rahmen nicht detaillierter eingegangen werden.

**Good-Practice-Beispiel**  
**"SOCHARA" (Indien):**  
*"Society for Community Health  
 Awareness, Research and Action"*

- Die „Society“ wirkt als Organisation des Zivilsektors auf Prozesse im Rahmen der Entwicklung, Implementierung und Überarbeitung der nationalen ländlichen Gesundheitsversorgung.
- Sie wirkt in der Gemeindefarbeit, im Rahmen des „People's Health Movement“, und setzt diese Lobbyarbeit bis auf WHO-Ebene fort.
- Darüber hinaus wird ein innovatives Trainingsprogramm angeboten.

**Good-Practice-Beispiel**  
**Gesundheitspastoral (El Salvador):**  
*"Mesas de Salud"*

- Die Dialog-Plattformen (z. B. zu Recht auf Gesundheit) haben einen maßgeblichen Anteil an der Entwicklung und Umsetzung aktueller Gesundheitsreformen.
- Sie liefern pionier- und modellhafte Beiträge zur transparenten und partizipativen Umgestaltung des Gesundheitswesens (u. a. Rehabilitierung der traditionellen, alternativen Medizin auch auf nationaler Ebene).

In den folgenden Unterpunkten dieses Kapitels werden **Herausforderungen und mögliche Handlungsfelder** dargestellt – unter einer wichtigen Prämisse:

### ***Der Zielgruppenbezug als entscheidendes Element***

Als **prioritäre Zielgruppen** benennt MISEREOR benachteiligte Gruppen und hier insbesondere **Arme, Frauen und Kinder**. Diese Fokussierung basiert auf dem **Menschenrecht auf Gesundheit** und deckt sich mit den Entwicklungsmaßnahmen des BMZ sowie internationaler Organisationen (WHO, UNAIDS)<sup>15</sup>.

Um den Gesundheitsbereich (das Gesundheitssystem) in bestimmten Ländern und Regionen zu stärken, ist die partizipative **Einbeziehung der Zielbevölkerung** ein grundlegendes Element und ein **zentraler Förderansatz von MISEREOR**. Menschen aus benachteiligten Gruppen sollen in ihren Fähigkeiten, Rechten (insbesondere soziale Teilhabe) und in ihrer Würde gestärkt werden<sup>16</sup>.

Zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation aller Bevölkerungsgruppen muss gezielt auf die spezifischen Bedarfe der Zielgruppen eingegangen werden. Diese können durch angemessene Beteiligungsmechanismen (z. B. Gesundheitskomitees, Befragungen und Diskussionsrunden) substanzielle Beiträge leisten und zur Verbesserung von Gesundheitsdienstleistungen beitragen. Seit Einführung der PHC-Strategie spielt die Gemeindebeteiligung eine zentrale Rolle, auch wenn dies in der Umsetzung oft eine Herausforderung darstellt. Die **Kommunikation mit den prioritären Zielgruppen** wie z. B. Frauen im gebärfähigen Alter, Jugendlichen oder Menschen mit Behinderung erfordert spezifische Methoden und Inhalte, die nach Möglichkeit mit den Betroffenen zusammen entwickelt und angewandt werden sollten.

Für eine angemessene Partizipation der Zielbevölkerung ist es wichtig, dass sowohl die Patientinnen und Patienten als auch die Gesundheitsfachkräfte umfassend über Patientenrechte, Behandlungsmöglichkeiten und Kosten sowie über relevante Krankheiten und Präventionsmöglichkeiten informiert sind. Nur so können Patient(inn)en ihre Rechte beanspruchen bzw. einfordern und auch **Gesundheitseinrichtungen offen und sensibel („Responsivität“)** auf die Bedarfe der Menschen reagieren. Ebenfalls sind Mechanismen notwendig, die Dienstleister für nicht oder ungenügend erbrachte Leistungen zur Rechenschaft ziehen. Auch die Erbringer von Gesundheitsdiensten und -dienstleistungen sind sich häufig ihrer Rechte und Pflichten nur ungenügend bewusst.

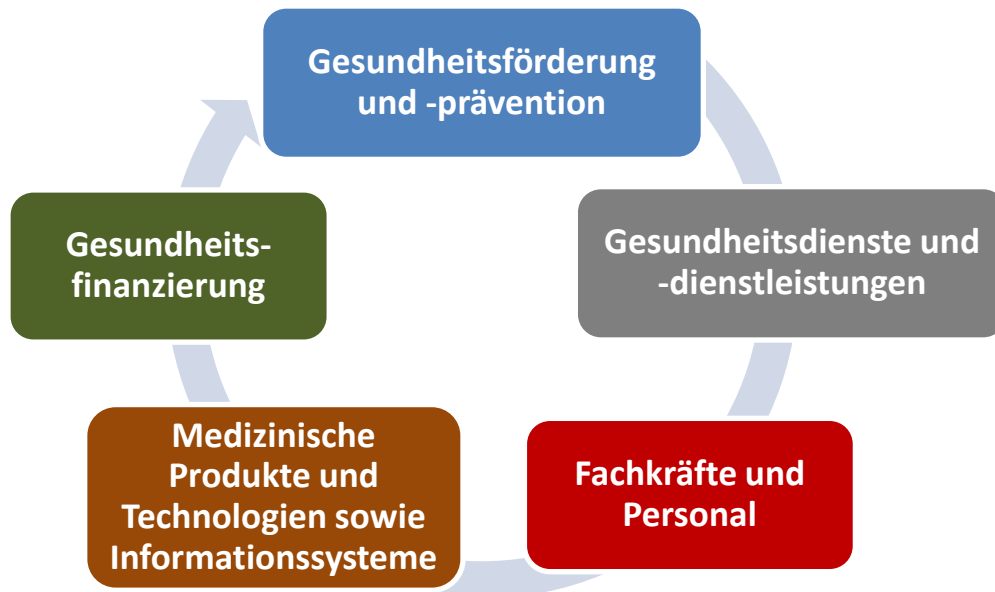
<sup>15</sup>Für den internationalen Kontext MISEREORS in dem Zusammenhang sei verwiesen auf: [http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/GlobaleFragen/Gesundheit/Gesundheitsarchitektur\\_node.html](http://www.auswaertiges-amt.de/DE/Aussenpolitik/GlobaleFragen/Gesundheit/Gesundheitsarchitektur_node.html).

<sup>16</sup> Die Bedeutung von „Partizipation“ in der Zusammenarbeit mit Menschen und Gruppen wird u. a. in dem MISEREOR Themenheft „Menschenrechte“ (2012) wie auch dem Diskussionspapier zu Partizipation (2009) hervorgehoben.



In diesem Zusammenhang ist für MISEREOR die **Netzwerkarbeit (Lobby- und Advocacyarbeit)** eine Handlungsoption und ein **wichtiger Förderansatz**.

Abb. 2: Mögliche Handlungsfelder in der Gesundheitsarbeit mit MISEREOR



### ***Förderkomponente: Gesundheitsförderung und Prävention***

„Gesundheitsförderung und Prävention“ ist eine der zentralen **Fördermaßnahmen** im Gesundheitsbereich zur Erreichung des **Gesamtziels** von MISEREOR: der **nachhaltigen Verbesserung der Gesundheits- und Lebenssituation der Bevölkerung**.

Gesundheitsförderung und Prävention können wesentliche Beiträge zur Reduzierung notwendiger kurativer und rehabilitativer Dienstleistungen und der Kosteneffizienz leisten. In diesem Zusammenhang zeigt sich auch die Relevanz einer **geschlechtergerechten Gesundheitsförderung**<sup>17</sup>.

Die bereits von der WHO in der Ottawa Charta 1986<sup>18</sup> definierten **Handlungsfelder zu Gesundheitsförderung und Prävention** werden auch heute noch als vorrangig angesehen:

- Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik: Gesundheit soll in allen Politikbereichen präsent sein;
- Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten: sichere Arbeits- und Lebensbedingungen, die zu nachhaltiger Gesundheit führen;
- Unterstützung gesundheitsbezogener Gemeinschaftsaktionen, Stärkung von Selbsthilfe und Partizipation;
- Förderung persönlicher Kompetenzen, z. B. hinsichtlich Verhaltensänderung: Gesundheitsbildung, Aufklärung und Sensibilisierung;
- Neuorientierung der Gesundheitsdienste: Entwicklung eines Versorgungssystems, das stärker auf geschlechtergerechte Gesundheitsförderung ausgerichtet ist.

