

Neue Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit

Positionspapier der Wissenschaft

Koordiniert von der
Deutschen Gesellschaft für Public Health (DGPH)

30. August 2018

Zusammenfassung

Die Regierung der Bundesrepublik Deutschland bereitet eine **Strategie zu Globaler Gesundheit** vor. Die Zivilgesellschaft wurde eingeladen, sich an diesem Prozess zu beteiligen. Als ein wichtiger Akteur der Zivilgesellschaft wurde die Wissenschaft gebeten, ein **Positionspapier zu verfassen**. Die **Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH)** wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) beauftragt, diesen Prozess zu koordinieren.

Im Anschluss an die Auftaktveranstaltung des BMG und der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) am 6. Juni 2018 verschickte die DGPH vier vom BMG vorgeschlagene Leitfragen an Fachgesellschaften, Institutionen und Einzelpersonen mit der Bitte um Stellungnahmen. Insgesamt gingen **35 Stellungnahmen** ein, die [hier](#) eingesehen werden können. Darauf aufbauend erstellte eine Redaktionsgruppe das vorliegende Positionspapier.

Zu den **Stärken von Deutschland** im Bereich Globaler Gesundheit zählt das soziale Sicherungs- und Gesundheitsversorgungssystem, die Rolle als starker, zuverlässiger und multilateral orientierter Partner sowie das System zur Aus-, Fort- und Weiterbildung in den Gesundheitsberufen.

Zu den drei wichtigsten **Prinzipien**, die Deutschlands Engagement in der internationalen Zusammenarbeit zu Globaler Gesundheit leiten sollten, zählen (1) Menschenrechte, insbesondere das Recht auf Gesundheit und darauf aufbauend die Verringerung und Überwindung der Ungleichheit innerhalb von und zwischen Staaten (SDG 10), sowie (2) Multilateralismus und Partnerschaftlichkeit, und (3) die Wissenschaftsbasierung gesundheitsbezogener Entscheidungen.

Zukünftige **strategische Prioritäten** für Deutschlands Engagement in Globaler Gesundheit sollten die Berücksichtigung der vielfältigen Determinanten und Dimensionen von Gesundheit und Krankheit (*Health in all policies*), die Stärkung von Gesundheitssystemen, der umfangreiche Zugang zu qualitativ guter Gesundheitsversorgung für alle Menschen und die Ausrichtung an Evidenz bei der Auswahl, Planung und Umsetzung von globalen Gesundheitsmaßnahmen sein.

Zur Umsetzung einer Strategie zu Globaler Gesundheit in Deutschland sollten **Strukturen geschaffen** werden, die das Konzept *Health in all Policies* fördern, bestehenden Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung entgegenwirken und die Forschungskapazität zur Unterstützung der o.g. Ziele nachhaltig verbessern. Stärkere intersektorale und akteursübergreifende Kooperationen sollten im Rahmen der existierenden internationalen Strukturen und Prozesse und in partnerschaftlichen und interdisziplinären internationalen Forschungsk Kooperationen ausgebaut werden.

Der **Beitrag der Wissenschaft**, für den sie dringend weiter ausgebauten Förderung durch mehr Forschungs-, Lehr- und Beratungskapazitäten national und international benötigt, liegt insbesondere in:

- Stärkung der Evidenzbasierung, um ineffektiven Mitteleinsatz und schädliche Auswirkungen zu vermindern
- Forschung, Entwicklung und Evaluation zu gesundheitsbezogenen Maßnahmen, Zusammenhängen und Wirkstoffen
- Vermittlung aktuellen Wissens in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe hierzulande und –über Kooperationen– international
- Capacity-building durch international vernetzte Forschungsvorhaben insbesondere zu vernachlässigten, armutsassoziierten Tropenkrankheiten und zur Gesundheitssystemstärkung
- Beratende Mitwirkung in nationalen und internationalen Gremien zur gesundheitsbezogenen Harmonisierung von Politik und zur Entwicklung von Planungs-, Durchführungs- und Evaluierungsinstrumenten

Positionspapier der Wissenschaft zur Neuen Strategie der Bundesregierung zu Globaler Gesundheit
Redaktionsgruppe: Ansgar Gerhardus, Till Bärnighausen, Walter Bruchhausen, Albrecht Jahn, Stefan Kohler,
Oliver Razum, Eva Rehfuss
Deutsche Gesellschaft für Public Health (Koordination)
30.8.2018

Kontakt:

Prof. Dr. med. Ansgar Gerhardus, M.A., MPH
Abteilung 1: Versorgungsforschung
Institut für Public Health und Pflegeforschung
Universität Bremen
Grazer Str. 4, 28359 Bremen
<http://www.deutsche-gesellschaft-public-health.de/>

Einleitung

Das Konzept der Bundesregierung (2013) (Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen) war einerseits das Resultat eines stärkeren deutschen Engagements und damit der Notwendigkeit einer Standortbestimmung und hat andererseits die Dynamik dieses Engagements weiter gefördert. Seitdem ist viel passiert: Durch die SDGs und die von Deutschland wesentlich mitinitiierten G7- und G20-Aktivitäten zur globalen Gesundheit wurden neue positive Impulse gesetzt, während der Politikwechsel in den USA, der Brexit und weitere internationale Entwicklungen andererseits einen negativen Trend zu eng an nationalen Interessen orientierten Politikentwürfen dokumentieren. Deutschland, lange ein „Nachzügler“ in der globalen Gesundheitspolitik, ist damit schneller als erwartet zum Hoffnungsträger der Global Health Community aufgestiegen. Diese Situation erfordert in der Tat eine neue Strategie zur globalen Gesundheit, wobei Kernelemente des Konzepts von 2013, wie die Menschenrechtsorientierung und das Eintreten für Universal Health Coverage (UHC), weiterhin Gültigkeit haben.

Die Regierung der Bundesrepublik Deutschland bereitet aktuell eine neue Strategie zu Globaler Gesundheit vor. Die Zivilgesellschaft wurde eingeladen, sich an diesem Prozess zu beteiligen. Am 6. Juni 2018 fand die Auftaktveranstaltung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) und der Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) in Berlin statt. Als ein wichtiger Akteur der Zivilgesellschaft wurde die Wissenschaft gebeten, sich mit einem Positionspapier zu beteiligen. Die Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH) wurde vom BMG beauftragt, diesen Prozess zu koordinieren.

