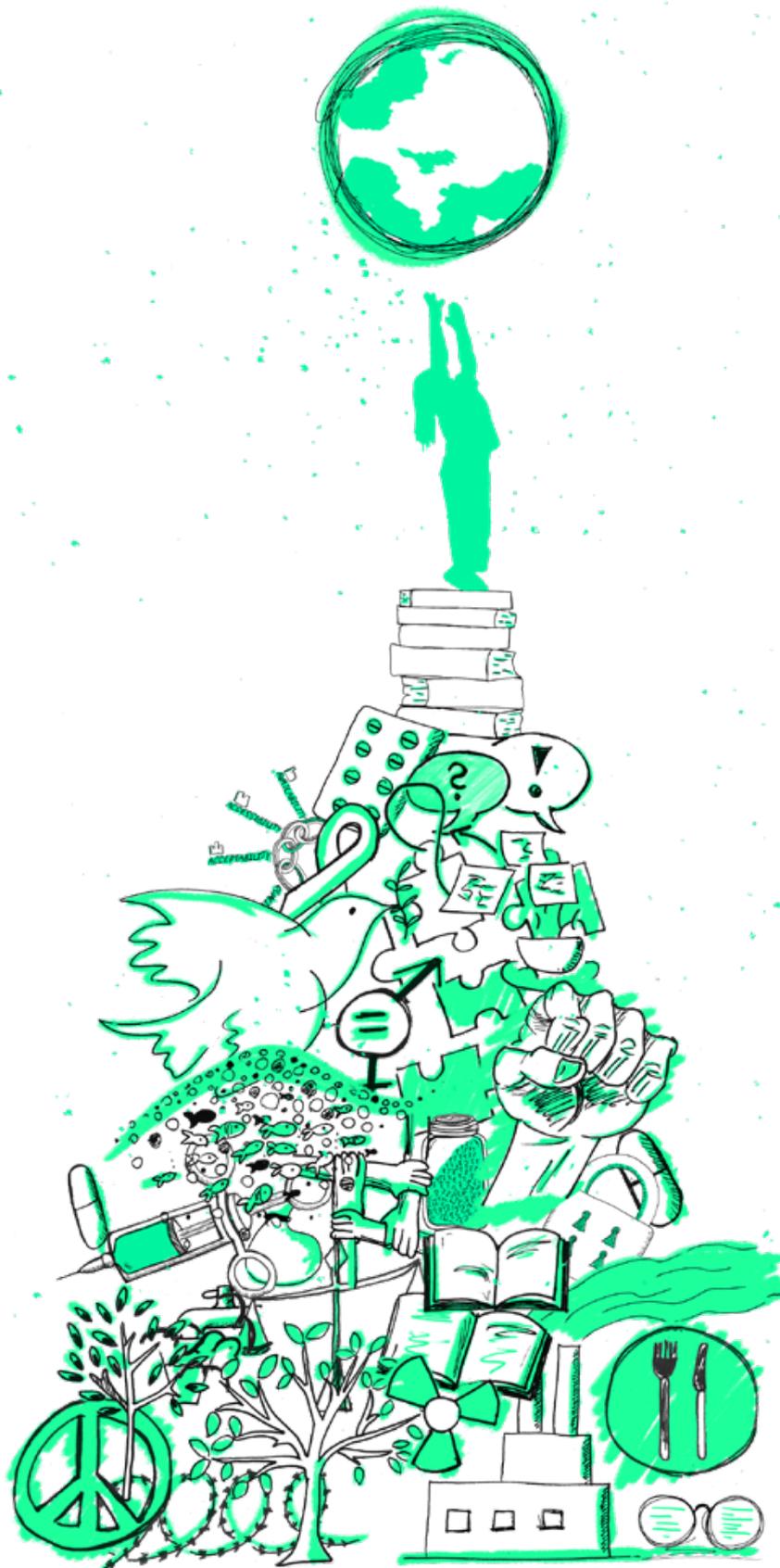


FORSCHUNG MIT WEITBLICK

- ein Handbuch für Studierende mit Interesse an Global-Health-Forschung

hg. v. Franziska Hommes, Jan Stratil, Leonie Ströbele, Walter Bruchhausen
Ein Projekt der Global Health Alliance-Deutschland



INHALT

3 Einführung

Eine wachsende Anzahl von Studierenden interessiert sich für Global-Health (-Forschung)

4 Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

7 Wozu Global-Health-Forschung?

Global-Health-Forschung kann zu interdisziplinärer Arbeit und zur Wahrnehmung der globalen Verantwortung lokaler Gesundheitsakteure beitragen

11 Was ist (Global Health-)Forschung?

Grundsätze von Global Health-Forschung und Verbindungen zu verwandten Themenbereichen

17 Gute wissenschaftliche Praxis

Wichtige internationale Standards für Global Health (-Forschung) und Prinzipien guter wissenschaftlicher Praxis