<sup>17</sup> Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Gender Mainstreaming (aus: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung der BZGA - <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/geschlechtergerechte-gesundheitsfoerderung-und-gender-mainstreaming/?uid=44d8529c052e0e31ab06f26fe71b339a> )

<sup>18</sup> WHO 1986 (<http://www.aidshilfe.de/sites/default/files/Ottawa-Charta.pdf>)

Gesundheitsförderung und Prävention spielen bei übertragbaren Krankheiten (z. B. HIV-Infektion, Tuberkulose, Geschlechtskrankheiten, schwere Durchfallerkrankungen, Ebola), aber auch bei nicht übertragbaren Krankheiten wie Herz-Kreislauf- oder Atemwegserkrankungen und Diabetes eine wichtige Rolle.

**Gesundheitsförderung** als eine präventive Strategie zielt darauf ab, Gesundheitspotentiale und gesundheitliche Schutzfaktoren zu erkennen und zu stärken sowie Menschen zu einem selbständigen und verantwortungsbewussten Umgang mit der eigenen Gesundheit zu befähigen.

**Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung**, d. h. Gender Mainstreaming als ein durchgängig geschlechtersensibles Vorgehen und die Herstellung von Chancengleichheit hat zwei Dimensionen:

- Die Herstellung **horizontaler Chancengleichheit**: Wenn beide Geschlechter die gleichen Bedürfnisse haben, sollen sie auch gleiche Angebote bekommen. Gerade in der medizinischen Versorgung spielen geschlechterspezifische Fehl-, Über- und Unterversorgungslagen nach wie vor eine Rolle.
- Die Herstellung **vertikaler Chancengleichheit**: Wenn die Geschlechter unterschiedliche Bedürfnisse haben, brauchen sie geschlechtsspezifische Angebote. Hier ist v. a. die Gestaltung von Gesundheitsinformationen, Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen bislang in vielen Bereichen zu geschlechtsneutral und damit nicht effektiv genug angelegt.

**Prävention** zielt darauf ab, Risikofaktoren auszuschalten oder zu minimieren bzw. die Entstehung von Krankheiten zu verhindern oder zu verzögern (Miksch, A; Ledig, T. 2011). Man unterscheidet zwischen Maßnahmen, die auf Personen ausgerichtet sind (**Verhaltensprävention**), und Maßnahmen, die sich auf die Verhältnisse beziehen, unter denen die Personen leben und arbeiten (**Verhältnis- bzw. strukturelle Prävention**). Verhaltensbezogene Maßnahmen sollen Individuen befähigen, durch selbstbestimmtes Handeln die persönlichen Gesundheitschancen zu verbessern (z. B. Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen, Verzicht auf Alkohol), während sich verhältnisbezogene Maßnahmen auf soziale, kulturelle, ökologische und ökonomische Rahmenbedingungen beziehen.

### ***Förderkomponente: Gesundheitsdienste und -dienstleistungen***

Die **Unterstützung von Gesundheitseinrichtungen** ist eine weitere Fördermaßnahme von MISEREOR. Gesundheitsdienste sollen gut erreichbar und für alle erschwinglich sein sowie bedarfsgerechte, wirksame und qualitativ angemessene Dienste und Dienstleistungen erbringen. Dies betrifft sowohl individuelle und auf Bevölkerungsgruppen bezogene präventive als auch kurative, rehabilitative und palliative Maßnahmen. Eine gut funktionierende medizinische Diagnostik ist hierfür ebenfalls notwendig.

Relevante Aspekte umfassen rechenschaftsbewusste Management- und Organisationsprozesse, Managementstrukturen sowie Referenzsysteme, Maßnahmen des Qualitätsmanagements (u. a. Qualifizierung des Gesundheitspersonals), Umsetzung von Behandlungsstandards und -richtlinien, eine entsprechende Infrastruktur und Logistik sowie die Beachtung der Nachfrageseite. Gesundheitsdienste und -dienstleistungen können dann zielorientiert bereitgestellt werden, wenn die Bedarfslagen, das Verhalten, die Perspektive und das Wissen der Nachfrageseite bekannt und verstanden sind – und berücksichtigt werden.

### ***Förderkomponente: Fachkräfte und Personal***

**Beschäftigung, Aus- und Fortbildung von Personal** ist ebenfalls ein Bereich der Projektförderung bei MISEREOR. Die anfallenden Kosten für die Bereitstellung von Gesundheitsfachkräften stellen in vielen Ländern den größten Posten der fortlaufenden Gesundheitsausgaben dar. Eine ausreichende Anzahl an qualifizierten Fachkräften (wie Ärztinnen und Ärzte, Hebammen, Fachkräfte für Krankenpflege, aber auch Management- und unterstützendes Personal) ist entscheidend für die Qualität und Verfügbarkeit der Gesundheitsdienstleistungen und die Erreichung von UHC. Dabei sind auch ihre angemessene geographische Verteilung und die Zusammensetzung der unterschiedlichen Berufsbilder sowie deren effiziente und bedarfsentsprechende Arbeitsweise und tatsächliche Verfügbarkeit von großer Bedeutung.

Die Bereitstellung von qualifiziertem Gesundheitspersonal sowie Faktoren, die sich auf dessen Verbleib und Motivation auswirken, stellen angesichts der Fachkräftekrise in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen im Gesundheitsbereich ein prioritäres Handlungsfeld für die Sicherstellung der Erbringung von Dienstleistungen dar.

**Good-Practice-Beispiel "MPHCS"  
(Liberia):  
"Mother Patern College of Health  
Sciences "**

- Die hohe Qualität des medizinischen Fachhochschulangebots zur Ausbildung von Krankenpflegekräften äußert sich in einer hohen Arbeitsplatzsicherheit und guten Karrierechancen von Absolvent(inn)en, die bis zur ministeriellen Beratungsebene reichen.
- Die gute Reputation wird durch kontinuierliche Weiterentwicklung des Studienangebots (z. B. Master of Nursing Education oder Master of Clinical Social Work) gestärkt.
- Auf diese Weise geht die Projektwirkung über die eigentlichen Ziele hinaus: hohe Ausbildungsstandards und die Umsetzung des Gelernten tragen zu einer guten Gesundheitsversorgung der Bevölkerung und gleichzeitig zu einer anspruchsvollen Gesundheitspolitik bei.

**Good-Practice-Beispiele zu  
Gemeindegesundheitshelfer/-innen  
(Philippinen):  
„CHD“ und „Kalinga WCQRT“**

- Beide Projekte sind beispielhaft für eine effektive und nachhaltige Arbeit mit Gemeindegesundheitshelfer(inne)n (CHW), an der Schnittstelle zwischen der personellen Komponente und strategischen Partnerschaften.
- Die CHW-Teams bzw. lokale Kontaktpersonen sind auf Gemeindeebene vorbildhaft an überregional agierende Vereine oder Personen angebunden, die ihre Anliegen auf lokaler Regierungsebene vorbringen und damit auch politische Entscheidungen beeinflussen können.
- Politisch überzeugt das Engagement für die Weiterentwicklung einer funktionierenden integrierten Gesundheitsversorgung und die Einbindung von Student(inn)en medizinischer Fach- und Hochschulen in die aktive Gemeindearbeit der CHW.

Der Einsatz von Dorfgesundheitshelfer(inne)n oder „*Village Health Worker (VHW)*“, zur Unterstützung von Gesundheitsfachkräften und zur Minderung des Fachkräftemangels, wurde im Rahmen des PHC-Konzepts propagiert und wird von MISEREOR weltweit in zahlreichen Projekten unterstützt<sup>19</sup>.

Für ein Gelingen dieser Form von Personaleinsatz sind folgende Voraussetzungen zu erfüllen:

- eine gute und ausreichend lange Schulung;
- kompetente Auszubildende und häufige Auffrischungstrainings;
- ein klar umrissenes und spezifisches Aufgabenspektrum;
- wirksame Interventionsmöglichkeiten für häufig auftretende Probleme;
- ein gesichertes nicht monetäres bzw. finanzielles Belohnungssystem, integriert in lokale (staatliche oder kirchliche) Gesundheitseinrichtungen, und
- ein engmaschiges Monitoring- und Supervisionssystem.<sup>20</sup>

### **Förderkomponente: Medizinische Produkte und Technologien, Informationssysteme**

Der **Zugang zu erschwinglichen essentiellen Medikamenten, Impfstoffen und Technologien** ist ein fundamentaler Baustein zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung. Neben der Qualitätssicherung sind auch Aspekte der Kosteneffizienz substanziell. Hinzu kommt die Bedeutung von eindeutigen und transparenten nationalen Politiken, Standards, Richtlinien und/oder Verfahren und deren Einhaltung bei Beschaffung und Wartung sowie Verteilung, Anwendung oder Verkauf von Medikamenten, medizinischen Produkten und deren Preisgestaltung.

<sup>19</sup> Die beschriebenen „Good-Practice-Beispiele“ gemeindebasierter Gesundheitshilfe auf den Philippinen beziehen sich auf „Council for Health and Development (CHD)“ sowie Kalinga „Women and Children Quick Response Team“(WCQRT).

