

 **medico international**

Global – Gerecht – Gesund?



**Fakten, Hintergründe und Strategien
zur Weltgesundheit**

medico international
Global – Gerecht – Gesund?

Die Autorinnen und Autoren dieses AttacBasisTextes sind *Thomas Gebauer, Katja Maurer, Charlotte Schmitz, Thomas Seibert* und *Andreas Wulf*. Charlotte Schmitz ist freie Autorin, die anderen sind Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von medico international.

AttacBasisTexte 30

medico international
Global – Gerecht – Gesund?
Fakten, Hintergründe
und Strategien zur Weltgesundheit

VSA: Verlag Hamburg

www.medico.de

www.attac.de

www.vsa-verlag.de

© VSA-Verlag 2008, St. Georgs Kirchhof 6, 20099 Hamburg

Titelfoto: medico international

Alle Rechte vorbehalten

Druck- und Buchbindearbeiten: Fuldaer Verlagsanstalt

ISBN: 978-3-89965-293-2

Inhalt

Vorwort	7
1. Haben oder Nicht-Haben	9
Ausschluss global	10
Optimismus zur Jahrtausendwende.....	11
Euphorie der Globalisierung	11
Gesundheitsbericht von unten.....	13
Gewinner der Globalisierung: Das Beispiel Indien	15
Nordwärts: das Beispiel Deutschland	18
Zum Beispiel Hunger	23
2. Gesundheit in Zeiten der Globalisierung	27
Entwicklung und Unterentwicklung	27
Auf Leben und Tod	28
Ein Virus kennt keine Moral, aber den Wirtschaftsteil der Zeitung	28
Tuberkulose und Malaria	32
Globalisierung, Ökologie und Gesundheit.....	33
Globalisierung, Gewalt und Gesundheit.....	35
Globalisierung, Migration und Gesundheit.....	37
3. Gesundheit und Neoliberalismus	39
Modell Chile	39
In Gesundheit »investieren« – eine marktkonforme Lösung der Krise?	40
Genauer besehen: Klinikprivatisierungen	43
Angebot und Nachfrage: Meine Niere, deine Niere	46
Braindrain	47
Der Pharmakomplex.....	49

4. Zwischenfazit zu Globalisierung, Neoliberalismus und Gesundheit	54
Ein vager Glaube im Dienst harter Interessen.....	54
Gesundheit in Eigenverantwortung.....	55
Auf dem Weg in die Gesundheitsdiktatur?.....	57
Die Verteidigung der Autonomie.....	61
5. Gesundheit als Menschenrecht und öffentliches Gut	63
Die Geburt der »sozialen Frage«	63
Exkurs in eigener Sache:	
Macht und Ohnmacht der Hilfe.....	66
Primary Health Care – Basisgesundheitspflege.....	69
Selektive Basisgesundheitspflege	72
Die Probe aufs Exempel – Nicaragua 1979–89	75
Urban Health – neue Herausforderungen	
an Primary Health Care	77
Gesundheit braucht Bewegung!	81
Eine andere Globalisierung	86
Ausgewählte Literatur	91
Weitere Websites	93

Vorwort

Die Welt ist im Zuge der Globalisierung fraglos näher zusammengerückt, doch zu einem »globalen Dorf« wurde sie nicht. Im Gegenteil: Mit der weltweiten Entfesselung des Kapitalismus sind tiefe soziale Spaltungen entstanden, die sich auch im Zustand der Weltgesundheit zeigen.

Trotz des beispiellosen medizinischen Fortschritts der letzten Jahrzehnte sterben alljährlich noch immer Millionen von Menschen an Krankheiten, die gut behandelbar wären. Vor allem im globalen Süden ist das Recht auf Gesundheit meist nur bloßer Schein. Zwei Milliarden Menschen haben keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, 800 Millionen leiden an extremer Unterernährung und ein Drittel der Weltbevölkerung hat keinen sicheren Zugang zu den unentbehrlichen Arzneimitteln. Dabei profitieren die Bewohner des globalen Nordens von der Möglichkeit, sich Gesundheitsressourcen aus allen Teilen der Welt nutzbar machen zu können: Sie beschäftigen Krankenschwestern aus den Philippinen, importieren Zahnersatz aus China, reisen zu Ayurveda-Kuren nach Indien und verlangen vermehrt nach so genannten Lifestyle-Medikamenten, darunter Präparate gegen Fettleibigkeit und Haarausfall.

