

AFRIKA

Wie helfen?

Noch nie stand so viel Geld für den Kampf gegen Krankheiten in Entwicklungsländern zur Verfügung. Damit kann man ganze Gesundheitssysteme kurieren – oder ruinieren

VON Harro Albrecht | 23. November 2007 - 09:45 Uhr

An diesem sonnigen Tag will Jim Kim die Welt retten. Der Arzt, Anthropologe und Menschenrechtler steht im dritten Stock eines Backsteingebäudes nahe der Harvard University und dreht nervös einen Pappkaffeebecher in der Hand. Immer mehr Gäste drängen in den Konferenzraum der Harvard Initiative on Global Health (HIGH). Nahezu die gesamte Entwicklungshilfe-Elite Harvards findet sich ein. Und die will Kim auf seine Seite ziehen. Er weiß, dass der Kampf für die Weltgesundheit nur gemeinsam gewonnen werden kann.

Der Vortrag findet aus gutem Grund zu diesem Zeitpunkt statt. Jahrzehntlang verstanden die reichen Geberländer unter Entwicklungshilfe vor allem geostrategisches Investment. Seit der Jahrtausendwende aber haben die UN, die Weltbank, Regierungen und reiche Privatspender ihr Herz auch für Aids- und Malariatherapien, für Massenimpfungen und Krankheitsvorsorge entdeckt. Noch nie stand für Gesundheitsprojekte so viel Geld zur Verfügung: Die Bill & Melinda Gates Foundation investiert jedes Jahr über eine Milliarde Dollar; ebenso viel geben die Weltbank und der Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria; und George W. Bushs President's Emergency Plan for Aids Relief verteilt sogar 15 Milliarden Dollar über fünf Jahre auf 16 Länder.

Das neue Engagement wurde in den vergangenen Monaten kräftig bejubelt, Bill Gates als Held gefeiert. Doch der Geldsegen schafft auch Probleme. Mit wenig Mitteln ließ sich zwar nicht viel ausrichten, dafür erwartete aber auch niemand große Erfolge. Die jetzigen Summen jedoch können ganze Gesundheitssysteme kurieren, im schlimmsten Fall aber auch ruinieren. In Ruanda zum Beispiel übertreffen die Mittel aus den Hilfsfonds bereits das gesamte einheimische Gesundheitsbudget. Dabei komme es zu einer »starken Fehlverteilung der Ressourcen«, klagt ein ruandischer Regierungsbericht. Denn die ausländischen Geldgeber haben vor allem die Bekämpfung von Aids im Blick. Dafür spendeten sie Ruanda, das eine HIV-Infektionsrate von nur 3 Prozent hat, 47 Millionen Dollar im Jahr. Für das viel größere Problem der Kindersterblichkeit aber – 20 Prozent der Kinder erreichen nicht das fünfte Lebensjahr – steht dem Land nur eine Million Dollar pro Jahr zur Verfügung. Drängend stellt sich daher die Frage: Wie sieht eine wirksame und gerechte Gesundheitshilfe aus?

Bisher zählte häufig allein der gute Wille oder der angenommene Nutzen. Doch nun wollen viele Experten genauer wissen: Welche Folgen haben massive Interventionen in fragilen

Gesundheitssystemen? Wie nachhaltig sind die groß angekündigten Hilfsversprechen? Und wer trägt eigentlich die Verantwortung, wenn ausländische Großprojekte scheitern?

Wie man aus einer guten Idee eine globale Erfolgsgeschichte macht

Der beste Platz auf Erden, um solche Fragen zu beantworten, scheint die Harvard University im amerikanischen Cambridge zu sein. Nirgendwo gibt es mehr Entwicklungsforscher, die so gute Verbindungen zu Weltorganisationen und Regierungen haben. Hier am Charles River residiert John Ruggie, der mit dem früheren UN-Generalsekretär Kofi Annan die »Millennium Development Goals« entwickelte; hier grübelt der Philosoph, Ökonom und Nobelpreisträger Amartya Sen über die Ursachen der Armut; hier verfasst der Ökonom Jeffrey Sachs seine einflussreichen Analysen, und hier schrieb Christopher Murray das Standardwerk *Global Burden of Disease* (siehe Interview S. 44). Gemeinsam könnten diese Experten ein neues Zeitalter der Weltgesundheitshilfe einläuten, das über die bisher übliche Katastrophenhilfe und großzügige karitative Gesten hinausgeht. Und genau dafür will Jim Kim heute kämpfen.