<sup>20</sup> Interne Dokumentation von 2013: evaplan: Evaluierung des Basisgesundheitsbereichs im Förderbereich Gesundheit des Hilfswerkes MISEREOR e. V.



Jedes Gesundheitssystem benötigt zudem ein **Informationssystem**, das zuverlässige Daten liefert. Nur so können die Determinanten von Gesundheit, die Leistungsfähigkeit eines Gesundheitssystems und der Gesundheitsstatus der Bevölkerung, erfasst werden. Besondere Beachtung kommt dabei der möglichen Bedrohung der Bevölkerung durch akute Epidemien, Katastrophen oder andere Gesundheitsrisiken zu (*Surveillance & Response*). Ohne diese Informationen ist es nicht möglich, eine Situation zu analysieren, Prioritäten zu identifizieren, bedarfsgerechte und effiziente Maßnahmen zu planen, ihre Implementierung zu überwachen und Wirkungen zu erfassen. Das gilt auch für **Daten zur Gesundheit von Frauen und marginalisierten Gruppen**. Die Unterstützung der Sicherstellung eines Monitoring durch geeignete Indikatoren ist für MISEREOR auch ein wichtiger Aspekt im Rahmen der Lobbyarbeit (z.B. im Kontext der Post-2015-Debatte).

### **Förderkomponente: Gesundheitsfinanzierung**

Von der WHO wird empfohlen, ein System der **solidarischen Gesundheitsfinanzierung** aufzubauen, um sicherzustellen, dass Menschen im Bedarfsfall entsprechende Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen können und dabei vor überhöhten Ausgaben und daraus resultierender Verarmung geschützt werden. Die Beitragszahlung sollte sozial gerecht gestaltet werden. Eine landesweite Umsetzung dieses Ziels würde wesentlich zur universellen Absicherung eines nationalen Gesundheitssystems und somit auch zu UHC beitragen.

Die Finanzierung kann durch Vorauszahlungssysteme erfolgen, z. B. aus öffentlichen Steuermitteln, Krankenversicherungsbeiträgen, externen Finanzierungsbeiträgen oder aus Direktzahlungen wie Gebühren für Dienstleistungen (*out-of-pocket-spending*).

Die Bündelung der vorausgezählten Einnahmen (*pooling*) ermöglicht einen Risikoausgleich zum Vorteil der Nutzenden (Solidarprinzip). Vorauszahlungssysteme, gekoppelt mit einem Risikoausgleich durch eine Bündelung der vorausgezählten Einnahmen, können wesentlich dazu beitragen, hohe Gesundheitsausgaben beziehungsweise die private Zahlung von Gesundheitsausgaben (*out-of-pocket-payment*) zu reduzieren und so sozialen Ungleichheiten entgegenzutreten. Berücksichtigt werden sollten auch die Kosten, die beim Einkauf bzw. der Auswahl der bereitzustellenden Dienstleistungen entstehen, sowie die Art und Weise der Erstattung.

#### **Spannungsverhältnis zwischen Erreichen der Armen und Nachhaltigkeitsanspruch**

Häufig wird von Projektträgern erwartet, durch Nutzungsgebühren einen Beitrag zur finanziellen Nachhaltigkeit der Maßnahmen zu erbringen. Gleichzeitig wird dadurch das Ziel MISEREORs erschwert, über die Projekte die Armen zu erreichen. Beides lässt sich oft nicht vereinbaren und stellt einen Zielkonflikt dar, der zu Beginn eines Projekts sorgfältig diskutiert werden sollte. Zudem sollten Handlungsoptionen wie z. B. mögliche Kooperationen mit nationalen Akteuren im Bereich Gesundheitsfinanzierung (z. B. staatlich oder genossenschaftlich orientierte Krankenversicherungen, aktive NROs im Vertrieb von Medikamenten oder medizinischen Produkten) berücksichtigt werden, um geeignete Finanzierungsmodelle entwickeln bzw. unterstützen zu können.

### **Good-Practice-Beispiel „RAHA“ (Indien): „Integriertes ländliches Gesundheitsprogramm“**

- Das integrierte Gesundheits- und Krankenversicherungsprogramm stellt den Zugang zu Gesundheitsdiensten für die arme Bevölkerung über drei Krankenhäuser und rd. 90 Gesundheitszentren in einer Region sicher.
- Durch die Berücksichtigung der kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Situation von Armen wird verhindert, dass Krankheit die Armut noch verstärkt.
- Weitere wichtige Komponenten sind das Solidaritätsprinzip und die aktive Partizipation der Gemeinde, die Kooperation mit den staatlichen Strukturen und eine adäquate Ausbildung des Personals (Gesundheitspersonal, Management und Verwaltung).

Weitere Projektbeispiele aus Kamerun und Ghana bestärken MISEREOR in seiner Position, Gesundheitsfinanzierungsinitiativen im Sinn der Armutsorientierung und mit Fokus auf Mutter-Kind-Gesundheit zu unterstützen, die konkrete Ausrichtung und Umsetzung jedoch – den lokalen Gegebenheiten angepasst – vor Ort vornehmen zu lassen.

### 3. Fachspezifische Orientierung

Im Folgenden werden **aktuelle Gesundheitsthemen aus dem Gesundheitssektor und anderen Sektoren** (Umwelt, Ernährung, Energie, Klimawandel etc.) vorgestellt, die als mögliche Maßnahmen im Gesundheitsbereich oder als intersektorale Maßnahme von MISEREOR gefördert werden können<sup>21</sup>.

Es handelt sich hierbei nicht um eine Auflistung aller möglichen Themen, sondern vielmehr um Bereiche, die in den letzten Jahren eine zunehmende Dringlichkeit erfahren haben bzw. immer noch eine hohe Relevanz besitzen. Die Ebola-Epidemie in den Jahren 2014/2015 hat hier exemplarisch strukturelle Schwachstellen der Gesundheitssysteme in den am stärksten betroffenen Ländern (Guinea, Liberia, Sierra Leone) offengelegt. Eine effektive PHC-Struktur hätte eine wesentliche präventive Funktion erfüllt und das dramatische Ausmaß verhindern können.

Grundlegend für diesen erweiterten Blick auf die drängendsten Herausforderungen ist das **Menschenrecht auf Gesundheit**, die **Handlungsgrundlage für alle hier genannten Themenbereiche**. Das gilt ebenso für die Zielsetzung eines universellen Zugangs zu Gesundheit (UHC) und den im Wirkungsgefüge (Anhang 2) dargestellten und unten beschriebenen Anspruch, eine kontinuierliche und angemessene, qualitative und nachhaltige Gesundheitsversorgung zu leisten.

#### 3.1 Aktuelle und zukünftige Herausforderungen im Gesundheitsbereich

##### ***Kinder- und Müttersterblichkeit***

In den letzten Jahrzehnten hat sich im Durchschnitt der weltweite Gesundheitszustand in beeindruckender Weise verbessert. Die Lebenserwartung stieg und die Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit, d. h. Indikatoren, die auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung hinweisen, konnten global gesenkt werden. Allerdings ist diese Entwicklung nicht für alle Länder und alle Bevölkerungsgruppen gleichermaßen verlaufen. Noch heute sterben weltweit 20 % der Kinder unter 5 Jahren zum großen Teil an vermeidbaren Ursachen. Annähernd 98 % dieser Fälle ereignen sich nach aktuellen Zahlen der WHO in den einkommensschwächeren Ländern. Somit besteht auch weiterhin eine hohe Relevanz für gesundheitliche Maßnahmen zur Verringerung der Kinder- und Müttersterblichkeit in diesen Ländern.

##### ***Nicht übertragbare Krankheiten (Non-Communicable Diseases)***

Durch die Dynamik des demografischen Wandels und durch starke Veränderungen des Lebensstils, der Essgewohnheiten sowie der Arbeitsbedingungen konnte in den letzten Jahren auch in Ländern mit niedrigem und mittlerem Einkommen eine zunehmende Verbreitung von NCD wie Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Krebs und chronische Atemwegserkrankungen festgestellt werden. Dadurch verändern sich die Anforderungen an die Gesundheitssysteme und -versorgung in diesen Ländern. Die WHO schätzt, dass NCDs bis 2030 die häufigste Todesursache in Afrika sein werden, mit erheblichen Auswirkungen auf Ausgaben im Gesundheitsbereich und das Wirtschaftswachstum der Länder.<sup>22</sup>

---

<sup>21</sup> Die an OECD/BMZ-Schlüsseln orientierte interne Projektverschlüsselung bei MISEREOR differenziert ab 1.1.2015 stärker als zuvor nach Zielgruppen und entwicklungspolitischen Zielen; sie lässt dadurch auch gesundheitsrelevante Ziele klarer erkennbar werden.