Die Ausgrenzung großer Teile der Weltbevölkerung vom Zugang zu Gesundheit ist weit vorangeschritten. Längst macht das Wort von der globalen Apartheid die Runde. Das von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1978 proklamierte Ziel, bis zum Jahr 2000 »Gesundheit für Alle« zu schaffen, ist deutlich verfehlt worden. Gesundheit für alle sei vielleicht erst in 2.000 Jahren möglich, meinen Zyniker heute. Und sie scheinen recht zu haben. Der Blick auf die weltweit geleistete medizinische Entwicklungshilfe gibt wenig Grund zur Hoffnung. Deren Summe ist in etwa so groß wie das, was Europa für Speiseeis ausgibt.

Parallel zur sozialen Exklusion wächst die Sorge vor der globalen Ausbreitung neuer Plagen. SARS und Vogelgrippe machen von sich reden – doch sind es auch die altbekannten »Killerkrankheiten«, die heute wieder auf den Vormarsch sind, allen voran

die längst überwunden geglaubte Tuberkulose. Das hat auch die Politik auf den Plan gerufen. Drei der acht »Millennium Development Goals« (MDGs), die die Regierungschefs zum Jahrtausendwechsel vereinbart haben, beschäftigen sich mit Fragen globaler Gesundheit. Seitdem steht die Zurückdrängung von Malaria, Tuberkulose und HIV/AIDS ganz oben auf der entwicklungspolitischen Agenda. Viel erreicht wurde bislang aber nicht. Die gesundheitsbezogenen MDGs drohen zu scheitern, weil sie sich auf punktuelle, technische Eingriffe beschränken, statt Gesundheitsfürsorge als Teil eines umfassenden Kampfes um soziale Gerechtigkeit und demokratische Partizipation zu verstehen.

Gesundheit aber ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit, befand die WHO schon in ihrem Gründungsdokument von 1948 und dann wieder 1978, als sie – zum Leidwesen der Pharmaindustrie – die Strategie der »Basisgesundheitspflege« verabschiedete. Es sind vor allem außermedizinische Faktoren, von denen Gesundheit abhängt: der Zugang zu Einkommen und Land, eine ausreichende Ernährung, menschenwürdige Wohnverhältnisse, Bildung, die Teilhabe an vitaler Kultur.

An solche Einsichten gilt es bei der Bekämpfung der akuten Gesundheitskatastrophe anzuknüpfen. Gesundheitspolitik, ob im nationalen oder im internationalen Kontext, erfordert mehr als das bloße Verwalten von Krankheit. Die Vorstellung, allein der Markt könne die Missstände ändern und es reiche, die Verantwortung für Gesundheit auf die Einzelnen abzuschieben, mag gut für das Geschäft sein, gesundheitspolitisch aber führt sie in die Irre.

Es ist Zeit, Gesundheitsfürsorge als Teil einer »sozialen Infrastruktur« zu konstituieren, die Gesundheit als ein öffentliches Gut begreift, das allen verfügbar sein muss. Dafür streiten Gesundheitsinitiativen in aller Welt, und dafür streiten auch die Partner von medico international. Ihnen und ihren Kämpfen ist dieses Buch gewidmet.

Frankfurt, August 2008
medico international

Gesundheit braucht Bewegung!