Zum Vorgehen

Das BMG hat den Akteuren der Zivilgesellschaft vier Leitfragen übermittelt und angeregt, die Positionspapiere daran zu orientieren. Die DGPH hat diese Leitfragen mit der Bitte um Stellungnahmen an ca. 60 Fachgesellschaften, Forschungsverbände und wissenschaftliche Institutionen, mehr als 300 Einzelpersonen sowie weitere Netzwerke, wie z.B. die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) geschickt. Insgesamt gingen 35 Stellungnahmen ein, davon 23 von Fachgesellschaften, Arbeitsgemeinschaften und Nichtregierungsorganisationen, neun von Forschungsinstituten bzw. Lehrstühlen und drei von Einzelpersonen. Die Stellungnahmen, bei denen die Verfasser einer Veröffentlichung zugestimmt haben, können [hier](#) eingesehen werden.

Die DGPH hat eine siebenköpfige Redaktionsgruppe zusammengestellt. Um zu einem gemeinsamen Positionspapier zu kommen, wurden die Punkte aus den Stellungnahmen aggregiert und auf die wichtigsten Schwerpunkte fokussiert. Naturgemäß kommt es dabei zu einem Verlust von vielen, oft sehr wertvollen, detaillierten Hinweisen. Daher empfiehlt die Redaktionsgruppe die Lektüre der einzelnen, sehr differenzierten und qualitativ hochwertigen Stellungnahmen.

Orientiert an den Fragen des BMG finden sich im Folgenden die aggregierten Rückmeldungen und Empfehlungen der Akteure aus der Wissenschaft.

1. Stärken Deutschlands in Globaler Gesundheit

Worin ist Deutschland besonders gut (komparativer Mehrwert)? In welchen Bereichen übernimmt Deutschland eine Vorreiterrolle?

(1) Gesundheitsversorgung

Zuhause hat Deutschland ein für einen Staat dieser Größe **weltweit einzigartiges soziales Sicherungs- und Gesundheitsversorgungssystem** aufgebaut, das an Werten orientiert, gesetzlich verankert und über politische Systemwechsel hinweg stabil ist und **verpflichtende Kranken-, Pflege-, Unfall- und Rentenversicherung** umfasst. Es gewährleistet umfassende Gesundheitsversorgung und hohen medizinischen Standard für alle dauerhaft hier Lebenden, mit **Primärprävention und Screening, ambulanter und stationärer Versorgung sowie Rehabilitation und Palliativversorgung**. Es bietet eine hohe Versorgungsqualität für „**Volkskrankheiten**“ und **seltene Erkrankungen** und stellt grundsätzlich psychische den körperlichen Erkrankungen im Sinne eines **biopsychosozialen Krankheitsmodells** gleich. Besondere Stärken liegen im Bereich der medizinischen Rehabilitation und bei der Wiedereingliederung in den Beruf als Mittel zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit sowie in den Bereichen **Schwangerenvorsorge, Mutterschutz und Vorsorgeuntersuchungen für Kinder**.

Mit diesen Beispielen für allgemein zugängliche, qualitativ hochwertige und nicht finanziell gefährdende Gesundheitsversorgung gehört Deutschland bisher in allen drei Dimensionen von **Universal Health Coverage (UHC)** international zu den führenden Nationen und engagiert sich international entsprechend im **Aufbau von sozialen Sicherungssystem** und in der **Gesundheitssystemstärkung**.

(2) Internationale Politik

Health Governance und Kooperation: Deutschland wirkt als **starker, zuverlässiger und multilateral orientierter Partner** in Europa und weltweit durch vorsichtiges, national (über Einzelbereiche bzw. Ministerien hinweg) und international abgestimmtes Agieren. Weltweit wahrgenommen werden insbesondere der große politische Einsatz für Global Health auf den G7- und G20-Gipfeln, die Stärkung von internationalen Organisationen durch hohes personelles und finanzielles Engagement im regulären Budget, die vielfältigen Partnerschaften und der Beitrag zu Finanzierungsinstrumenten wie die Globale Allianz für Impfstoffe (GAVI) oder der Globale Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria (GFATM). Deutschland nutzt Vertrauensvorschluss und Flexibilität durch geringere koloniale Bindung an einen bestimmten Sprach- oder Kulturraum, arbeitet partnerschaftlich und über gut etablierte Vertretungen in *Low Income Countries (LICs)* bzw. *Lower Middle Income Countries (LMICs)* und trägt dort zu politischer Bildung und Stärkung der Zivilgesellschaft bei.

Humanitäre Not- und Katastrophenhilfe: Durch ein hohes technisches Know-How, die Bereithaltung von Fachpersonal und Material für Katastrophenschutz und Nothilfe sowie gewachsene Strukturen auch der Zusammenarbeit zwischen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren ist Deutschland in der Lage, internationale humanitäre Einsätze in anerkannter Neutralität und Unparteilichkeit zu leisten, unter Einschluss von Technologietransfer und Übergang zu Wiederaufbau und Entwicklungszusammenarbeit.

Einfluss auf Handelsabkommen sowie Produktentwicklung: Als wichtiger Wirtschaftsstandort hat Deutschland eine starke Stimme bei internationalen Handelsabkommen mit ihren Auswirkungen auf Zugang zu Arzneimitteln, Ernährung und Produktionsbedingungen. Als besonders innovative Volkswirtschaft kann Deutschland durch seine Industrie Gesundheit weltweit verbessern: einerseits im Gesundheitswesen selbst durch Entwicklung, Produktion und Export von Impfstoffen, Diagnostika, Arzneimitteln und Medizintechnologien einschließlich „roter Gentechnik“, andererseits in weiteren gesundheitsrelevanten Bereichen durch Versorgungstechnik (Wasser, Energie), Verkehr, Agrarwirtschaft und Umwelttechnologien.