<sup>22</sup> WHO: World Health Statistics 2012

## **HIV und Aids**

Dem *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) kommt in vielen Ländern seit den 1980er Jahren eine hohe Bedeutung zu. Nach aktuellen Schätzungen von UNAIDS<sup>23</sup> leben derzeit 35 Millionen Menschen mit einer HIV-Infektion, 68 % von ihnen in Sub-Sahara-Afrika. Auch wenn es Erfolge in der Reduzierung der Neuinfektionen und der Behandlung HIV-positiver Menschen zu verzeichnen gibt, erfordert die Bekämpfung von HIV weiterhin erhebliche Investitionen und die Unterstützung der internationalen Gemeinschaft.

Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, dass die Epidemie unterschiedliche Verläufe und Entwicklungen nimmt in Abhängigkeit von der Höhe der HIV-Prävalenz<sup>24</sup>, den Hauptübertragungswegen sowie den relevanten ökonomischen, sozialen und kulturellen Einflussfaktoren in den verschiedenen Ländern, Regionen und Gemeinden. Auch haben die Erfolge der antiretroviralen Therapie zu einem Sinken der Sterblichkeit geführt. Dies in Verbindung mit Neuinfektionen ergibt eine steigende Anzahl von Menschen, die mit dem menschlichen Immunschwäche-Virus leben und einen chronischen Krankheitsverlauf aufweisen. Die entsprechend zunehmende Anzahl von Menschen, die eine antiretrovirale Therapie benötigen, verbunden mit Resistenzen auf verfügbare Medikamente, bedeutet neue Herausforderungen für nationale Gesundheits- und Sozialsysteme in Ländern, die von HIV betroffen sind.

Gegenwärtig werden neben den etablierten Verhaltensmaßnahmen zur Prävention von Neuinfektionen „*Harm-Reduction*“-Programme für Drogennutzende und weitere Präventionsmaßnahmen zur Reduzierung von HIV-Übertragungen empfohlen. Eine intensivierte Fallerkennung durch verstärkte HIV-Testangebote und die Verbindung von Maßnahmen der reproduktiven Gesundheit mit HIV-Maßnahmen sowie koordinierte Behandlung und verstärkte gesundheitliche Begleitung von Menschen mit einer Tb-/HIV-Koinfektion sollen zur Reduzierung der HIV-bedingten Morbidität und Mortalität beitragen. Der wieder zunehmenden Diskriminierung von sexuellen Minderheiten, Drogenkonsumierenden und Sex-Arbeitenden sollte in Präventionsprogrammen verstärkt begegnet werden.

## **Alternative und traditionelle Medizin**

Die traditionelle oder auch als alternativ bezeichnete Medizin verzeichnet seit mehreren Jahren einen signifikanten Aufschwung insbesondere bei indigenen Bevölkerungsgruppen in ländlichen und regional wenig erschlossenen Gebieten in Ländern Lateinamerikas und in Indien. Das äußert sich darin, dass dieser medizinische Bereich auch von offiziellen Institutionen und Universitäten der Länder anerkannt ist und gefördert wird. Insbesondere die Nutzung von pflanzlichen Mitteln wird hervorgehoben, auch mit dem Hinweis, den Menschen vorhandenes Wissen und kostengünstige Behandlungsmöglichkeiten für bestimmte Erkrankungen zur Verfügung stellen zu können sowie deren Selbsthilfepotenzial zu stärken.

Es ist Aufgabe MISEREORs, bei Partnerorganisationen darauf hinzuwirken, dass in Projekten vorgeschlagene traditionelle Methoden in den jeweiligen Ländern offiziell anerkannt sind und deren Qualität überprüft wird.

## **Inklusion von Menschen mit Behinderung**

Menschen mit Behinderungen konnten in der Vergangenheit nicht immer von Maßnahmen im Gesundheitsbereich profitieren. Ein Grund dafür ist, dass sie oft zu den Ärmsten der Armen gehören, die generell schwierig zu erreichen sind. Ein weiterer Grund liegt in ihrer gesellschaftlichen Ausgrenzung, die dazu führt, dass sie auch bei Entwicklungsvorhaben ins Abseits geraten können. Nur wenn ihre Rechte und Bedürfnisse systematisch ins Auge gefasst werden, können sie an Projekten und geplanten Maßnahmen gleichberechtigt teilhaben, und kann einer teils bewussten Ausgrenzung in Kulturen oder Gesellschaften entgegengewirkt werden.

Es bietet sich ein zweigleisiger Ansatz an: Zum einen Projekte, die sich speziell an Menschen mit Behinderungen richten. Zum anderen Inklusion von Menschen mit Behinderungen in Vorhaben außerhalb des Gesundheitsbereichs, um menschenrechtliche und strukturelle Ursachen sozialer Ungleichheiten zu bekämpfen.

---

<sup>23</sup> UNAIDS 2013: [http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20131120\\_aidsbythenumbers\\_03](http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20131120_aidsbythenumbers_03)

<sup>24</sup> Prävalenz ist definiert als die Anzahl aller Fälle (epidemiologische Häufigkeit aller Fälle) einer bestimmten Krankheit in einer Population zum Zeitpunkt der Untersuchung.

## **Gesundheit älterer Menschen**

Die Menschen werden älter – und die Altersstruktur der Bevölkerung ändert sich. 2050 wird es weltweit mehr als zwei Milliarden Menschen geben, die älter als 60 Jahre sind. Dies stellt die Gesundheits- und Sozialsysteme dieser Länder vor große Herausforderungen. Für MISEREOR werden sich auf diesem Gebiet zukünftig verstärkt Handlungsoptionen ergeben.

## **Gewalt gegen Frauen und Mädchen**

Gewalt gegen Frauen und Mädchen ist eine der am weitesten verbreiteten Menschenrechtsverletzungen. Weltweit macht jede dritte Frau während ihres Lebens Erfahrungen mit körperlicher oder sexueller Gewalt – in den verschiedensten Formen des Missbrauchs<sup>25</sup>.

Gewalt gegen Frauen hat tiefgreifende gesundheitliche Implikationen, die häufig vernachlässigt werden. Für den Gesundheitsbereich gelten die folgenden Handlungsoptionen, die auch von der WHO als Schlüsselmaßnahmen vorgeschlagen werden:

- Versorgung, orientiert an den Bedürfnissen der Frauen;
- Identifizierung der Gewaltursache und entsprechende Diagnostik (z. B. Partnerschaftskonflikte);
- Sorgfältige klinische Behandlung der Gewaltopfer;
- Adäquat ausgebildetes Personal (klinisch, psychologisch, juristisch);
- Angebot an standardisiertem und in Klinikablauf integriertem Behandlungsschema;
- Meldepflicht der Gewalttat.

Dabei ist hervorzuheben, dass erfolgreiche Projekte zu Gewalt gegen Frauen und Mädchen intersektoral eingebunden sind und neben dem Gesundheits- und Bildungsbereich auch Polizei und Justiz einbeziehen.

### **Die häufigsten Formen von Gewalt gegen Frauen und Mädchen sind:**

- **Häusliche Gewalt:** Bei häuslicher Gewalt sind überwiegend Männer beziehungsweise Partner die Täter. Jedes Jahr werden tausende Frauen von gewaltbereiten Männern misshandelt oder sogar ermordet. Die wenigsten Fälle werden angezeigt oder vor Gericht gebracht.
- **Frauen in bewaffneten Konflikten:** Massenvergewaltigungen und Gewalt gegen Frauen werden immer öfter als „Kriegstaktik“ eingesetzt. So werden allein in der Demokratischen Republik Kongo jährlich Tausende von Frauen vergewaltigt; in Sierra Leone haben während des Krieges 94 % der weiblichen Flüchtlinge sexuelle Gewalt erlebt.
- Weitere Formen der Gewalt stellen **Frauenhandel, Zwangs- und Kinderprostitution sowie frühe und erzwungene Heirat** dar.

## **Trauma-Arbeit**

In vielen Regionen dieser Welt sind Menschen und insbesondere vulnerable Gruppen aufgrund von Kriegen, Katastrophen oder Konflikten physischer und auch psychischer Gewalt ausgesetzt. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Betroffenen zutiefst traumatisiert sind und kaum Unterstützung durch das öffentliche Gesundheitssystem finden. Menschen mit akuten Problemen wie psychischen Störungen, Traumata und Angstzuständen finden Unterstützung meist nur in ihren Familien, die mit den Schwierigkeiten überfordert, selbst traumatisiert oder aber Teil der Probleme sind. Unbehandelte Traumata können so zu chronischen Folgeerscheinungen bei den Traumatisierten führen, haben aber angesichts der in einer Kriegssituation zahlreichen Betroffenen auch schwerwiegende gesellschaftliche Implikationen. Professionelle Trauma-Arbeit stärkt die Opfer von Gewalt und fördert die psychische sowie physische Gesundheit nachhaltig.