Wurde das PHC-Konzept häufig als eine Strategie für »Entwicklungsländer« und speziell zur Versorgung der armen Bevölkerung verstanden, so stellt der Anspruch der WHO, Gesundheit im weiten Verständnis als soziales, psychisches und körperliches Wohlbefinden zu begreifen und den gleichen Zugang aller dazu menschenrechtlich zu garantieren, Herausforderungen auch an die »entwickelten Länder«. Eine Ausrichtung des PHC-Konzepts auch in Hinblick auf diese Länder wurde mit der Ottawa-Charta 1986 vorgenommen, in der der Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten und die Schaffung gesundheitsfördernder Lebenswelten zur Hauptaufgabe der Gesundheitspolitik erhoben wird. Auch hier gilt die Stärkung und Befähigung der Menschen zur Nutzung ihrer eigenen Gesundheitsressourcen und zur aktiven Einbeziehung in die Bearbeitung von Gesundheitsproblemen als wesentlicher Bestandteil einer solchen Praxis.

Wie schwer es einem traditionellen Gesundheitssystem fällt, solche Forderungen in eine funktionierende Praxis umzusetzen, lässt sich vielleicht am deutlichsten an der immer noch nicht erfolgten Einführung eines »Präventionsgesetzes« in Deutschland sehen. Dessen Ziel wäre die langfristige Finanzierung solcher gesundheitsförderlichen Initiativen mit einem Bruchteil der für die kurative Medizin verfügbaren Mittel. Dabei wären solche Initiativen ohne Zweifel von großer Bedeutung und sollten über den Status von Pilotprojekten und Einzelinitiativen mit zeitlich begrenzter Förderung hinausgehen. Tatsächlich existieren weiterhin klassenspezifische Ungleichheiten in der Gesundheits- und Lebenserwartung in Deutschland, die sich zu einem doppelt so hohen Erkrankungs- und Sterberisiko in jedem Lebensalter zwischen den ärmsten und reichsten Gruppen summiert. Dazu kommt als vielleicht drastischste aktuelle Verletzung des Menschenrechts auf gleichen Zugang zu Gesundheit die faktische Einschränkung und Verweigerung medizinischer Versorgung für Asylbewerberinnen und -bewerber bzw. der illegalisierten Flüchtlinge. Eine Reihe von engagierten Projekten versucht hier punktuell Abhilfe zu schaffen und initiiert auch öffentlichen Protest. Am längsten dabei und sichtbarsten sind die Berliner und

Bochumer Initiativen für medizinische Flüchtlingshilfe (www.medibuero.de, www.mfh-bochum.de), während sich die katholische Malteser Migranten Medizin auf eine klassisch karitative Weise des Problems annimmt.

Gesundheitspolitik von unten: Gonoshasthaya Kendra

Die Formulierung des PHC-Konzepts und seine Durchsetzung in der internationalen Gesundheitsagenda wäre nicht möglich gewesen ohne den Druck »von unten« – ohne Gesundheitsaktivistinnen und -aktivisten und ohne Gesundheitsprojekte und -initiativen, die sich den Zielen einer an Gleichheit, Gerechtigkeit und Teilhabe orientierten Gesundheitspolitik verpflichtet fühlten und sie in die Praxis umsetzten. Dabei kommt der Schaffung exemplarischer Pilotprojekte besondere Bedeutung zu. Sie erbringen nicht nur den Nachweis, dass Gesundheitspolitik auch »von unten« realisiert werden kann. Vielmehr zeigen sie am eigenen Beispiel, dass die eigene Initiative auch die dazu notwendigen gesellschaftlichen Prozesse mitzugestalten vermag.

Ein solches Beispiel von noch heute und international großer Bedeutung entstand zu Beginn der 1970er Jahre in Bangladesh. Dort gründeten engagierte Ärzte während des Unabhängigkeitskampfes gegen Pakistan ein erstes »Volksgesundheitszentrum« – auf Bengali: Gonoshasthaya Kendra (GK). Diente es zunächst der medizinischen Nothilfe für Flüchtlinge in der Grenzregion zu Indien, so wurde daraus schließlich eine inzwischen 35 Jahre existierende Organisation, die sich nicht nur der medizinischen Hilfe, sondern der umfassenden Verbesserung der Gesundheit vor allem der ländlichen Bevölkerung Bangladeshs verpflichtet hat.