(3) Forschung, Entwicklung und Capacity building

Aus-, Fort- und Weiterbildung in Gesundheitsberufen: Durch ein qualitativ hochwertiges, steuerfinanziertes Ausbildungssystem verhindert Deutschland eine "Fesselung durch Studienschulden" und gewährt sehr gute Möglichkeiten im Hochschulbereich an forschungsstarken Universitäten, v.a. in Medizin, Pharmazie, Tiermedizin und Lebenswissenschaften, im breit ausgebauten, anwendungsorientierten Fachhochschulwesen u.a. für Pflegewissenschaften und Physiotherapie, an beiden Hochschulformen sowie Akademien für interdisziplinär aus- und weiterzubildende Public Health-Fachkräfte, in der Berufsausbildung mit dem einzigartigen dualen System, v.a. für Pflegekräfte und weitere Gesundheitsfachberufe, und in der praxisnahen ärztlichen und pflegerischen Weiterbildung. Davon profitieren auch wirtschaftlich schwächere Länder durch Stipendien für Studierende und wissenschaftlichen Nachwuchs (z.B. DAAD, DFG, KAAD, Alexander von Humboldt-Stiftung und private Stiftungen) und (noch) kostenlose Ausbildung sowie durch Global Health-relevante Studienangebote in Deutschland, z.B. Masterstudiengänge und PhD-Programme. Darüber hinaus werden Leuchtturmprojekte der nachhaltigen Aus- und Weiterbildung für ärztliches und pharmazeutisches Personal und Gesundheitsfachberufe in LICs und LMICs gefördert.

Forschung und Forschungsförderung: Deutschland bietet als starker Forschungsstandort vielfältige Grundlagenforschung, biomedizinische, präklinische und klinische Forschung, Spitzenmedizin, erschöpfende Labordiagnostik und zuverlässige Epidemiologie. Über diesen allgemeinen Beitrag zu einer weltweit genutzten Medizin hinaus entwickelt sich zunehmend Forschungsförderung mit direkter Relevanz für Global Health, z.B. im DFG-Afrika-Programm oder den BMBF-finanzierten Afrika-Netzwerken. Ein weiteres Instrument auch zur Stärkung von Forschungskapazitäten sind internationale Klinik- und Hochschul-Kooperationen.

Kontrolle von Infektionskrankheiten: Durch ein effektives nationales Surveillance-System und vielfältige Forschung zu Grundlagen, Klinik, Translation und im Feld trägt Deutschland international sichtbar zur Bekämpfung von Infektionskrankheiten bei. Dazu gehören insbesondere das dezentral organisierte Deutsche Zentrum für Infektionsforschung (DZIF) mit Schwerpunkten bei Malaria, Tuberkulose, HIV/AIDS, vernachlässigte Tropenerkrankungen und Antibiotikaresistenzen sowie ein starkes zivilgesellschaftliches Engagement.

Umwelt und Gesundheit mit intersektoralen Ansätzen: Durch sektorenübergreifendes Agieren, z.B. bei Umweltschutzgesetzgebung, Energiegewinnung oder Nahverkehr, sowie durch Forschung, Entwicklung und Technologietransfer in den Bereichen Umweltepidemiologie, Energie, Umweltschutz, Klimawandel, Wasser, Abwasser und Müll nimmt Deutschland bei mehreren, insbesondere technologisch und administrativ zu bewältigenden Herausforderungen der Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDGs) Vorreiterrollen ein.

2. Grundsätze für Deutschlands Engagement in Globaler Gesundheit

Welche drei Prinzipien leiten bzw. sollen Deutschlands Engagement in der internationalen Zusammenarbeit zu Globaler Gesundheit leiten?

(1) Normative Orientierung: Menschenrechte und die Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit

Die von der Bundesregierung anerkannte vorrangige Orientierung deutscher Entwicklungs- und Gesundheitspolitik am **Menschenrecht auf Gesundheit** (CESCR 2000) und anderen Menschenrechten muss als Wertebasis und Weg zu **Gesundheitsgerechtigkeit (Health Equity)** beibehalten und ausgebaut werden. Das Recht auf Gesundheit betrifft sowohl die gesundheitsrelevanten Lebensbedingungen als **soziale Determinanten von Gesundheit** (SDH) als auch den allgemeinen **Zugang zu qualitativ hochwertiger Gesundheitsversorgung** (präventive, kurative, rehabilitative, palliative und promotive Gesundheitsdienstleistungen) im Sinne des umfassenden biopsychosozialen Gesundheitsbegriffs der WHO. Dies verlangt Freiheit der politischen Entscheidungen, der Versorgung und der Forschung von kommerziellen Interessen. Die im Menschenrechtsansatz angestrebte Gleichheit ist im Hinblick auf **vulnerable Gruppen** wie Kinder, Jugendliche und Alte, Menschen mit Behinderungen, Migrierte und Geflüchtete, Arme und andere sozial Marginalisierte besonders drängend („Leaving No One Behind“ der SDGs) und muss global wie lokal verwirklicht werden. Bei ausschließlich vertikalen, durchaus erfolgreichen Gesundheitsprogrammen bleiben zu viele von Krankheit bedrohte oder bereits betroffene Menschen unberücksichtigt, weshalb die Gesundheitssystemstärkung im Sinne des auch im SDG 3 vereinbarten **Universal Health Coverage** (UHC) entscheidend ist.

Gerade für die SDH ist im Sinne von *Health in all policies* die Politikkohärenz von allergrößter Bedeutung, damit nicht außen-, innen-, wirtschafts-, finanz-, verteidigungs- oder forschungspolitische Entscheidungen die Erfolge von Maßnahmen der Entwicklungs- oder Gesundheitspolitik unterlaufen.

(2) Wissenschaftsbasierung: Entscheidung nach Nachweis von Bedarf und Bedürfnissen, Wirksamkeit und Kosteneffizienz

Angesichts begrenzter Ressourcen müssen alle gesundheits- und entwicklungspolitischen Programm- und Verteilungsentscheidungen auf belastbarem Wissen beruhen. Was gesetzliche Vorgabe der solidarisch finanzierten Gesundheitsversorgung in Deutschland ist, nämlich Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der eingesetzten Verfahren zu prüfen, muss auch Grundsatz in der globalen Gesundheitszusammenarbeit sein.