## **Vernachlässigte und armutsassoziierte Tropenkrankheiten (Neglected Tropical Diseases)**

Zu den NTDs werden 17 tropische Infektions- und armutsbedingte Krankheiten gezählt, die im Wesentlichen durch Parasiten und Bakterien hervorgerufen werden. Sie können zu Behinderungen, gesellschaftlicher Ausgrenzung oder auch zum Tod führen. Diese Krankheiten gelten als „vernachlässigt“, weil sie im Wesentlichen die ärmsten Menschen treffen, die nur unzureichend

---

<sup>25</sup> Siehe auch: [www.projectpave.org/6-types-abuse](http://www.projectpave.org/6-types-abuse)

Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Zudem werden nur geringe finanzielle Mittel zur Verfügung gestellt, um die entsprechenden Medikamente zur Behandlung zu entwickeln oder kostenintensive Behandlungsmöglichkeiten erfolgreich umzusetzen.

Ungefähr 1,4 Milliarden Menschen sind weltweit an NTDs erkrankt. Dabei sind fünf der NTDs für 90 % aller Erkrankungen verantwortlich: Elefantiasis (Lymphatische Filariose), Flussblindheit (Onchozerkose), Wurmerkrankungen, Trachom und Bilharziose (Schistosomiasis). NTDs führen unbehandelt zu dauerhaften Behinderungen: Trachom und Flussblindheit führen zu Erblindungen, Elefantiasis verursacht z. T. schwere körperliche Behinderungen, Bilharziose und Darmwürmer können zu chronischen Organschäden, Anämie und Wachstumsverzögerung führen und beeinträchtigen somit die körperliche und seelische Entwicklung von Kindern. Die Bekämpfung der NTDs ist nur erfolgreich, wenn sie langfristig erfolgt (z. B. bis zu 20 Jahre bei Flussblindheit).

Weitere wichtige Bereiche wie **Umwelt, Klimawandel** und **Ernährung in Zusammenhang mit Gesundheit** sowie **Gesundheit im urbanen Milieu** und **gesundheitliche Dimensionen von Flucht und Migration (Humanitäre Hilfe)** werden im nächsten Abschnitt besprochen.

### 3.2 Schnittstellen zu anderen Bereichen: Intersektorale Ansätze

Gesundheit wird von zahlreichen Determinanten beeinflusst, die zum Großteil außerhalb des unmittelbaren Einflusses des Gesundheitssektors liegen. Im letzten Jahrhundert ist z. B. die Lebenserwartung der Menschen in vielen Ländern deutlich gestiegen – davon ist aber nur ein Teil der gewonnenen Lebensjahre auf die Verbesserung der Gesundheitsversorgung zurückzuführen.

Zu den wichtigsten Voraussetzungen für Gesundheit zählen: ausgewogene Ernährung, sauberes Trinkwasser, Bildung und Zugang zu Information, gesunde Lebensumwelt sowie ein stabiles Ökosystem. Neue Herausforderungen ergeben sich aus der Globalisierung, aus Klimaveränderungen und weltweiter Erwärmung, begrenzten natürlichen Ressourcen, Bevölkerungsdynamiken sowie dem rasanten Städtewachstum und der Zunahme von Slums.

Insbesondere **in den Bereichen Ernährung, Bildung, Wasser/Sanitär, Umwelt, Klima und Humanitäre Hilfe gibt es eine Vielzahl an Kooperations- und Interventionsmöglichkeiten für den Gesundheitsbereich**, die es zu nutzen gilt. Um den Wirkungsgrad von Maßnahmen im Gesundheitsbereich zu erhöhen, sind auch präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen in anderen relevanten Sektoren notwendig, insbesondere in folgenden Bereichen:



**Bildung:** Gesunde Kinder lernen besser. Zugleich beeinflusst der Bildungsgrad eines Menschen sein Gesundheitsverhalten. Aus diesem Grund sind gerade Interventionen in der Schule bzw. in Betreuungsangeboten für Kinder und Jugendliche essentiell, um für sie ein lern- und gesundheitsförderliches Umfeld zu schaffen.



**Ernährung:** Ernährung ist die wichtigste Grundlage menschlicher Gesundheit und gleichzeitig wesentliche Krankheitsursache. Mangelernährung (Unter- und Fehlernährung) sind für viele der vermeidbaren Krankheiten verantwortlich. Die Zahl übergewichtiger Menschen übersteigt mittlerweile die der unterernährten Menschen und betrifft auch Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen. Ungesunde Ernährung ist einer der vier wesentlichen Risikofaktoren für nicht übertragbare Erkrankungen.



**Wasser- und Sanitärversorgung (auch im urbanen bzw. dicht besiedelten Milieu):**

Jährlich sterben etwa 1,5 Millionen Menschen an Durchfallerkrankungen in Folge von unzureichender (Trink-)Wasser- und Sanitärversorgung. Besonders betroffen sind Kinder unter fünf Jahren, hauptsächlich in Ländern mit niedrigem Einkommen. Der Zugang zu und das Nutzen von sauberem Trinkwasser und angemessener Sanitärversorgung sowie hygienische Bedingungen tragen nachweislich dazu bei, Gesundheitsrisiken einzudämmen und durch Wasser übertragbare Krankheiten, wie z. B. Durchfallerkrankungen, zu verhindern. 10 % der globalen Krankheitslast könnte durch die Verbesserung von Wasser- und Sanitärversorgung, Bewirtschaftung von Wasserressourcen und Hygienemaßnahmen verhindert werden.

Begleitende Maßnahmen der Gesundheitsbildung (z. B. Hygiene-Sensibilisierung) müssen deshalb fester Bestandteil von Wasservorhaben sein (z.B. **WA**ter-**S**anitation-**H**ygien-Programmen, siehe „Sanitation and Water for All Programm“).



### **Umwelt und Energie (wichtiger Themenbereich auch für das urbane Umfeld):**

Beim Kochen mit fossilen Brennstoffen in geschlossenen Räumen entsteht Rauch, an dessen Folgen jedes Jahr mehr als 1,5 Millionen Menschen sterben. Durch angepasste Technologien und Brennstoffe (z. B. Energiesparöfen mit Abzug) können Schäden an Lungen und Augen, vor allem bei Kleinkindern und Frauen, vermieden werden.

Beim Abbau von mineralischen Rohstoffen wie Kohle, Kupfer, Zink, Zinn usw. werden häufig Schwermetalle freigesetzt, die Böden und Pflanzen belasten und auch häufig ins Grundwasser gelangen. Sie stellen eine Gefahr für die Gesundheit von Menschen und Tieren dar. Beim Abbau einiger Rohstoffe wie z. B. Gold werden außerdem hochtoxische Stoffe wie Zyanid oder Quecksilber eingesetzt, die ein zusätzliches Gesundheitsrisiko bergen; im Uranbergbau kommt die Gefahr durch Radioaktivität hinzu. In der Rohstoffverhüttung entstehen außerdem schwermetall-belastete Abgase, die im Umfeld des Abbaus ebenfalls problematisch für die Gesundheit der Menschen sind.



**Transport:** Luftverschmutzung führt **insbesondere im urbanen Umfeld** zu einem rasanten Anstieg an Atemwegs- und Augenerkrankungen. Zudem sind Verkehrsunfälle in vielen Ländern eine der häufigsten Verletzungs- und Todesursachen.



**Nachhaltige Wirtschaftsentwicklung und Arbeitsplatzgesundheit:** Betriebliche Gesundheitsförderung besonders in klein- und mittelständischen Betrieben ist weitgehend unter-entwickelt, obwohl die Mitarbeiterschaft ein bedeutender Erfolgsfaktor für Unternehmen ist. Oft werden nicht einmal die Maßnahmen ergriffen, zu denen die Arbeitgeber im Rahmen des jeweils nationalen Arbeitsschutzes verpflichtet sind.

Nach aktuellen Angaben der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) sterben jährlich 2 Millionen Menschen aufgrund arbeitsbedingter Unfälle und Erkrankungen. Forschungen auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheit haben zudem die negativen Auswirkungen von wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen wie z. B. Angst vor Arbeitsplatzverlust, Unwissenheit im Umgang mit chronischen Erkrankungen, zunehmendem psychischen Druck auf die Mitarbeiterschaft durch Modernisierungsprozesse und veränderte Lebenswelten mit den sich daraus ergebenden betrieblichen und volkswirtschaftlichen Konsequenzen thematisiert. Insbesondere Privatunternehmen und Gesellschaften in Entwicklungs- und Schwellenländern werden sowohl durch die hohe Krankheitslast infektiöser und chronischer Erkrankungen (auch NCDs) als auch durch die unzureichende Leistungsfähigkeit nationaler Gesundheits- und Sozialsysteme belastet.

