

Lehren aus der Ebola-Krise und die „Weißhelm-Initiative“ der Bundesregierung

Juni 2015

Im Herbst 2014 hat das Auswärtige Amt die „Weißhelm-Initiative“ angekündigt – eine internationale medizinische Eingreiftruppe, die Krisen wie Ebola schnell und effektiv bekämpfen soll. Mittlerweile gibt es unterschiedliche Konzepte einzelner Ressorts, wie zum Beispiel über den europäischen Katastrophenschutzmechanismus Module zu entwickeln oder deutsche Expertenteams zu bilden, die Strukturen und Logistik der Entwicklungszusammenarbeit nutzen. Daneben gibt es bereits Ansätze der Weltgesundheitsorganisation, sogenannte internationale Foreign Medical Teams (FMT) aufzustellen.

Die Erfahrung des Ebola-Ausbruchs in Guinea, Liberia und Sierra Leone seit Oktober 2014 hat gezeigt, dass es vor allem die schwachen Gesundheitssysteme vor Ort waren, die zu einer regionalen Ausbreitung und am Ende einer globalen Krise geführt haben. Dabei waren es zunächst internationale Nichtregierungsorganisationen wie Ärzte ohne Grenzen, die zusammen mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen Organisationen versucht haben, die Epidemie zu bekämpfen. Aber erst als die Menschen vor Ort eingebunden und lokale Akteure mobilisiert wurden und die Führung übernahmen, brachte dies eine Wende.

Wo wir Herausforderungen bei der vorgeschlagenen Weißhelm-Initiative sehen:

1. Der Begriff „Weißhelm“ kann falsche Assoziationen in Afrika auslösen und einen sicherheitspolitischen oder gar militärischen Charakter nahe legen. Es geht nicht um die Hilfe des „weißen Mannes“, sondern um die Nothilfe in akuten Krisen, die aber aus unterschiedlichen Ländern geleistet werden kann. Daher ist der Vorstoß

der WHO, eine zentrale Akkreditierung von FMT, die Qualifikation und Akkreditierung nach internationalen Standards haben, der bessere Weg, solche Teams zu mobilisieren und zu koordinieren.

2. FMT sind auf die Nothilfe ausgerichtet und oft limitiert in ihrem Mandat. Sie können in schweren Gesundheitskrisen einen spezialisierten Auftrag übernehmen. Die Menschen in betroffenen Ländern brauchen Fachkräfte, die sich auf die lokale Situation einlassen und den sozio-strukturellen Kontext verstehen. FMT müssen sich an der Expertise der nationalen Fachkräfte und zivilgesellschaftlichen Strukturen vor Ort orientieren und eng mit diesen zusammenarbeiten. Denn für die Überwindung der Übertragung von Krankheiten und für den Weg zu „Null-Neuinfektionen“ braucht es die lokale Mobilisierung aller Kräfte.
3. Wenn FMT als Instrument der humanitären Hilfe eingesetzt werden, müssen die einschlägigen internationalen Prinzipien, Standards und Koordinationsmechanismen gelten. Wie FMT rekrutiert werden, wie sie ausgebildet und akkreditiert werden, regeln von der WHO festgelegte Standards, die man auf den jeweiligen Kontext anwenden kann¹.
4. Die Koordination sollte generell bei den lokalen Behörden des jeweiligen Landes liegen – mit Unterstützung der WHO oder einer entsprechenden internationalen Organisation, zum Beispiel dem UN-Büro für Humanitäre Angelegenheiten OCHA. Dabei müssen lokale Initiativen gestärkt und die Zivilgesellschaft mit einbezogen werden. FMT müssen sich der nationalen Koordinationsstelle entsprechend unterordnen.²

¹ http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt_bases_for_accreditation.pdf?ua=1

² IASC: Global Health Cluster: Coordination and registration of providers of FMT in the humanitarian response to sudden onset disasters. http://www.who.int/hac/global_health_cluster/fmt/en/

Neben der vorwiegend humanitären kurz- und mittelfristigen Antwort auf Gesundheitskrisen, ist es die Rolle der Entwicklungszusammenarbeit (EZ), die lokalen Gesundheitssysteme zu stärken und Kräfte der Zivilgesellschaft zu mobilisieren und zu befähigen, selber Teil eines robusten und nachhaltigen Gesundheitssystems zu werden.