Mehr als 70 Zuhörer drängeln sich inzwischen in dem schmalen Raum des HIGH. Nicht alle haben einen Platz gefunden, einige stehen verborgen hinter dem Türrahmen. Jim Kim, der wie stets eine dezente Krawatte zum dunkelblauen Sakko trägt, beginnt ohne Umschweife. »Nehmen wir an, wir haben eine gute Idee für ein Gesundheitsprojekt. Wir probieren sie an ein paar Orten aus, dann verändern wir die Gesundheitspolitik in dem Land – und schließlich verbreiten wir die Methode im großen Stil«, sagt der Arzt, täuscht einen Schwinger von unten an und ergänzt: »Leider ist der letzte Teil des Satzes reines Wunschdenken.«

Denn dass gute Ideen sich übertragen lassen, ist längst nicht selbstverständlich. So weiß man zum Beispiel schon lange, dass Kinder durch spezielle Moskitonetze vor Malaria geschützt werden. Es gibt inzwischen sogar vielerorts genug Geld, um diese Netze zu verteilen. Dennoch schlafen in vielen Malariagebieten die Kinder nicht darunter. In ihren Hütten sei es zu eng, sagen einige Mütter, andere verkaufen die Netze lieber auf dem Markt für Seife, ein paar Tomaten oder Zwiebeln. Offensichtlich ist es mit lebensrettender Technik allein nicht getan.

Auch Jim Kim hat diese Erfahrung hinter sich. Er, der als »Albert Schweitzer von Harvard« gilt, hat mit seinem Studienfreund Paul Farmer höchst erfolgreiche Projekte initiiert, verfügt über beste Kontakte – und ist doch daran gescheitert, seinen Erfolg im ganz großen Maßstab zu wiederholen.

Dabei ist der Ansatz noch immer beispielhaft. Vor über 25 Jahren gingen Kim und Farmer in eines der ärmsten Gebiete Haitis, um dort Patienten mit extrem resistenter Tuberkulose zu behandeln. Eine solche Therapie war nicht vorgesehen in den Leitlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Zu teuer, sagten die Experten. Aber die beiden machten auf eigene Faust weiter. »In wenigen Jahren schafften wir es, den Preis der

Medikamente um 98 Prozent zu senken«, sagt Kim rückblickend, »und das Besondere war, wie albern einfach das war.«

Zuerst demonstrierten sie, dass sich mit teuren Spezialmedikamenten 85 Prozent der haitianischen Patienten heilen ließen; dann schlossen sie sich mit anderen Projekten zusammen und handelten mit den Pharmafirmen günstigere Preise aus; das versetzte sie in die Lage, die Arzneien nur an solche Projekte abzugeben, die sich ihren strengen Behandlungsrichtlinien unterwarfen. Bezahltes Hilfspersonal musste die Einnahme überwachen und bei Komplikationen sofort Alarm schlagen. Damit verhinderten sie, dass begonnene Therapien abgebrochen und neue Resistenzen geschaffen wurden. »Hätten wir nicht jeden einzelnen Schritt genau so gemacht, wären wir nicht so weit gekommen«, sagt Kim. Auf diese Weise aber konnten er und Farmer beweisen, dass eine aufwendige Tuberkulosetherapie – in enger Kooperation mit lokalen Ärzten, bezahlten Helfern und der Regierung – auch unter ärmlichsten Verhältnissen möglich ist.

Beflügelt von diesem Erfolg, gründeten die beiden die Hilfsorganisation Partners in Health, begannen Ende der neunziger Jahre, nach ähnlichem Schema auch Aids-Patienten zu behandeln, und exportierten die Tuberkulosebehandlung nach Peru – zunächst gegen den Widerstand der Regierung. Inzwischen hat die peruanische Regierung das erfolgreiche Projekt selbst übernommen, und Kims und Farmers Strategie hat den offiziellen Segen der WHO erhalten.

Und doch ist Kim nicht zufrieden. »Wir haben 20.000 Tuberkulosekranke in 35 Projekten behandelt, wir haben gezeigt, dass es funktioniert, und wir dachten: Wow, wir haben viel erreicht«, sagt der Arzt und klatscht in die Hände, »aber es gibt 500.000 Menschen auf der Welt, die diese Behandlung brauchen, und bis zum Jahr 2015 werden es fünf Millionen Menschen sein.« Und dann erzählt Kim von dem Anruf, den er vor ein paar Monaten erhielt: Jemand von der milliardenschweren Bill & Melinda Gates Foundation sei in der Leitung gewesen und habe gesagt: »Wir wollen, dass ihr das noch mal für ganz China und Indien wiederholt.« Der Redner macht eine Kunstpause und fragt dann in die Stille hinein: »Wie macht man das?«

Einige Zuhörer kichern. Sie wissen, wie unendlich komplex eine Aufgabe dieser Dimension ist. Denn es ist eine Sache, als Arzt für seine Patienten alles zu geben und notfalls auch einmal, wie Kim in Peru, Medikamente über die Grenze zu schmuggeln; es ist eine andere Sache, einen Therapieplan für ganze Kontinente auszuhecken. Auch Kim muss an dieser Stelle eingestehen, dass er kein Patentrezept hat und keine Weltgesundheitsformel aus dem Hut zaubern kann. Das Einzige, an dem er sich festhalten kann, scheint der mittlerweile leere Kaffeebecher zu sein, den er noch immer in den Fingern knetet.