Women's Power

Von Anfang an gehörte dazu die Ausbildung von jungen Frauen zu Gemeindegesundheitsarbeiterinnen. Diese »Paramedics« stellten dann die direkte Verbindung zwischen den Dörfern und den Gesundheitszentren bzw. Krankenhäusern her und brachten mit ihrem Arbeitsschwerpunkt auf Schwangere, Mütter, Kinder und Alte Gesundheitsvorsorge und Behandlung zu den besonders bedrohten Gruppen. Die Mobilisierung von jungen

Frauen für Gesundheit war dabei in zweierlei Hinsicht revolutionär: einmal gegenüber dem medizinischen Establishment, das Gesundheitsversorgung fest in ärztlicher Hand verankert wissen wollte, zum anderen aber auch gegenüber einer traditionellen Gesellschaft, die schon das selbstständige Umherfahren von jungen Frauen mit Fahrrädern von einem Dorf zum nächsten als sittenwidrig ansah.

Gegenüber beiden Widerständen setzte sich GK in jahrelanger hartnäckiger Arbeit erfolgreich durch und etablierte so eine beeindruckende Struktur ländlicher Gesundheitsarbeit. Heute erreichen die Paramedics von GK eine Million Menschen in 600 Dörfern und sind zugleich ein Beispiel für die Möglichkeit, die traditionell hausgebundenen Rollen von Frauen durch geeignete Ausbildung und Arbeit emanzipatorisch verändern zu können. Dabei ist die feste Verankerung ihrer Arbeit in den lokalen Gemeinden ein wichtiger Teil ihres Konzepts. Erreicht wird dies auch dadurch, dass die Gesundheitsarbeiterinnen den lokalen Gemeindegesundheitskomitees ebenso verantwortlich sind wie ihren fachlichen Leiterinnen und Leitern innerhalb GKs. Besonders anschaulich wird diese gemeinsame Verantwortung von Gemeinde und Paramedics für die Gesundheit des Dorfes gerade bei den Treffen zu mütterlichen Todesfällen. Solche Treffen werden zu jedem einzelnen Fall einberufen, stets wird dabei analysiert, ob und wie sich dieses tragische Ereignis hätte verhindern lassen können. Eine solche enge und verlässliche Gesundheitsarbeit kann dann auch zu Verbesserungen führen, die mit harten Fakten belegbar sind: in den Regionen, in denen GK arbeitet, liegt die Müttersterblichkeit, ein wichtiger Indikator für die »Performance« eines Gesundheitssystems, mit 186 pro 100.000 Geburten um 42% niedriger als im Landesdurchschnitt, in dem pro 100.000 Geburten 320 Mütter sterben.

»Paras« und »Profis«

Auch im Konflikt mit den medizinischen Professionen erwies sich GK als erfolgreiches Pilotprojekt. So hatte die Organisation von Anfang an immer wieder mit dem Mangel an kostengünstigen Medikamenten zu kämpfen. Eine Tagesbehandlung

gegen Tuberkulose – bis heute eine Massenkrankheit in Bangladesh – kostete damals die Einkünfte von zwei ganzen Tagen, sinnvolle Medikamente gegen Durchfallerkrankungen waren erst gar nicht zu bekommen. Auf diesen Notstand antwortete GK mit dem Aufbau einer eigenen Medikamentenproduktion. Dem waghalsigen Entschluss folgte ein langer, zäher Kampf gegen die von diesem Vorhaben gar nicht erfreute Pharmaindustrie, dessen Erfolg GK heute stolz auf der eigenen Homepage dokumentiert (<http://www.gkbd.org/link/pharma/pharma.htm>). Mittlerweile produzieren »Gonoshasthaya Pharmaceuticals Limited« (GPL) and »Gonoshasthaya Antibiotics Limited« (GAL) 120 verschiedene lebenswichtige Medikamente sowie die wichtigsten Wirksubstanzen für Antibiotika. In der Folge dieses erfolgreichen Wagnisses ist Bangladesh heute übrigens das einzige »Least Developed Country« mit einer etablierten nationalen Pharmaindustrie.