Die Gewinnung dieses Wissens verlangt eine vermehrte Förderung insbesondere von entsprechenden Forschungsnetzwerken auf nationaler, europäischer, Süd-Süd-Nord- und globaler Ebene und von operativer Forschung in Form von **Implementierungs-, Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung**. Nach einem grundsätzlichen Wirksamkeitsnachweis muss für vorbeugend und für therapeutisch eingesetzte Substanzen und Verfahren ebenso wie für Interventionen zur Verhaltensänderung und zur Verminderung von Umweltrisiken während ihrer Anwendung in verschiedenen Situationen überprüft werden, ob sie die jeweils effektivste und effizienteste Vorgehensweise ohne vermeidbare unerwünschte Wirkungen darstellen. Zur dabei besonders nötigen **Berücksichtigung vernachlässigter und armutsassoziierter Krankheiten** gehört auch die Einbeziehung neuartiger synergistischer Ansätze wie **One Health** als Blick auf die Zusammenhänge zwischen tierischer und menschlicher Gesundheit und ihrer Umwelt, nicht zuletzt wegen zunehmender Antibiotikaresistenzen und drohender Pandemien durch emerging und re-emerging diseases. Neben der weiteren Kontrolle von Infektionskrankheiten sind wegen veränderter nationaler Krankheitsspektren auch Maßnahmen zu den als nicht-übertragbaren Krankheiten (**NCD**) wissenschaftlich zu prüfen.

Zu zuverlässigem Wissen gehören jedoch nicht nur die auf Statistik gestützte Entwicklung von allgemeinen Leitlinien, sondern auch die jeweilige **Bedarfs- und Bedürfnisermittlung**, also Nutzen- und Nutzerorientierung, sowie die **methodische Reflexion** von Lernerfahrungen und kontextuellen Unterschieden. Besondere Umstände in sozialen oder naturräumlichen Bedingungen, die von allgemein angenommenen Voraussetzungen abweichen, werden dabei berücksichtigt. So kann auch die Gefahr verringert werden, dass in der statistischen Beurteilung großer Gruppen darin enthaltene kleinere Gruppen, die wegen bestimmter Eigenheiten von den untersuchten Maßnahmen nicht profitieren oder sogar überwiegend Nachteile erfahren, übersehen werden. Außerdem steigert die systematische Berücksichtigung besonderer Bedarfe und Bedürfnisse einschließlich Risikoanalyse durch Beseitigung entsprechender Schwachstellen die dringend benötigte **Resilienz** von Gesundheitssystemen. Dieser kommt im Nexus von humanitärer und Entwicklungshilfe (**Linking Relief, Rehabilitation and Development/LRRD**) eine entscheidende Rolle zu.

Schließlich kann nur eine in jeder Beziehung unabhängige **Evaluierung** durch Institutionen mit entsprechender wissenschaftlicher Qualifikation die Einhaltung und adäquate Umsetzung der evidenzbasierten Vorgaben sicherstellen. Eine enge Verbindung mit der angesprochenen operationalen Forschung wäre aufgrund von inhaltlichen Synergien, größerer Wirtschaftlichkeit und Capacity-building zu bevorzugen.

(3) Angemessene Formen der globalen Zusammenarbeit: Multilateralismus und Partnerschaftlichkeit

Alle geeigneten Arten von Kooperation auf multi- und bilateraler Ebene müssen genutzt werden.

Gegenüber nationalen Alleingängen von Geberländern, die eine effektive Koordination in den Empfängerländern behindern, ist der **multilaterale** Ansatz insgesamt zu bevorzugen, was eine entsprechende Stärkung von **WHO und EU**, aber auch UNFPA, UNAIDS, UNICEF, FAO und WFP bedeutet.

Wo direkte Kontakte in der Zusammenarbeit bestehen, etwa in der Aushandlung und Durchführung gemeinsamer Gesundheitsprogramme oder in Forschungs- und Klinikpartnerschaften, müssen diese auf „**Augenhöhe**“ geschehen. Um hier auch fachlich gleichwertig zusammenarbeiten zu können, verlangt die Verwirklichung dieses Grundsatzes verstärkte Anstrengungen im **Capacity-building** für die Partner auf individueller und institutioneller Ebene, durch Aus-, Fort- und Weiterbildung sowohl in Deutschland als auch vor Ort, durch Beratung und gemeinsame Arbeit, im Hinblick auf Gesundheitsversorgung, Forschung, Management und Governance wie auch **Gesundheitskompetenz** der Individuen. Ebenso gehört, auch als gemeinsames Lernen, die **Einbeziehung der Betroffenen** in der Planung und Konzeption, Durchführung und Evaluation von Maßnahmen dazu. Dies verlangt häufig eine **dezentrale** Ausrichtung der Projekte, damit die Gesundheitsmaßnahmen auch die Menschen in den Distrikten erreichen.

Die multi- und bilateralen Maßnahmen müssen langfristig angelegt sein und **Nachhaltigkeit** im Blick haben.

Divergierende Sichtweisen

In den aus dem Bereich der Wissenschaft eingegangenen Voten bestand keine Einigkeit im Hinblick auf die Frage einer vorrangig **präventiven oder kurativen** Orientierung: Wie zu erwarten tendieren Vertreter von Public Health zu Ersterem, die klinischen Fachgesellschaften zu Letzterem. Ähnliche Unterschiede fanden sich in der Priorisierung von eher **vertikalen**, d.h. krankheitsspezifischen, oder eher **horizontalen**, systemischen und intersektoralen Ansätzen. Forscher aus tropenmedizinisch-parasitologischen Fachgebieten betonen die Notwendigkeit spezifischer Krankheitsbekämpfungsprogramme, ohne die Bedeutung funktionierender Gesundheitssysteme dafür zu bestreiten, während Public-Health-Perspektiven eine stärkere Verlagerung von Mitteln in Richtung Gesundheitssystemstärkung befürworten.

3. Prioritäre Themenfelder für das deutsche Engagement in Globaler Gesundheit

3a: Welche Themenfelder sollen zukünftig strategische Prioritäten für Deutschlands Engagement in Globaler Gesundheit darstellen? Und warum?