Nach dem Vortrag streiten sich Ärzte und Public-Health-Spezialisten

Beschwörend spricht er von der Notwendigkeit, »zusammenzuarbeiten, anstatt uns über alberne Dinge zu streiten«, und plädiert dann für eine interdisziplinäre Anstrengung: »Wir

schlagen eine Wissenschaft zur Erforschung des Wissenstransfers in Gesundheitsfragen vor.« Was ihm vorschwebt, ist eine Art Business-School für globale Gesundheitsfragen. »Ich habe zum Beispiel noch keine umfassende Geschichte darüber gelesen, was wirklich das Geheimnis hinter der Ausrottung der Pocken war«, sagt Kim und fordert »Ausbildungsgänge, die Techniken der Auswertung von Gesundheitsinterventionen vermitteln, Stipendien für solche Projekte und Unterstützung von Forschern, die Erfolgsgeschichten analysieren«.

Keine fünf Sekunden nach dem Applaus meldet sich der erste Kritiker zu Wort. Und der sich entspinnde Disput macht all die Gräben sichtbar, die sich in der Gesundheits- und Entwicklungsforschung auftun. Da gibt es einerseits Mediziner wie Kim, die auf vorhandene Therapien und soziale Reformen setzen. Ihnen stehen Zukunftsoptimisten gegenüber, die auf einen *quick fix* hoffen. »Warum sollte man neun Monate lang jeden Tag ein Tuberkulosemedikament einnehmen, wenn sich vielleicht ein Mittel findet, das man versprühen kann und das deshalb leichter akzeptiert wird?«, fragt Majid Ezzati, ein Spezialist für internationale Gesundheit. Wie der Großspender Bill Gates glaubt Ezzati, zur Lösung globaler Gesundheitsprobleme seien nicht Sozialreformen, sondern technisch-wissenschaftliche Fortschritte nötig. Und dann tritt mit faltigem Gesicht, bärtig und leicht gebeugt der alte Kämpfer Richard Cash hinter einem der Türrahmen hervor. Cash gehört zur Fraktion derjenigen, denen es um die Gesundheit großer Bevölkerungsgruppen geht und für die Einzelschicksale weniger zählen. Auch er kann auf beeindruckende Erfolge verweisen. Seine Methode, mit Zucker-Salz-Lösungen Durchfall zu bekämpfen, hat Millionen Kindern das Leben gerettet. Und doch sind Public-Health-Leute wie Cash die natürlichen Gegner von Ärzten wie Kim. Aus Cashs Sicht binden teure Therapien für Minderheiten notwendige Ressourcen für die Versorgung der großen Mehrheit. Also wettert Cash gegen die massive Ausdehnung teurer Aids-Therapien und die Vernachlässigung von Präventionsprogrammen.

Jim Kims lächelnde Miene verdüstert sich. Verzweifelt versucht er den Angriff abzuwehren, doch man merkt, dass er genau diese Auseinandersetzung nicht führen will. Er will keine Fallzahlen gegeneinander aufrechnen, sondern ein Bewusstsein für das Problem der globalen Gesundheit schaffen. Doch an diesem Tag findet die wissenschaftliche Gemeinde Harvards nicht zusammen. Kim kann nur für mehr Zusammenarbeit werben; erzwingen kann er sie nicht. Und während sich das Auditorium leert, stellt der Arzt erschöpft seinen Becher ab – er hat die Pappe fein säuberlich zu einem Quader gekniffen.

Warum hat sich seine Hoffnung nicht erfüllt? »Harvard ist wahrscheinlich die Universität, in der am wenigsten ein Klima besteht für Kooperation«, versucht einige Tage später Christopher Murray, der scheidende Direktor des HIGH, den fehlgeschlagenen Aufruf zur Zusammenarbeit zu erklären. »Die Kultur hier ermutigt zum individuellen Unternehmertum, nicht zur Zusammenarbeit.« Auch Jim Kim verweist auf die »persönlichen Eitelkeiten« der einzelnen Forscher. Und gerade in der momentanen Situation hätten viele von Harvards Gesundheits- und Entwicklungsforschern an einer

stärkeren Kooperation kein Interesse; denn die potenziellen Kollegen vom Flur nebenan sind häufig eben auch die härtesten Konkurrenten im Kampf um die enormen Summen, die derzeit im Gesundheitssektor verteilt werden.