Zu Beginn der 1990er Jahre startete GK mit anderen sozialen Initiativen dann eine Kampagne für die systematische Stärkung der öffentlichen Gesundheitsdienste, die diesen auch das Recht zur Kontrolle der Tätigkeit privater Ärztinnen und Ärzte einräumen sollte. Der Zorn der organisierten Ärzteschaft war so groß, dass sie das Krankenhaus von GK in der Hauptstadt Dhaka mit angeheuertem Schlägertrupp angriffen: Nur knapp konnte eine vollständige Brandschatzung verhindert werden.

Markierten diese Angriffe auch eine extreme Zuspitzung, so finden sich leider zahlreiche andere Beispiele für die systematische Behinderung von Programmen, die die Vorherrschaft der traditionellen Fachberufe über die Gesundheitsversorgung aufbrechen wollen. Dabei richtet sich der »professionelle« Widerstand ebenso gegen die Respektierung und Integration traditioneller Heilkunst und Geburtshilfe in die modernen Gesundheitssysteme wie gegen den Einsatz von paramedizinischen Gemeindegesundheitsarbeiterinnen. Zugleich mischen sich die unmittelbar materiellen Egoisten der »Profis« häufig mit der »Befürchtung«, dass sich ihre Konkurrentinnen aufgrund ihres umfassenden Gesundheitsbegriffs nicht einfach mit Hygieneaufklärung, Vorsorgeuntersuchungen und der Behandlung alltäg-

licher Beschwerden zufriedengeben, sondern die strukturellen Ursachen für Armut, Mangelernährung und Krankheit in den Blick nehmen würden: also Landverteilung, soziale und patriarchale Machtverhältnisse und schließlich auch die Effekte der globalen Handelsbeziehungen und der Macht transnationaler Konzerne. Zum Glück für alle Betroffenen hat die professionelle Ärzteschaft mit dieser »Befürchtung« durchaus recht.

People's Health Movement

Eine derart umfassende gesundheitsfördernde Analyse und Praxis war dann auch die Grundlage der »Gesundheitsversammlung der Menschen«, zu der Gonoshasthaya Kendra im Jahr 2000 Gesundheitsaktivistinnen und -aktivisten von überall her nach Bangladesh lud. Der Einladung folgten 1.500 Menschen aus 75 Ländern, die meisten von ihnen Mitglieder des »People's Health Movements« (PHM), eines weltweiten Netzwerks an Primary Health Care orientierter Gesundheitsinitiativen, dem auch medico angehört. Ziel der Versammlung war es, die WHO und ihre Mitgliedsstaaten an ihre in Alma Ata eingegangene Selbstverpflichtung zu erinnern, bis zum Jahr 2000 weltweit allen Menschen den bestmöglichen Zugang zu Gesundheit zu garantieren und das PHC-Konzept endlich ernst zu nehmen.

Versuchte die WHO das Treffen von Savar noch zu ignorieren, so fand das PHM in den folgenden Jahren zunehmend Gehör in der internationalen Arena. Sichtbar wird dies nicht zuletzt im 2008 veröffentlichten Bericht der WHO-Kommission für die sozialen Determinanten der Gesundheit, in den viele kritische Anmerkungen und Analysen des PHM eingeflossen sind – darunter auch und ausdrücklich der für eine solch offizielle Kommission bemerkenswerte Satz: »Soziale Ungerechtigkeit tötet Menschen im großen Maßstab«. Erreicht hat das PHM dies durch seine systematische Teilnahme an den zahlreichen Versammlungen des von der Kommission auf allen Kontinenten veranstalteten »Civil Society Dialog«.