(1) Ausrichtung an den vielfältigen Determinanten von Gesundheit und Krankheit – Health in all policies

„Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, Einkommen, ein stabiles Öko-System, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden“ (WHO 1986). Gesundheit wird nicht nur innerhalb eines Gesundheitssystems produziert, sondern auch durch soziale, ökonomische und ökologische Bedingungen. Beispiele sind die fortschreitende Erderwärmung, ökonomische Bedingungen, die dazu führen, dass ein Großteil der Menschheit essentielle Bedürfnisse nicht befriedigen kann, gesundheitsgefährdende Umweltbedingungen durch Verkehr, Landwirtschaft und Industrie oder die zunehmende Antibiotikaresistenz, die auch durch den Einsatz in der Viehwirtschaft bedingt wird. Durch die oben zitierte Ottawa-Charta wurde das Konzept *Health in all policies* inspiriert, ein Ansatz mit dem auf die vielschichtigen Determinanten reagiert werden soll. Bisher findet sich dieses Konzept allerdings nur in Ansätzen wieder, das gilt in Deutschland ebenso wie auf globale Ebene. Da diese Determinanten zu einem Großteil von Gesundheit bzw. der Krankheit beitragen, sollten die Potenziale besser ausgeschöpft werden.

(2) Stärkung von Gesundheitssystemen

Voraussetzung für eine gute Gesundheitsversorgung sind **funktionierende Gesundheitssysteme**. Gesundheitssysteme sollten „resilient“ sein, insbesondere mit Blick auf erwartbare Herausforderungen (z.B. Urbanisierung, Migrationsbewegungen, epidemiologischer Übergang, Resistenzentwicklung, Klimawandel). Dies setzt gut ausgebildetes und motiviertes Gesundheitspersonal voraus. Auf globaler Ebene entspricht ein starkes Gesundheitssystem einer Stärkung der internationalen Kooperationen und Institutionen, insbesondere der WHO sowie anderer UN-Organisationen und multilateralen Partnerschaften. Der Ansatz von Primary Health Care (PHC) sollte gestärkt werden, da dies niedrigschwellige Zugang zu einer effizienten Basisversorgung ermöglicht.

(3) Umfassender allgemeiner Zugang zu qualitativ guter Gesundheitsversorgung (UHC) mit Fokus auf vulnerablen Gruppen

Zugang für alle Menschen zu qualitativ guter Gesundheitsversorgung ist ein zentrales Element für nachhaltige Verbesserung von Gesundheit weltweit. Nach der WHO (2018) bedeutet UHC, dass alle Menschen und Gemeinschaften die von ihnen benötigten fördernden, präventiven, heilenden, rehabilitativen und palliativen Gesundheitsdienste von ausreichender Qualität, in Anspruch nehmen können, wobei gleichzeitig sichergestellt wird, dass die Nutzung dieser Dienste die Nutzer nicht in finanzielle Schwierigkeiten bringt.

Diese Definition von UHC beinhaltet drei zusammenhängende Ziele: (a) **Gerechtigkeit** beim Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen – jeder, der Dienstleistungen benötigt, sollte sie bekommen, nicht nur diejenigen, die dafür bezahlen können. (b) Die **Qualität und der Umfang** der Gesundheitsdienste sollten gut genug sein, um die Ge-

sundheit der Empfänger zu verbessern. (c) Die Menschen sollten **vor finanziellen Risiken geschützt** werden, um sicherzustellen, dass die Kosten für die Inanspruchnahme von Dienstleistungen nicht zu einer Gefährdung der Menschen führen. Ein Fokus bei der Zielsetzung UHC muss **auf vulnerablen Gruppen** liegen. Auch in Deutschland haben definierte Gruppen, darunter Asylbewerber in den ersten 15 Monaten nach ihrer Registrierung, nur eingeschränkten Zugang zu adäquater Versorgung.

(4) Ausrichtung an Evidenz bei der Auswahl, Planung und Umsetzung aller gesundheitsbezogenen Maßnahmen

Global Health-Maßnahmen sollten auf der **besten verfügbaren Evidenz** beruhen, um unnütze oder gar schädliche Maßnahmen zu vermeiden. Neben der Schaffung des notwendigen (Problem-)Bewusstseins dafür müssen die kapazitären Voraussetzungen vorhanden sein und Modelle entwickelt werden, wie Evidenz in gesundheitsbezogene Entscheidungen möglichst obligat und angemessen eingehen kann.

3b: Was soll in diesen Bereichen in den nächsten 5 bis 10 Jahren erreicht worden sein?

(1) Ausrichtung an den vielfältigen Determinanten von Gesundheit und Krankheit – Health in all policies

Dem Konzept *Health in all policies* folgend werden Gesetze und Maßnahmen in allen Bereichen vorab mit Blick auf ihre gesundheitlichen Wirkungen bewertet (*Health Impact Assessment*). Die **Empfehlungen der Commission on Social Determinants of Health** (CSDH 2008) werden umgesetzt. Die **SDGs**, von denen ein großer Teil implizit gesundheitliche Aspekte berührt, werden termingerecht (=2030) erreicht. Für die **UN-Klimaziele** von Paris 2015, speziell die Begrenzung der Erderwärmung auf eine Zunahme von maximal 1,5 °C im Vergleich zum vorindustriellen Level, sind tragfähige Schritte eingeleitet.

(2) Stärkung von Gesundheitssystemen

Das absolute Budget und der Anteil der nicht-zweckgebundenen **Mittel der WHO** sind deutlich erhöht. Der WHO-Code zur **Migration von Gesundheitspersonal** (Verhinderung der Abwerbung von benötigtem, ausgebildetem Personal) wird eingehalten (WHO 2014). Innerhalb der Länder steht gut ausgebildetes und motiviertes **Gesundheitspersonal** zur Verfügung, um relevante Krankheiten zu versorgen. Staatliche oder Sozialversicherungssysteme stellen die Finanzierung mindestens einer qualitativ guten **Basisgesundheitsversorgung** sicher.