Um ein nachhaltiges Gesundheitssystem aufzubauen, sollte(n)

1. die betroffenen Regierungen eigene Mittel dafür zur Verfügung stellen und eine hohe Priorität des Gesundheitswesens durch das Bereitstellen von 15% des Bruttoinlandsprodukts belegen. Das wurde in der Abuja Erklärung der Staaten der Afrikanischen Union von 2001 zur besseren öffentlichen Finanzierung der Gesundheitssysteme vereinbart.
2. international durch funktionierende Finanzierungsmechanismen die notwendigen Finanzen zur Verfügung gestellt werden, so dass mit nationaler und internationaler Finanzierung wenigstens US\$ 86 pro Person und Jahr zur Verfügung stehen. Dabei sollte auch Deutschland 0,1% des Bruttoinlandsprodukts für gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit investieren.
3. ein nachhaltiges Finanzierungssystem aufgebaut werden - sowohl mit steuerfinanzierten als auch sozialversicherungsähnlichen Elementen. Ziel muss es sein, dass höchstens 15% der notwendigen Gesundheitskosten der betroffenen Bevölkerung privat aufgebracht werden müssen, um die Verarmung ganzer Familien zu verhindern.
4. in Ausbildung und Weiterbildung von medizinischem Personal investiert werden, sowohl in den Bereichen der Medizin, Krankenpflege, aber auch in den Bereichen der öffentlichen Gesundheit, Epidemiologie, Pharmazie, Forschung und Entwicklung, im Sozialwesen oder der Verwaltung.

5. eine angemessene Bezahlung lokalen Personals sichergestellt werden, damit Fachkräfte auch eine Perspektive für die Arbeit im eigenen Land erhalten.
6. Investitionen in Infrastruktur geleistet werden, die dafür sorgen, dass Krankenhäuser und Gesundheitseinrichtungen sicher arbeiten können und z.B. Zugang zu fließendem Wasser, Strom oder angepasster Technologie haben.
7. in Gesundheitseinrichtungen auf Distriktebene investiert werden, die auch in den Bereichen Epidemiologie und Gesundheitsinformation entsprechend ausgebildet und eingerichtet sind.
8. zivilgesellschaftliche Kräfte wie basisnahe Gruppen, religiöse Organisationen sowie andere Institutionen einbezogen werden. Sie leisten einen wichtigen Beitrag zu Gesundheit, sind das Fundament eines funktionierenden Basisgesundheitsystems und erhöhen die Effektivität des gesamten Gesundheitssystems.
9. verlässliche Versorgungsstrukturen für Medikamente, Labors und Diagnostik aufgebaut werden. Dabei muss auf Qualität von Medikamenten, Bezahlbarkeit und Verfügbarkeit der wichtigsten Medikamente geachtet werden.

Investitionen in diese verschiedenen Bereiche zum Aufbau eines Gesundheitssystems sind die beste Prävention für solch weitreichende Epidemien, wie wir sie in Westafrika erlebt haben.

In Ergänzung zu den nationalen Gesundheitssystemen ist es sinnvoll, über effektive Frühwarnsysteme nachzudenken und nationale Informationssysteme regional und international zu vernetzen. Dadurch können Epidemien früh erkannt und bekämpft werden. Wie die Beispiele im Kongo zeigen, ist dies auch bei lokal begrenzten Ebola Epidemien möglich.

STELLUNGNAHME

Daneben muss sichergestellt werden, dass durch die öffentliche Förderung von Forschung und Entwicklung von Impfstoffen, Diagnostika und Medikamenten, neue Wege in der Bekämpfung von Epidemien gefunden werden.

Die WHO muss über eine breite Unterstützung des Kernhaushaltes und verlässliche Finanzierungsperspektiven in die Lage versetzt werden, bei zukünftigen Epidemien die koordinierende und operative Rolle einzunehmen, die weltweit von ihr erwartet wird.

IMPRESSUM

Herausgeber

Verband Entwicklungspolitik und Humanitäre Hilfe
deutscher Nichtregierungsorganisationen e.V. (VENRO)

Stresemannstr. 72

10963 Berlin

Tel.: 030/ 2639299-10

E-Mail: sekretariat@venro.org

Internet: www.venro.org

Berlin, Mai 2015

Redaktion:

Dr. Gisela Schneider, Bodo von Borries