Doch gerade für solche Versuche einer Einflussnahme auf internationale Institutionen bleibt die lokale Verankerung einer »Gesundheitsbewegung der Menschen« zwingend und dring-

lich. Denn nur wenn die Betroffenen ihre Gesundheitsrechte auch selbst einfordern und sich dazu in den Prozess der Selbstgestaltung ihrer Gesundheitsdienste mit einbringen, besteht überhaupt die Möglichkeit, dass sie ihre Interessen auch durchsetzen. In vielen Bundesstaaten Indiens hat das nationale PHM dazu schon 2004 eine »Right to Health Care«-Kampagne initiiert. In deren Rahmen haben Aktive und Betroffene mit lokalen »Gesundheitstribunalen« Fälle von Missachtung des Rechts auf Gesundheitsversorgung von Armen, Ausgegrenzten und Minderheiten öffentlich gemacht und zugleich die strukturellen Ursachen für diese Vorfälle offengelegt. Der durch diese Kampagne bewirkte nationale Druck wurde zuletzt so groß, dass ein umfangreiches Programm zur Verbesserung der ländlichen Gesundheit aufgelegt wurde. Mit diesem Programm werden heute 600.000 neue Gesundheitsaktivistinnen und -aktivisten zu »Accredited Social Health Activists« ausgebildet und zugleich auf der Ebene der lokalen Gemeinden Gesundheitspläne und Komitees zur Überwachung der Umsetzung dieser Pläne eingeführt.

Solche erfolgreichen Erfahrungen inspirieren jetzt Gesundheitsbewegungen auch in anderen Ländern: »Right to Health«-Kampagnen gibt es mittlerweile auch in Ecuador, Guatemala und Uruguay. In Ägypten konnte das PHM im Sommer 2008 schließlich einen Erfolg gegen eine geplante Privatisierung der Gesundheitseinrichtungen der öffentlichen Sozialversicherung verbuchen. Stets bringen die Aktiven dabei die drei Credos des PHM auf die politische Agenda zurück:

- die Gemeinden zurück in die Basisgesundheitspflege;
- demokratische Kontrolle zurück in die öffentliche Gesundheit;
- die Menschen zurück in die gesundheitspolitischen Debatten.

Eine andere Globalisierung

Ende 1999, gewissermaßen als Auftakt zum neuen Jahrtausend, machte erstmals jene »Bewegung der Bewegungen« von sich reden, die man heute als »globalisierungskritische« oder besser »altermondialistische« Bewegung kennt. Es waren die Tage von Seattle, als nach öffentlichen Protesten die Millennium-Runde

der WTO platzte. Seitdem ist die Bewegung der Globalisierungskritiker, deren historische Stärke in einer weltweiten Vernetzung und einem ausgeprägten Pluralismus liegt, rapide gewachsen. Heute gehören ihr Initiativen gegen die aktuellen Kriege ebenso an wie solche gegen die neoliberale Entsicherung der sozialen Verhältnisse, traditionelle Gewerkschaftsstrukturen des Nordens und die neuen Bewegungen des Südens wie die der Landlosen, internationale NGOs, kirchliche und politische Verbände sowie lokale Basisgruppen verschiedenster Art.

Von Anfang an spielten Gesundheitsinitiativen und -bewegungen eine wichtige Rolle. Seit Alma Ata steht für sie fest, dass der Zugang zu Gesundheit ein globales soziales Recht meint, dem nur global entsprochen werden kann. Das Ziel ist eine an den Bedürfnissen der Menschen ausgerichtete Gesundheitsversorgung, verstanden als ein öffentliches Gut, das jeder und jedem zusteht und allen überall auf der Welt in gleicher Weise zugänglich sein soll. Damit trifft die kritische Gesundheitsbewegung den Nerv der Globalisierungskritikerinnen und -kritiker. Auch diesen geht es – in den Begriffen der Primary Health Care – um Gerechtigkeit und Partizipation. Das gilt für das Recht auf ein garantiertes Einkommen, für den Zugang zu Land, Nahrung und Wasser, den Zugang zu Bildung und Wissen, das Recht auf eine vor der Zerstörung bewahrte Umwelt, das Recht auf Freizügigkeit sowie das Recht auf freie Öffentlichkeit.