Das von der WHO entwickelte „*Healthy Workplace*“-Konzept empfiehlt, dass ein betriebliches Gesundheitsmanagement auf verschiedenen Ebenen aktiv sein sollte, um multisektorale Prozesse und Vernetzungen zu stärken und somit Veränderungsprozesse nachhaltig und umfassend im institutionellen, nationalen und regionalen Kontext anregen zu können; dieses Konzept ist eher im formellen und halbformellen Sektor umsetzbar. Im halb- und informellen Sektor zeigt aber die Realität z. B. in der Textilindustrie, dass Sicherheitsmaßnahmen am Arbeitsplatz wissentlich umgangen werden. Betroffene können in einer illegalen Schuldknechtschaft und Zwangsarbeit – häufig aufgrund von Schulden beim Arbeitgeber – ohne externe Unterstützung der Spirale von Ausbeutung und Armut kaum entkommen.



**Klimawandel:** Er wirkt sich bereits heute nachweislich negativ auf die Gesundheit der Weltbevölkerung aus und wird von vielen Fachleuten als die größte Bedrohung der globalen Gesundheit im 21. Jahrhundert gesehen. Veränderungen des Klimas beeinflussen die menschliche Gesundheit auf unterschiedliche Art und Weise. Während Hitze und Extremwetterereignisse direkt zu Krankheit und Tod führen können (z. B. Herzinfarkte und akute Atemprobleme bei Hitze, körperliche Verletzungen und Entzündungen bei Flutkatastrophen), wird die Gesundheit der Menschen auch indirekt negativ beeinflusst: durch Veränderungen der Landnutzung und somit in der

Ernährungssicherung und -qualität, der Verfügbarkeit von sauberem Trinkwasser, zunehmender Luftverschmutzung und Veränderungen der Ausbreitungsgebiete von Krankheitsüberträgern (z. B. für Malaria, Dengue). Hinzu kommen in vielen Ländern weitere Belastungen durch die **demographische Entwicklung** (steigende Bevölkerungsdichte), oft einhergehend mit Verstädterung, und somit wiederum mit einer Beschleunigung beeinträchtigender Umweltveränderungen.



**Humanitäre Hilfe (Nothilfe):** Viele Millionen Menschen werden jährlich durch Kriege und Naturkatastrophen akut in ihrer Existenz bedroht und benötigen schnelle Hilfe. Gerade in Ländern mit einem niedrigen Einkommen ist die politische Lage häufig unsicher und instabil. Arme sind aufgrund der qualitativ schlechten und überbevölkerten Wohnverhältnisse sowie riskanter Wohnlagen von Naturkatastrophen am stärksten betroffen. Zerstörte soziale, materielle und institutionelle Infrastruktur (u. a. auch Gesundheitseinrichtungen) ist nicht nur für Soforthilfemaßnahmen eine Herausforderung, sondern birgt per se auch Erkrankungsrisiken in sich (z. B. Choleraepidemie o. ä.), die adäquate Gegenmaßnahmen erfordern und kontrolliert werden müssen.

Nach Konflikten und Katastrophen, die häufig zu Flucht und Migration führen, ist es eine besondere Herausforderung, die Gesundheit von Menschen in ihrer akuten Notsituation schnell und unkompliziert zu schützen, Notfallgesundheitsversorgung zu leisten, aber gleichzeitig schon dazu beizutragen, dass die betroffene Bevölkerung möglichst schnell wieder zu einem nachhaltigen und stabilen Leben in Würde zurückfinden kann. MISEREOR hat sein Verständnis einer entwicklungsorientierten humanitären Hilfe in einer Orientierungshilfe<sup>26</sup> zusammengefasst.

### 3.3 Qualitätsstandards in MISEREOR-finanzierten Gesundheitsprojekten

Die von MISEREOR im Positionspapier zum Wirkungsverständnis vorgestellte Wirkungsbeschreibung<sup>27</sup> gilt auch für Maßnahmen im Gesundheitsbereich. Im Folgenden werden Methoden angesprochen, die im Partnerdialog vor allem in der Projektantragsphase, aber auch in der kontinuierlichen **Qualitätsentwicklung von Projekten** und der **Wirkungserfassung in Vorhaben** hilfreich sein können.

#### **Kontextspezifische Ansätze und Kriterien der Zielgruppenwahl**

Projektmaßnahmen im Gesundheitsbereich müssen in ihrer Gestaltung von Land zu Land/Region zu Region unterschiedlich gestaltet sein und den **lokalen Kontext**, aber auch die Interaktionen und Wechselwirkungen zwischen den Komponenten eines Gesundheitssystems (Abb. 1/S. 3) wie auch zwischen den verschiedenen Ebenen (von der globalen über die nationale hin zur Distrikt- und Gemeindeebene) berücksichtigen.

Ferner sollte eine angemessene **Zielgruppenanalyse** Aufschluss darüber geben, wie Gesundheitsmaßnahmen für unterschiedliche soziale Schichten, Alters- und Gendergruppen, Stadt- und Landbevölkerung oder ethnisch und anderweitig benachteiligte Gruppen funktionieren können. So ist zum Beispiel der Einfluss des sozialen Status auf die Gesundheit unbestritten: arme Menschen sind in der Regel kränker und haben seltener Zugang zu medizinischen Einrichtungen. Bei spezifischer Unterversorgung bestimmter Regionen oder Gruppen sollten daher die **strukturellen Ursachen** hierfür identifiziert und die Voraussetzungen für einen gleichberechtigten Zugang zu funktionierenden, angemessenen, erschwinglichen und qualitativen Gesundheitsdienstleistungen analysiert werden.

Grundsätzlich sollten einem Projektvorschlag **Ausgangswerte oder Baseline-Informationen**<sup>28</sup> zugrunde liegen, die die spezifischen Bedarfe der jeweiligen Zielbevölkerung nachvollziehbar beschreiben, die Relevanz des geplanten Vorhabens begründen und die Grundlage für das spätere Nachvollziehen (intendierter) Veränderungen im Projektkontext legen.

<sup>26</sup> „Orientierungsrahmen - Die Verbindung von Entwicklungsarbeit mit Nothilfe und Wiederaufbau“, MISEREOR, 2013

<sup>27</sup> Siehe hierzu das „Positionspapier: Wirkungsverständnis MISEREOR, 2006“ und die Handreichung „Evaluierung in der partnerschaftlichen Entwicklungszusammenarbeit von MISEREOR“, 2012

<sup>28</sup> Siehe hierzu die Handreichung von 2012: „Braucht MISEREOR ‚Baseline-Studien‘?“

## Wirkungsgefüge

Wie bei allen Projekten gilt auch für Maßnahmen im Gesundheitsbereich, dass es für eine Projektplanung hilfreich ist, ein Wirkungsgefüge zu erstellen und dessen Umsetzung durch ein Projekt-Monitoring zu überprüfen. Hier kann das bereits von MISEREOR erstellte Wirkungsgefüge für den Gesundheitsbereich, das einen Überblick über das gesamte Spektrum von Interventionsbereichen gibt (Anhang 2), als Anhaltspunkt dienen.

Es sollte allerdings sichergestellt werden, dass ein **spezifisches Wirkungsgefüge** für jedes geplante Projektvorhaben entwickelt wird, das sehr viel konkreter die geplanten Aktivitäten und deren mögliche überprüfbare Wirkungen berücksichtigt. Weitergehende Informationen können dem Positionspapier „Das Wirkungsverständnis von MISEREOR“ entnommen werden. Darin wird die Planung von Projekten in Form einer „wirkungsorientierten Planung“ dargestellt. Demnach sollte wirkungsorientierte Planung ...