(3) Umfassender allgemeiner Zugang zu qualitativ guter Gesundheitsversorgung (UHC) mit Fokus auf vulnerable Gruppen

Strukturen für Auf-/Ausbau und Finanzierung einer UHC-Basisversorgung werden unterstützt. Dazu gehört der **umfassende Zugang** zu unentbehrlichen Bestandteilen der Versorgung: Essential Medicines, Essential Diagnostics sowie Essential health care. Für den **UHC-Index**, der für jedes Land regelmäßig errechnet wird, sind Daten zu diesen Indikatoren in guter Qualität vorhanden. Alle Menschen, die in Deutschland wohnen bzw. Asyl beantragen, verfügen über eine **angemessene Krankenversicherung**.

(4) Ausrichtung an Evidenz bei der Auswahl, Planung und Umsetzung aller gesundheitsbezogenen Maßnahmen

Etablierung bzw. Stärkung von bi- und multilateralen **Partnerschaften in der Forschung** und der **Implementati- on von Evidenz auf Augenhöhe** sowie **verstärkter Austausch von Studierenden** sind verwirklicht. **Evidenz- basierte Leitlinien**, die frei von sachfremden Interessen entwickelt wurden, stehen für alle relevanten Gesund- heits- und Versorgungsthemen zur Verfügung. Global Health wird in Hochschulen und anderen wissenschaftli- chen Einrichtungen durch die **Einrichtung von Lehrstühlen** und die stärkere Berücksichtigung in den **Curricula** gestärkt.

3c: Was muss dafür in den drei Themenfeldern getan werden (Maßnahmen und Aktivitäten) und welche Ressourcen sind dafür notwendig?

(1) Ausrichtung an den vielfältigen Determinanten von Gesundheit und Krankheit – Health in all policies

Globale Gesundheit sollte als **Querschnittsthema in allen Ministerien** im Sinne von Health in all Policies inte- griert werden. Die in Vorbereitung befindliche Globale Gesundheitsstrategie der Bundesregierung und ihre Veror- tung quer über alle Ressorts hinweg sollte einen wichtigen Schritt in diese Richtung darstellen.

(2) Stärkung von Gesundheitssystemen

Deutschland sollte sich für eine bessere Ausstattung der existierenden **UN-Organisationen**, insbesondere der WHO, international einsetzen und selber mit gutem Beispiel vorangehen.

Gesundheitsberufe, insbesondere im pflegerischen und ärztlichen Bereich, müssen familienverträglich sein und angemessen honoriert werden. **Arbeitskräftemangel in Deutschland**, der durch schwierige Arbeitsbedingungen verursacht wird, darf nicht durch Anwerbung von Gesundheitsfachkräften aus dem Ausland kompensiert werden.

Deutschland sollte in der Zusammenarbeit PHC prioritär behandeln und den Austausch als Chance sehen, von anderen Ländern zu lernen.

(3) Umfassender allgemeiner Zugang zu qualitativ guter Gesundheitsversorgung (UHC) mit Fokus auf vulnerable Gruppen

Deutschland sollte sich international für eine **Basisabsicherung** in allen Ländern einsetzen, was auch Anschub- finanzierung beinhalten kann. Die Stärken und Schwächen des deutschen Mischsystems (Sozial- und Privatver- sicherung) sollten transparent kommuniziert werden.

Innerhalb von Deutschland sollte die internationale Kritik an der gesundheitlichen Versorgung von **vulnerablen Gruppen** (z.B. Asylbewerbern) aufgenommen werden.

(4) Ausrichtung an Evidenz bei der Auswahl, Planung und Umsetzung aller gesundheitsbezogenen Maßnahmen

Im internationalen Vergleich sind die Ressourcen für **Global-Health-Expertise in Deutschland** sehr begrenzt. Die bekannten Förderorganisationen sollten ihre Unterstützung dafür entsprechend erhöhen. Die Erstellung von so genannter „**sekundärer Evidenz**“, z.B. von Leitlinien, Systematischen Reviews, Health Technology Assessments oder Health Impact Assessments, muss besser gefördert werden und innerhalb des akademischen Systems als gleichwertig zu empirischer Forschung anerkannt werden.

Zu den erforderlichen Maßnahmen gehören die Unterstützung von nachhaltigen multi- und bilateralen wissenschaftlichen **Kooperationen auf Augenhöhe**, die Bereitstellung von Mitteln dafür, dass Hochschulangehörige aus Deutschland verstärkt an internationalen Fachgremien teilnehmen können, und die verstärkte Einrichtung von Global Health-Lehrstühlen.

3d: Was kann Ihre Akteursgruppe [hier: die Wissenschaft] zur Erreichung der Ziele beitragen? Und wie?

(1) Ausrichtung an den vielfältigen Determinanten von Gesundheit und Krankheit – Health in all policies

Die **Forschung und die Kommunikation** zu vielen der o.g. prioritären Global-Health-Themen ist in Deutschland noch unzureichend ausgebaut und sollte verstärkt werden. Das betrifft u.a. die gesundheitsbezogenen Folgen des Klimawandels und die Entwicklung von neuen Antibiotika. Auch der *Health in all policies*-Ansatz ist in Deutschland unzureichend verankert. **Interdisziplinäre Forschung und Ausbildung**, unter Beteiligung der Medizin, Sozial- und Gesundheitswissenschaften sollte gestärkt werden, wozu die erwähnte Einrichtung von Global-Health-Lehrstühlen und entsprechende Unterrichtsinhalte in den Ausbildungsgängen der Gesundheitsberufe erforderlich sind.

(2) Stärkung von Gesundheitssystemen

Deutschland hat im Hinblick auf PHC Aufholbedarf und kann von anderen lernen. Die Forschung zu PHC sollte ausgebaut werden, insbesondere in Kooperation mit anderen Ländern. Das gilt z.B. für Forschung zu **berufsgruppenübergreifender Zusammenarbeit**. Ein Ziel wäre die selektive Substitution von (in Deutschland) ärztlichen Leistungen durch andere Berufsgruppen mit entsprechender Berücksichtigung in den Curricula. Das verlangt eine Stärkung von PHC-Inhalten in den verschiedenen Ausbildungsgängen.

Gesundheitssysteme können nicht zuletzt durch einen **Ausbau der internationalen Zusammenarbeit** bei der Aus-, Fort- und Weiterbildung von Gesundheitsberufen durch Hochschul- und Klinikpartnerschaften gestärkt werden.