Globale Soziale Rechte

Globalisierungskritik meint nicht Ablehnung von Globalisierung, wohl aber die Forderung nach einer anderen, einer menschengerechten Globalisierung. Deutlich wird das im Begriff der globalen sozialen Rechte, mit dem die Entfaltung globaler Verhältnisse nicht nur anerkannt, sondern ausdrücklich begrüßt wird. Selbstverständlich korrespondieren die globalen sozialen Rechte mit der Idee universeller Menschenrechte, mit der die Grenzen des Nationalstaats ja längst überschritten wurden. Der Unterschied beider mag vielleicht nur eine Sache der Betonung sein. Ausgangspunkt für den Begriff der globalen sozialen Rechte ist die leidvolle Gewissheit, dass die Menschenrechte – obwohl als

Idee längst anerkannt und völkerrechtlich definiert – nur dort gelten, wo sie auch gesellschaftlich angeeignet und gesichert werden. Mit dem Begriff der globalen sozialen Rechte geht es also weniger um die Vorstellung eines neuen politischen Ziels als um strategische Überlegungen, nämlich wie die Menschenrechte vom Kopf auf die Füße gestellt werden können. Die Forderung globaler sozialer Rechte verweist auf die noch ausstehende Durchsetzung, Verwirklichung und stete Erweiterung der Menschenrechte.

Globale Öffentliche Güter

Rechte, allzumal die sozialen Rechte, sind nicht ohne materielle Unterfütterung realisierbar. Weil, wie wir gesehen haben, Gesundheit nicht gelingt, wenn sie von der Kaufkraft einzelner abhängt, bedarf es der öffentlichen Bereitstellung von Versorgungsangeboten. Nur als öffentliches Gut ist das Recht auf Zugang zu Gesundheit denkbar, und erst wenn Gesundheit wirklich allen zugänglich ist, kann von der Durchsetzung des Rechts auf Gesundheit gesprochen werden. Bleibt der Zugang zu Gesundheit dagegen an die Kräfte des Marktes gekoppelt, entpuppen sich Rechte als das, was sie heute leider in zunehmendem Maße sind: Rechte, die zwar für alle gelten sollen, die sich aber nur die Betuchten und Privilegierten leisten können. Die Sicherstellung des Zugangs zu Gesundheit ist eine öffentliche Aufgabe, Gesundheit ein öffentliches Gut – und mit Blick auf den vorangeschrittenen Globalisierungsprozess längst ein globales öffentliches Gut.

Von Anfang an haben sich das People's Health Movement und mit ihm medico international als Teil der globalisierungskritischen Bewegungen verstanden. Ohne eine schlagkräftige internationale Öffentlichkeit, ohne Vernetzung von kritischen Gesundheitsaktivistinnen und -aktivisten mit denen anderer sozialer Bewegungen, ist auch das Recht auf Zugang zu Gesundheit nicht durchzusetzen. Weil Gesundheit in hohem Maße Ausdruck von konkreten sozialen Bedingungen ist, hängt der Grad der erkämpften Gesundheit immer auch vom Erfolg aller emanzipatorischen Bewegungen und sozialen Initiativen ab.

Die Notwendigkeit des gemeinsamen Eintretens für eine andere Welt darf aber nicht zu einem beliebigen Durcheinander von partikularen Ansätzen und kleinteiliger Anliegen führen. So produktiv der Wettbewerb der Kampagnen, Aktionen und Initiativen sein kann, so sehr kann er auch zur gegenseitigen Blockade führen. Das betrifft bereits die Aktiven, die in der unumgänglichen Konzentration auf die eigene Sache immer wieder in Gefahr geraten, das Gemeinsame aus dem Blick zu verlieren. Das Verständnis des eigenen wie des Anliegens der anderen als eines jeweils besonderen Anspruchs auf ein globales und in diesem Sinn gemeinsames Recht hilft da in mehrfacher Hinsicht weiter.