Die verschiedenen Hilfsprogramme agieren oft fröhlich aneinander vorbei

So spiegelt die Szene in Harvard exakt jenes Problem wider, das auch auf globaler Ebene eine bessere Gesundheitsversorgung erschwert: Statt Kooperation regiert der Wettbewerb, und statt sich mit anderen abzustimmen, versucht jeder Protagonist, sich selbst zu profilieren. So scheinen etwa die USA mit ihrem President's Emergency Plan for Aids Relief die Aids-Kranken in Afrika im Alleingang retten zu wollen. Dass es auch einen Global Fund to Fight Aids, Tuberculosis and Malaria gibt und außerdem noch ein ähnliches Programm von der Weltbank, wird zwar in Washington höflich registriert, aber in der Praxis weitgehend ignoriert. In Ländern wie Uganda agieren die Hilfsprogramme jedenfalls fröhlich aneinander vorbei. Und dass ein Bill Gates wiederum ganz eigene Vorstellungen von Gesundheitshilfe entwickelt, versteht sich von selbst.

Das Hilfschaos wird gern mit dem Argument entschuldigt, Hilfe könne es nie genug geben, letztlich sei jeder Ansatz irgendwie hilfreich. Doch diese Ausrede will Abhijit Banerjee nicht gelten lassen. Das sei »institutionelle Denkfaulheit« und potenziell schädlich, wertet der Ökonom vom nahe gelegenen Massachusetts Institute of Technology (MIT). In seinem Poverty Action Lab will Banerjee versuchen, den besten Ansatz zu isolieren, indem er die Ergebnisse verschiedener Hilfsinterventionen vergleicht. So untersucht das Action Lab zum Beispiel, ob Entwurmung wirklich die Gesundheit und Leistungsfähigkeit von Kindern in Kenia erhöht (ja) oder ob ausländische Gelder existierenden Frauengruppen in Kenia nutzen (nein). Noch hat auch Banerjee die beste Strategie nicht gefunden, nur Teilerfolge erzielt.

In einem Punkt aber stimmen die meisten Forscher überein: Damit eine Intervention überhaupt funktionieren kann, muss sie sich an die lokalen, gesellschaftlichen und politischen Gegebenheiten anpassen. Eine großflächige Verteilung von Moskitonetzen ist nutzlos, wenn die Menschen so arm sind, dass sie sie lieber für einen Sack Zwiebeln eintauschen; und die schönste Ausgabestelle für kostenlose Medikamente nützt nichts, wenn die Busverbindungen im Land so teuer sind, dass kaum jemand dorthin kommt.

Dass man das ganze System im Blick behalten muss, ist natürlich keine neue Erkenntnis. Ähnliches propagierte schon der deutsche Gesundheitspionier Rudolf Virchow, auf den sich Kims Partner Paul Farmer beruft, wenn er heute das Gesundheitssystem in Ruanda saniert (siehe folgende Seite). Doch bei den großen Finanziers scheint diese Erkenntnis erst allmählich anzukommen. Sie haben immer noch die erfolgreiche Ausrottung der Pocken als Modell vor Augen. Sie müssen erst wieder erkennen, dass dieser Ansatz nicht immer greift, dass den Menschen mancherorts mehr mit Leitungen für sauberes Wasser gedient ist, mit Bildungsangeboten oder einem Essenspaket, das der Medikamentenration beiliegt. Häufig

verbietet allerdings die Fixierung der großen Finanziere auf schnelle Erfolge noch genau diese flexible Verwendung ihrer Hilfsgelder.

Anzeichen für ein Umdenken gibt es. Die strikten Regeln des President's Emergency Plan for Aids Relief weichen auf. Es werden nicht mehr nur Medikamente gegen Aids verteilt, sondern auch Antibiotika, wenn der HIV-Patient eine Lungenentzündung hat. Der Global Fund will neuerdings mehr Mittel bereitstellen, um den Ausbau der Gesundheitsstrukturen zu fördern. Doch die Flexibilisierung muss viel weiter gehen, wenn Jim Kims Vision einer gerechteren Gesundheitspolitik Wirklichkeit werden soll.

Vielleicht kommen die wichtigsten Anstöße dazu am Ende ja gar nicht aus Harvard. Vielleicht reicht es auch schon, häufiger die Betroffenen selbst zu fragen. Das Geheimnis der Aids-Bekämpfung lernte Paul Farmer zum Beispiel von einer Bäuerin auf Haiti: »Du willst die HIV-Verbreitung unter Frauen stoppen? Gib ihnen Jobs.«

Diesen Artikel finden Sie als Audiodatei im Premiumbereich unter www.zeit.de/audio

COPYRIGHT: DIE ZEIT, 22.11.2007 Nr. 48
ADRESSE: <http://www.zeit.de/2007/48/M-Harvard>