Die Entwicklung von **evidenzbasierten Leitlinien** für die Gesundheitsversorgung unter Berücksichtigung der jeweiligen Verhältnisse und ihre Integration in Aus-, Fort- und Weiterbildung kann entscheidend zur Verbesserung eines Gesundheitssystems beitragen.

(3) Umfassender allgemeiner Zugang zu qualitativ guter Gesundheitsversorgung (UHC) mit Fokus auf vulnerable Gruppen

UHC kann nur durch einen effektiven Ressourceneinsatz realisiert werden. Daraus ergibt sich eine breite Forschungsagenda, die im Einzelnen mit den Partnerländern spezifiziert werden muss. U.a. können die folgenden Fragestellungen enthalten sein: (1) Was sind die effektivsten Maßnahmen und Strategien zur Kontrolle relevanter Krankheiten und Gesundheitsprobleme (z.B. Infektionskrankheiten, nichtinfektiöse Erkrankungen, Mangelernährung)? (2) Wie können diese Maßnahmen für die gesamte Bevölkerung und insbesondere vulnerable Gruppen kosteneffektiv und nachhaltig umgesetzt werden? (3) Wie können diese Maßnahmen nachhaltig z.B. durch ein Versicherungssystem finanziert werden? (4) Wie können relevante wissenschaftliche Ergebnisse kommuniziert und in politische Entscheidungsprozesse auf nationaler wie internationaler Ebene eingebracht werden. Aus diesen Fragen ergibt sich die Notwendigkeit eines interdisziplinären Forschungskonzepts, das u.a. die Biomedizin, Gesundheitssystem- und Versorgungsforschung, Gesundheitsökonomie, Sozialwissenschaften, Umweltwissenschaften und Politikforschung umspannt. Die zukünftige Forschungsförderung sollte dieser interdisziplinären Ausrichtung Rechnung tragen.

(4) Ausrichtung an Evidenz bei der Auswahl, Planung und Umsetzung aller gesundheitsbezogenen Maßnahmen

Neben der weiteren Gewinnung primärer Evidenz durch biowissenschaftliche, klinische, epidemiologische und operationale Forschung muss die Erstellung der angesprochenen „sekundären Evidenz“ in der Community als gleichrangig anerkannt werden. Ebenso müssen Forschung zur **Priorisierung und Implementierung** von gesundheitlichen Maßnahmen sowie deren Evaluation als wissenschaftliche Aufgaben gestärkt werden.

4. Intersektorale und akteursübergreifende Kooperation

4a: Welche Strukturen braucht es für die Umsetzung einer Strategie zu Globaler Gesundheit in Deutschland?

(1) Health in all Policies

Globale Gesundheit betrifft alle Politikbereiche. Daher wird eine größtmögliche **Kohärenz aller Politikbereiche** angestrebt, insbesondere in den Bereichen Umwelt, Bildung und Forschung, Soziales, Verkehr, Energie, Ernährung und Wirtschaft mit dem Ziel der Schaffung und Erhaltung von gesundheitsfördernden, nachhaltigen und gerechten Lebensverhältnissen. Dazu werden die interministerielle Kooperation und Koordination und die Führung des Kanzleramtes weiter ausgebaut.

Darüber hinaus werden die Zivilgesellschaft, die Wissenschaft, die Wirtschaft und weitere relevante nichtstaatliche Akteure (z.B. Fachgesellschaften) systematisch in einen kontinuierlichen **Dialog zu politischen Entscheidungsprozessen** für globale Gesundheit einbezogen.

(2) Prävention und UHC in Deutschland

Im Rahmen der nationalen Umsetzung der SDGs, des Rechts auf Gesundheit und insbesondere des Konzepts von UHC wird die Gesundheitsversorgung aller in Deutschland lebenden Menschen auf bestehende **Ungleich-**

heiten und Barrieren überprüft mit dem Ziel eines **umfassenden allgemeinen Zugangs** zu qualitätsgesicherten präventiven wie kurativen Gesundheitsdiensten. Die Berichterstattung über die nationalen SDG Ziele und deren Realisierung sind in der deutschen Nachhaltigkeitsstrategie verankert.

(3) Aufbau und Förderung nachhaltiger nationaler Forschungsstrukturen für Globale Gesundheit

Trotz Fortschritten in den letzten Jahren hinkt die **Forschungskapazität für globale Gesundheit** in Deutschland den Anforderungen seiner Rolle als globaler Akteur noch hinterher. Die Forschungskapazität wird daher quantitativ wie qualitativ verstärkt. Dies erfordert weitere strukturbildende Maßnahmen wie die weitere Bildung von Kompetenzzentren, Netzwerken und die längerfristige Absicherung und Weiterentwicklung von bestehenden institutionellen Partnerschaften mit Forschungsinstitutionen in Entwicklungsländern. Dabei werden insbesondere **interdisziplinäre problemorientierte Forschungskonzepte** verfolgt, die sich an den SDGs und den globalen Herausforderungen im Gesundheitsbereich orientieren und die die für eine evidenz-basierte Gesundheits- und Entwicklungspolitik erforderlichen wissenschaftlichen Grundlagen bereitstellen und kommunizieren. Ein weiteres Ziel ist es, die **Attraktivität von Deutschland als Wissenschaftsstandort** und Forschungspartner für globale Gesundheit zu erhöhen.

4b: Wie kann intersektorale und akteursübergreifende Zusammenarbeit gestärkt werden?

(1) Unterstützungen und Weiterentwicklung der internationalen Global Health-Agenda (SDGs, G7, G20)

Schon mit dem Konzept zur Globalen Gesundheitspolitik von 2013 hat sich Deutschland für eine multilaterale und an internationalen Vereinbarungen orientierte globale Gesundheitspolitik unter Führung der WHO ausgesprochen; diese Orientierung wird unter der Agenda 2030 (SDGs) weitergeführt und intensiviert. Dabei bekräftigen wir neben der Umsetzung der SDGs die weitere **Unterstützung und Implementierung relevanter UN- und WHO-Konventionen** und Vereinbarungen auf nationaler wie internationaler Ebene. Dazu gehören die Tabak-Rahmenkonvention, die Doha-Deklaration zum Zugang zu essentiellen Medikamenten, die WHO-Richtlinie zur Rekrutierung von Gesundheitspersonal, der Aktionsplan der internationalen Konferenz zu Bevölkerung und Entwicklung und der Weltklimavertrag, der in vielen Bereichen einen direkten Gesundheitsbezug hat.