Das Gemeinsame der Vielen

Von Rechten und Gütern zu reden, heißt der Sache nach immer, von etwas zu sprechen, das jede und jeden einzelnen und zugleich alle meint. Darin liegt ein Kriterium der Entscheidung über die untereinander zunächst stets gleichberechtigten Anliegen: Sie müssen der globalen Verrechtlichung, also zumindest der prinzipiellen Zustimmung aller fähig sein. Wer sich darauf einlassen und einigen kann, hat dann schon ein Gemeinsames gewonnen: die Sache der globalen sozialen Rechte und der globalen öffentlichen Güter selbst. Wie diese Rechte und Güter untereinander zusammenhängen und aufeinander verweisen, ist in der Praxis des Eintretens für einen gleichen Zugang zu Gesundheit bereits exemplarisch deutlich geworden.

Gerechtigkeit, Gleichheit, Partizipation

Unbedingt ist zu beachten, wie das gemeinsame Anliegen aller mit dem Recht auf das je eigene Leben der Einzelnen verbunden wird. Gerade am Beispiel der Gesundheit wird deutlich, dass der Zugang zu Gesundheit zwar allen gewährt werden muss, damit aber kein Zwang und keine Verpflichtung zu Gesundheit einhergehen kann und darf. Eine »Gesundheit«, auf die man verpflichtet oder zu der man gezwungen würde, wäre in Wahrheit gerade keine Gesundheit im von allen teilbaren Sinn. Sie wäre vielmehr eine immer willkürliche biopolitische Norm, der man unterworfen, nach der man modelliert wird.

Ist die Scheidung von »lebenswertem« und »lebensunwertem« Leben die brutalste Form, in der eine solche »Gesundheits«-Norm aufgerichtet werden kann, so gibt es von ihr viele andere, oft ganz unscheinbare, kaum ins Bewusstsein tretende Formen. Deshalb haben wir hier stets vom Recht auf Zugang zu Gesundheit und nie unmittelbar von einem Recht auf Gesundheit gesprochen. Für den Zugang zu Gesundheit aber, dass ist hoffentlich deutlich geworden, lohnt sich der immer wieder neu auszufechtende Streit.

Anspruch und Wirklichkeit

Die dritte Hilfestellung, die der Bezug auf die Menschenrechte bzw. die globalen sozialen Rechte gewährt, entspringt dem Doppelcharakter des Rechts selbst. Bekanntlich reicht es ja nicht, einfach nur Recht zu haben, sondern es kommt darauf an, sein Recht auch zu bekommen. Soll dies nicht nur eine Frage von Macht und Privilegien sein, muss das eingeforderte Recht in selbst rechtmäßiger Weise anerkannt und schließlich auch garantiert werden.

Die Geschichte zeigt, dass solcher Anerkennung oft die autonome, d.h. im eigenen Namen und auf eigenes Risiko versuchte Aneignung von Rechten vorausgegangen ist. Nicht zuletzt in der Arbeit des People's Health Movements wird deutlich, wie sich der politische Kampf für das Recht auf Zugang zu Gesundheit mit Projekten verbindet, in denen schon hier und jetzt für konkrete Zugänge zu Gesundheit gesorgt wird. So begrenzt solche Projekte sein mögen, sind sie in ihrer tagtäglichen Praxis doch stets auch eine politische Demonstration, in denen die Möglichkeit der anderen Welt bereits aufscheint. Das von Ghonoshastaya Kendra in Bangladesh in Eigeninitiative organisierte Krankenversicherungssystem für 8.000 Familien, so rudimentär es auch ist, steht beispielhaft für neue Formen solidarischer Ökonomie und bedeutet nichts weniger als einen Vorgriff auf die globale Anerkennung des Rechts auf gleichen Zugang zu Gesundheit.