- ... als eine **Vision der erwarteten Entwicklung** entworfen werden, die eine Orientierung für die Bewertung von (angestrebten wie auch unerwarteten) Wirkungen gibt (z. B. *das Projekt leistet einen Beitrag zur Senkung der Müttersterblichkeit*);
- ... **Ziele als erwartete positive Wirkungen formulieren**. Hier ist es wichtig, dass das Ziel auch mit den geplanten Projektmaßnahmen erreicht werden kann. So wäre das Ziel „*Senkung der Müttersterblichkeit*“ im Rahmen der MISEREOR-Projekte unrealistisch und sollte daher im Bereich einer Vision angesiedelt werden. Dagegen wäre das Ziel „*Sichere Mutterschaft in Gemeinden X*“ ein Ziel, das mit den von MISEREOR geförderten Maßnahmen erreicht werden kann.
- ... bereits in der Planung an mögliche – erwünschte oder unerwünschte – **Nebenwirkungen denken** (so könnten z. B. *Aktivitäten von kirchlichen Einrichtungen zur Stärkung der reproduktiven Gesundheit – u. a. auch Schwangerschaftsvorsorge – den Aufbau von Parallelstrukturen zur Folge haben, wenn sie nicht in staatliche (Kommunikations-)Strukturen integriert sind. Aufgrund solcher „unerwünschter Nebenwirkungen“ wäre die Nachhaltigkeit des Projekts gefährdet und der Projektvorschlag sollte gemeinsam mit dem Partner überarbeitet werden*).
- ... Aktivitäten im Sinne plausibler Wirkungsvermutungen planen, oder, mit anderen Worten, eine Antwort auf die Frage finden: **Welche Aktivitäten haben das Potenzial, Veränderungen hin zu gewünschten Wirkungen anzustoßen? Welche Faktoren (und entsprechend abgeleitete Aktivitäten) fördern bzw. behindern Projekte?**
- ... **wirkungsorientiertes M+E** von Anfang an einplanen. Hierzu ist die Entwicklung von „**Indikatoren**“, mit deren Hilfe der Status der Projektarbeit beobachtet und bewertet werden kann, unerlässlich.

Für den Erfolg von Projekten ist es äußerst wichtig, dass die Partner das wirkungsorientierte Monitoring nicht als Kontrollinstrument ansehen, sondern als ein „Steuerungsinstrument“ betrachten, das ihnen hilft, den Erfolg von Projektmaßnahmen kontinuierlich zu überprüfen und gegebenenfalls anzupassen.



## **ANHANG 1**

## **Liste ausgewählter weiterführender Literatur**

### **Arbeitskreis des Kooperationsverbundes „Gesundheitliche Chancengleichheit“ – Land Brandenburg (initiiert von BZgA)**

<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/good-practice/good-practice-kriterien>

### **BMG (2013): Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen. Konzept der Bundesregierung**

[http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/I/Internationale\\_Gesundheitspolitik/Konzept\\_der\\_Bundesregierung\\_-\\_Globale\\_Gesundheitspolitik\\_gestalten\\_-\\_gemeinsam\\_handeln\\_-\\_Verantwortung\\_wahrnehmen.pdf](http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/I/Internationale_Gesundheitspolitik/Konzept_der_Bundesregierung_-_Globale_Gesundheitspolitik_gestalten_-_gemeinsam_handeln_-_Verantwortung_wahrnehmen.pdf)

### **BMZ (2009): Gesundheit und Menschenrechte. BMZ Spezial 162. Bonn: Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung**

<http://www.bmz.de/de/mediathek/publikationen/themen/menschenrechte/spezial162pdf.pdf>

### **Bündnis Entwicklung Hilft (Hg.) (2013): Weltrisikobericht 2013**

[http://weltrisikobericht.entwicklung-hilft.de/uploads/media/WeltRisikoBericht\\_2013\\_online\\_150dpi\\_01.pdf](http://weltrisikobericht.entwicklung-hilft.de/uploads/media/WeltRisikoBericht_2013_online_150dpi_01.pdf)

### **Diesfeld, Hans J.; Falkenhorst, Gerd; Razum, Oliver; Hampel Dieter (2001): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Berlin/Heidelberg. Springer Verlag**

### **evaplan 2013: Evaluierung des Basisgesundheitsbereichs im Förderbereich Gesundheit des Hilfswerkes MISEREOR e. V. Synthesebericht**

<http://www.misereor.de/projekte/evaluierung-und-beratung/downloads1.html>

### **Miksch, Antje; Ledig, Thomas (2011): Prävention und Gesundheitsförderung. Heicumед Skript 2011, Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung der Universität Heidelberg**

### **MISEREOR 2006: Positionspapier: Wirkungsverständnis MISEREOR**

### **MISEREOR 2009: Diskussionspapier Partizipation**

### **MISEREOR 2012: Handreichung „Evaluierung in der partnerschaftlichen Entwicklungszusammenarbeit von MISEREOR“**

### **MISEREOR 2012: Partnerhandreichung „Braucht MISEREOR ‚Baseline-Studien‘?“**

### **MISEREOR 2012: Themenheft Menschenrechte**

### **MISEREOR 2013: Orientierungsrahmen - Die Verbindung von Entwicklungsarbeit mit Nothilfe und Wiederaufbau**

### **Seneviratne, Kalinga (2014) When Faith Meets Disaster Management, Inter-Press-Service (global platform for civil society organisations)**

<http://www.ipsnews.net/2014/06/when-faith-meets-disaster-management>

### **Weltrisiko-Bericht (2013)**

<http://weltrisikobericht.entwicklung-hilft.de/Bericht.435.0.html>

### **WHO (2000): The World Health Report. Health Systems, Improving Performance. Genf**

[http://www.who.int/whr/2000/en/whr00\\_en.pdf](http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf)

### **WHO (2006): The World Health Report. Working together for better health. Genf**

<http://www.who.int/whr/2006/en/>

### **WHO (2007): Everybody's Business – Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes. WHO's framework for action. Genf**

[http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys\\_business.pdf](http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf)

### **WHO (2008): The World Health Report. Primary Health Care (now more than ever). Genf**

<http://www.who.int/whr/2008/en/>

### **WHO (2010): Monitoring the Building Blocks of Health Systems**

[http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO\\_MBHSS\\_2010\\_full\\_web.pdf](http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf)

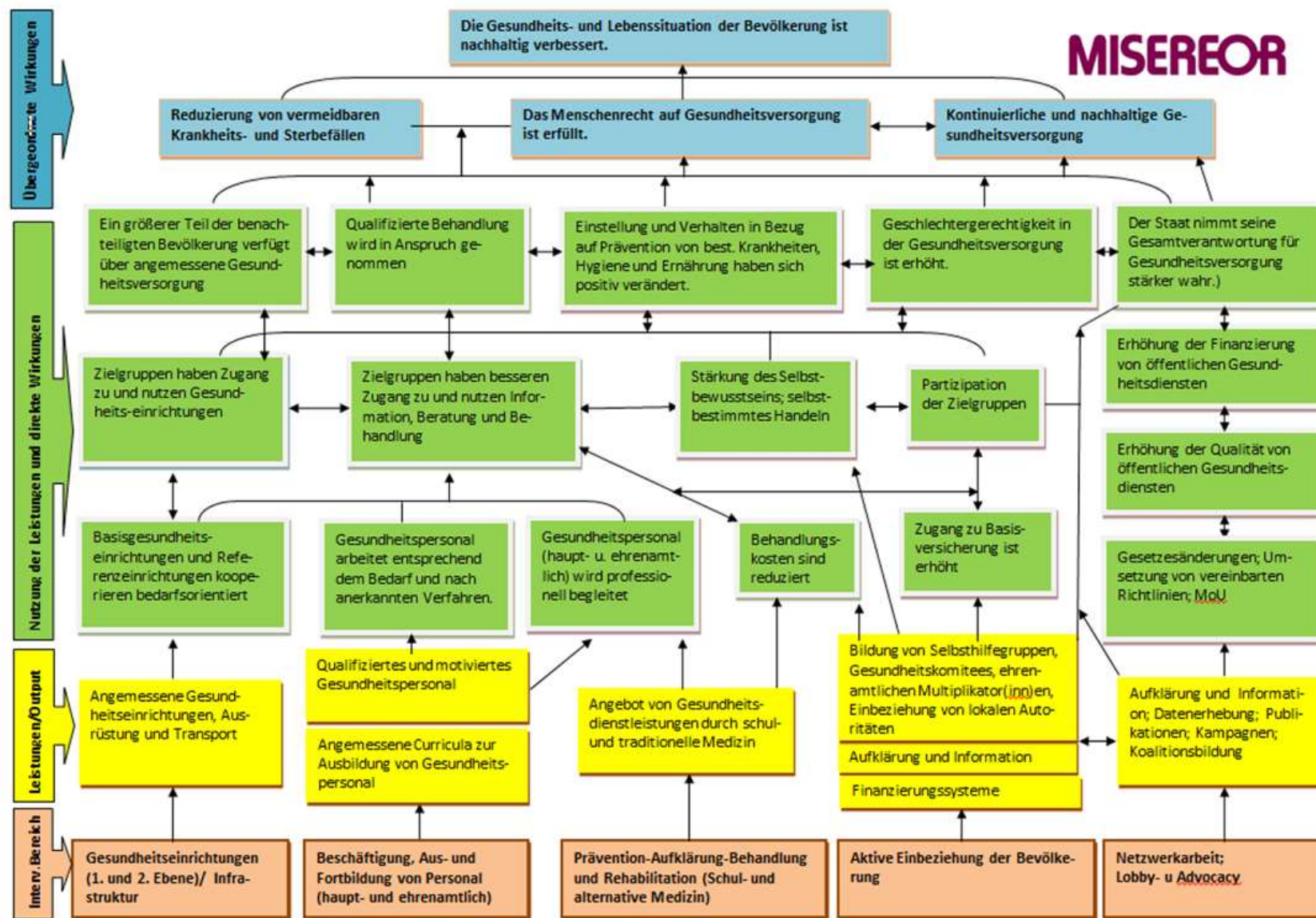
### **WHO (2013): World Health Statistics 2012**