Im Rahmen der G7 und G20 hat Deutschland das Thema globale Gesundheit auf die internationale Tagesordnung gesetzt. Die beschlossenen Maßnahmen in den Bereichen Stärkung von Gesundheitssystemen, UHC und Kontrolle von Pandemien werden nachverfolgt und weitergeführt.

(2) Ausbau und Förderung von partnerschaftlichen interdisziplinären internationalen Forschungsk Kooperationen für globale Gesundheit (bilateral, EU)

Hand in Hand mit einer Stärkung der nationalen Forschungskapazität soll die internationale Forschungsk Kooperation ausgeweitet werden. Aus den SDGs und den weiteren oben genannten internationalen Vereinbarungen ergibt sich eine vielfältige problemorientierte Forschungsagenda, die nur durch eine enge interdisziplinäre und internationale Kooperation, insbesondere mit LICs und LMICs gestaltet und bewältigt werden kann. Diese Kooperation kann – je nach Thema – verschiedene Formen annehmen, von kleineren bilateralen Partnerschaftsprojekten bis zu multinationalen Forschungsverbänden unter Einbeziehung internationaler Organisationen wie der WHO. In jedem Fall sind grundlegende Prinzipien zu beachten, wie die gemeinsame Erarbeitung der For-

schungsprioritäten, die **Berücksichtigung der nationalen Forschungspläne**, die faire und **transparente Aufteilung der Ressourcen**, der allgemeine Zugang zu den Ergebnissen, die **Einbeziehung der Zielgruppen**, und die angemessene Berücksichtigung forschungsethischer Aspekte. Nationale Instrumente zur Forschungsförderung werden an diese Anforderungen angepasst. Im Rahmen der europäischen Forschungsförderung wird die Bundesregierung auch auf europäischer Ebene auf eine verstärkte Förderung der Forschung zu globaler Gesundheit unter Berücksichtigung der o.g. Prinzipien hinarbeiten. Deutschland setzt sich dafür ein, dass zukünftige EU-Forschungsrahmenprogramme und die entsprechenden Arbeitsprogramme einen stärkeren **Fokus auf vernachlässigte gesellschaftliche Herausforderungen** der Gesundheitsforschung legen und zur Umsetzung der SDGs beitragen. Dies gilt insbesondere für großangelegte, kollaborative Projekte mit Beteiligung exzellenter Forscher aus verschiedenen Ländern, welche für nationale Forschungsprogramme schwer zu finanzieren sind. Darüber hinaus setzt sich Deutschland aktiv für die Weiterentwicklung und Ausweitung der europäischen Partnerschaft mit Ländern südlich der Sahara zur Kontrolle vernachlässigter und armutsassoziierter Krankheiten (EDCTP) ein.

Schlussfolgerungen

Institutionen und Personen aus der deutschen Wissenschaft, die sich seit vielen Jahrzehnten mit Globaler Gesundheit beschäftigen, unterstützen uneingeschränkt und mit großem Nachdruck eine noch stärkere Ausrichtung deutscher Politik auf die international anerkannten Vorgaben und Ziele: Durchsetzung der Menschenrechte mit dem Ziel einer Verminderung von gesundheitlicher Ungleichheit, dazu insbesondere die Verwirklichung von Universal Health Coverage (UHC) und die Berücksichtigung der Determinanten von Gesundheit, wie sie auch in den SDGs vereinbart sind. Ihren eigenen Beitrag, für den sie dringend weiter ausgebaute Förderung in Form von mehr Forschungs-, Lehr- und Beratungskapazitäten national und international benötigen, sehen sie dabei in:

- Stärkung der Evidenzbasierung, um ineffektiven Mitteleinsatz und schädliche Auswirkungen zu vermindern
- Forschung, Entwicklung und Evaluation zu gesundheitsbezogenen Maßnahmen, Zusammenhängen und Wirkstoffen
- Vermittlung aktuellen Wissens in Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe hierzulande und –über Kooperationen– international
- Capacity-building durch international vernetzte Forschungsvorhaben insbesondere zu vernachlässigten, armutsassozierten Tropenkrankheiten und zur Gesundheitssystemstärkung
- Beratende Mitwirkung in nationalen und internationalen Gremien zur gesundheitsbezogenen Harmonisierung von Politik und zur Entwicklung von Planungs-, Durchführungs- und Evaluierungsinstrumenten

Literatur

- Bundesregierung (2013). Globale Gesundheitspolitik gestalten – gemeinsam handeln – Verantwortung wahrnehmen. Konzept der Bundesregierung. Verfügbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/Publikationen/Gesundheit/Broschueren/Globale_Gesundheitspolitik-Konzept_der_Bundesregierung.pdf [30.08.2018].
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH) (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Verfügbar unter: http://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_finalreport_2008.pdf [28.08.2018].
- Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) (2000). General Comment No. 14 The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12). <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> [28.08.2018].
- Kickbusch I, Franz C, Holzscheiter A, Hunger I, Jahn A, Köhler C, Razum O, Schmidt JO. Germany's expanding role in global health. *Lancet*. 2017 Jul 3. doi: 10.1016/S0140-6736(17)31460-5.
- United Nations (UN) (2018). Sustainable development knowledge platform. Sustainable Development Goals. Verfügbar unter: <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs> [28.08.2018].
- World Health Organization (WHO) (2018). What is universal coverage? Verfügbar unter: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/ [23.08.2018].
- World Health Organization (WHO) (2014). Migration of health workers: the WHO Code of Practice and the Global Economic Crisis. Verfügbar unter: http://www.who.int/hrh/migration/migration_book/en/ [28.08.2018].
- World Health Organization (WHO) (1986). Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (Deutsche Übersetzung). Verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf [28.08.2018].