[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/en/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/en/)

## ANHANG 2:

## Wirkungsgefüge Gesundheit mit Schwerpunkt Basisgesundheits

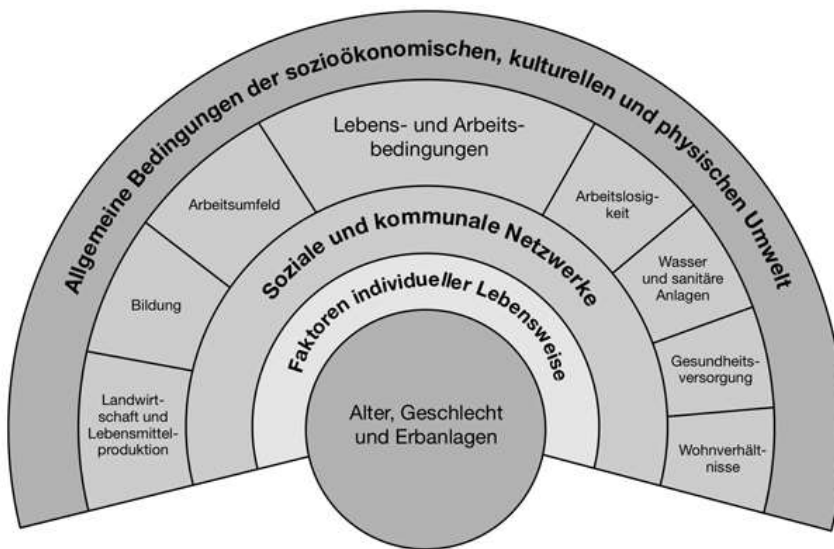
**MISEREOR**



### **Determinanten der Gesundheit**

Ein Grundgedanke in der Gesundheitsförderung ist die Einflussnahme auf die veränderbaren Determinanten der Gesundheit. Unveränderbar sind Faktoren wie Alter, Geschlecht und Erbanlagen.

Ein Gewinn von Gesundheitspotenzialen kann einmal durch ein Zurückdrängen von Krankheitsrisiken über die Strategie der „Krankheitsprävention“ erfolgen, zum anderen durch die Ausweitung der Grenzen des Möglichkeitsraums von Gesundheit. Hierbei werden vor allem die sozialen, wirtschaftlichen und organisatorischen Bedingungen für die Herstellung von Gesundheit verbessert. Dies ist der Kern der umfassenden Strategie der Gesundheitsförderung.



Die Determinanten der Gesundheit mitsamt ihrem positiven oder negativen Einfluss auf die Gesundheit können in fünf Ebenen systematisiert werden (siehe Abb.). Die einzelnen Ebenen von Determinanten stehen in einer wechselseitigen Beziehung.

*Abb.: Dahlgren, G./Whitehead, M./Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, Konzept und Strategien zur Förderung der Chancengleichheit im Gesundheitsbereich, Kopenhagen 1993*

### **Essentielle Medikamente**

Die Weltgesundheitsorganisation erstellt seit 1977 in zweijährigem Abstand eine Liste der essentiellen Medikamente, die für die Befriedigung medizinischer Bedürfnisse einer Bevölkerung notwendig sind. Derzeit befinden sich 350 Medikamente auf der Liste.

### **Länder mit niedrigem und mittlerem Einkommen (low- and middle-income countries)**

Die Weltbank misst die Förderungswürdigkeit eines Landes ausschließlich mit dem Pro-Kopf-Einkommen bzw. nach dem Bruttonationaleinkommen-pro-Kopf. Sie unterscheidet dabei zwischen „Ländern mit niedrigem Einkommen“ (engl.: Low Income Countries, LIC) und „Ländern mit mittlerem Einkommen“ (MIC).

### **Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs)**

Im September 2000 wurde die sogenannte Millenniums-Erklärung auf dem Gipfeltreffen der Vereinten Nationen in New York verabschiedet. In der Erklärung legte die Staatengemeinschaft dar, wie den zentralen Herausforderungen zu Beginn des neuen Jahrtausends zu begegnen ist. Die Erklärung leitete eine neue globale Partnerschaft für Entwicklung ein.

Aus der Erklärung wurden acht internationale Entwicklungsziele abgeleitet, die Millenniums-Entwicklungsziele:

MDG 1: den Anteil der Weltbevölkerung, der unter extremer Armut und Hunger leidet, halbieren

MDG 2: allen Kindern eine Grundschulausbildung ermöglichen

MDG 3: die Gleichstellung der Geschlechter fördern und die Rechte von Frauen stärken

MDG 4: die Kindersterblichkeit verringern

MDG 5: die Gesundheit der Mütter verbessern

MDG 6: HIV/Aids, Malaria und andere übertragbare Krankheiten bekämpfen

MDG 7: den Schutz der Umwelt verbessern

MDG 8: eine weltweite Entwicklungspartnerschaft aufbauen

### **Nicht übertragbare Krankheiten (Non-Communicable Diseases - NCDs)**

Zu den nicht übertragbaren Krankheiten zählen Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebs, chronische Atemwegserkrankungen und psychische Störungen.

### **Primäre Gesundheitsversorgung (Primary Health Care – PHC)**

Die Handlungsfelder und -strategien des PHC-Konzepts lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Orientierung an den Lebensgewohnheiten, 2. Gemeindebeteiligung, 3. Nutzung lokaler Ressourcen, 4. Integration in das nationale Gesundheitssystem, 5. Integration in die ländliche Entwicklung, 6. Lokales Personal, 7. Integration gesundheitsfördernder, präventiver und kurativer Dienste.

### **Sanitation and Water for All (SWA) Partnership**

Die Sanitation and Water for All Partnership ist ein in 2010 ins Leben gerufenes Netzwerk aus Regierungen, Geberorganisationen, Zivilgesellschaft und multilateralen Organisationen für eine bessere Basis-sanitär- und Trinkwasserversorgung.

### **Soziale Determinanten von Gesundheit**

Mit der Gründung der WHO-Kommission der sozialen Determinanten von Gesundheit im Jahr 2005 hat sich die internationale Gemeinschaft diesem Thema angenommen. Die WHO-Ministerkonferenz in Rio führte zu einer Minister-Deklaration (2011), in der sich die Mitgliedsstaaten politisch verpflichteten, den Ansatz der sozialen Determinanten zur Reduzierung sozialer Ungleichheiten politisch umzusetzen (siehe auch *Determinanten der Gesundheit*).

### **Surveillance und Response**

Krankheitsüberwachung und Eingreifen sind in diesem Zusammenhang von den Internationalen Gesundheitsvorschriften vorgesehene Maßnahmen der Krankheitsvorsorge und -bekämpfung.

### **Universal Health Coverage (UHC)**

Im November 2010 stellte die WHO den Weltgesundheitsbericht über die Finanzierung von Gesundheitssystemen und den Weg zur flächendeckenden Gesundheitsversorgung vor. Der Begriff UHC umfasst sowohl die finanzielle Absicherung im Krankheitsfall, d. h. den Schutz vor katastrophalen Gesundheitsausgaben, die zu Armut führen, als auch die Erreichbarkeit qualitativer Gesundheitsdienstleistungen für die gesamte Bevölkerung. Die WHO definiert UHC folgendermaßen: „*Universal health coverage is defined as ensuring that all people can use the promotive, preventive, curative, rehabilitative and palliative health services they need, of sufficient quality to be effective, while also ensuring that the use of these services does not expose the user to financial hardship*“ [WHO. Universal Health Coverage. 2014: [http://www.who.int/health\\_financing/en/](http://www.who.int/health_financing/en/)].

### **Vernachlässigte und armutsassoziierte Tropische Krankheiten (NTDs)**

Als vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten werden verschiedene Gruppen von Infektionskrankheiten bezeichnet, die in den sogenannten Entwicklungsländern eine sehr große Krankheitslast verursachen, der volkswirtschaftlichen Entwicklung schaden – und meist die Ärmsten betreffen. Forschungs- und Entwicklungskosten für benötigte Medikamente werden hierfür kaum investiert. Mehr als eine Milliarde Menschen sind an NTDs erkrankt, viele erleiden durch sie Behinderungen, und viele Millionen Menschen sterben jährlich an ihren Folgen ([www.who.int/neglected\\_diseases/diseases.en](http://www.who.int/neglected_diseases/diseases.en)).