23 Worauf sollten sich Global-Health-Forschung und -Praxis konzentrieren?

Normative Rahmen, Entscheidungsfindung und Prioritätensetzung in Global-Health-Forschung und -Praxis

29 Gesundheitssystem-, Versorgungs-, Zugangs- und Implementierungsforschung

Zu einer Erforschung und Beseitigung der gesundheitlichen Benachteiligung großer Teile der Weltbevölkerung gehört auch der Blick auf das Gesundheitssystem

33 Bedeutung und Herausforderungen von Forschung im Globalen Süden am Beispiel von Burkina Faso

Für ressourcenschwache Länder ist es essentiell, Forschungsaktivitäten von innen heraus zu betreiben und am globalen Wissensaustausch sichtbar teilzunehmen

37 Vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten

Armutsassoziierte und vernachlässigte tropische Krankheiten sind Krankheiten, in deren Forschung und Entwicklung unzureichend investiert wird

41 Sozial verantwortliche (Medikamenten-)Forschung

Medizinische Fakultäten haben den Auftrag, Forschung, Lehre und Gesundheitsversorgung sozial verantwortlich zu gestalten

45 Global-Health-Forschungsprojekte in der Praxis – eine Auswahl

Eine Auswahl abgeschlossener und laufender Forschungsprojekte, die unterschiedliche Aspekte globaler Gesundheit in den Blick nehmen

59 Weiter gehen: Schritte zur praktischen Umsetzung

Anregungen für die praktische Umsetzung der ersten Schritte auf dem Weg zum Global-Health-Forschungsprojekt

64 Weiter informieren, weiterdenken: Literatur, Kursangebote, Institutionen

WER STECKT DAHINTER?



Über die Global Health Alliance-Deutschland

Die Global Health Alliance-Deutschland (GHA-D) ist ein 2011 gegründetes deutschlandweites offenes Netzwerk von Studierenden und Lehrenden mit Interesse an und Expertise in Global Health. Das Ziel der Global Health Alliance Deutschland (GHA-D) ist es, Lehre, Forschung und Praxis zu globaler Gesundheit an deutschen Universitäten zu stärken. Studierenden und Lehrenden besetzen gemeinsam die Arbeitsgruppen Studium, Fort- und Weiterbildung sowie Forschungsplattform. Auf der Homepage der GHA-D finden sich Informationen zur Mitgliedschaft, den Arbeitsgrundsätzen, aktuellen Projekten sowie eine Übersicht zu GH-Lehrangeboten in Deutschland: <https://www.gha-d.org/startseite>



Einführung

Eine wachsende Anzahl an Studierenden in Deutschland interessiert sich für globale Gesundheit, zugrundeliegende soziale, politische, ökonomische und ökologische Determinanten von Gesundheit sowie Gerechtigkeit im Zugang zu Gesundheitsversorgung. Hierin liegt ein bislang noch unzureichend genutztes Potenzial. Eine verstärkte Auseinandersetzung mit Themen globaler Gesundheit (Global Health, GH) auf wissenschaftlicher Ebene kann zur Förderung von GH im Allgemeinen und GH-Forschung in Deutschland im Speziellen beitragen. Bislang mangelt es insbesondere an medizinischen Fakultäten an strukturierten inhaltlichen und institutionellen Förderungen zur praktischen Umsetzung von Dissertationen und anderen Qualifikationsarbeiten, z.B. Masterarbeiten, im GH-Bereich. Studierende müssen daher oftmals ein hohes Maß an örtlicher und zeitlicher Flexibilität mitbringen und verschiedenste strukturelle Hürden überwinden. GH-Forschung mit Weitblick zu betreiben, soll den Anspruch haben, Herausforderungen und Fragen globaler Gesundheit in ihrer Tragweite, Komplexität und Vernetzung umfassend zu verstehen. Dies bedeutet keineswegs, allein Forschung in anderen Ländern und auf anderen Kontinenten durchzuführen; vielmehr geht es darum, mit einem offenen Blick Themen globaler Gesundheit auch mit dem Naheliegenden zu verknüpfen und dabei immer wieder Fragen von Gesundheitsgerechtigkeit aufzugreifen.

Vor diesem Hintergrund ist das vorliegende Handbuch zur Förderung von Forschungsprojekten zu GH-Themen entstanden, das neben einer thematischen Einführung, konkrete Beispiele möglicher inhaltlicher und methodischer Schwerpunkte von einschlägigen Forschungsprojekten, praktische Handlungsempfehlungen sowie eine Auswahl an Hinweisen zur weiteren Auseinandersetzung bietet. Ziel ist es, interessierte Studierende auf ihrem Weg zu einer Forschungsarbeit zu unterstützen, zu motivieren dem eigenen inhaltlichen Interesse nachzugehen sowie Multiplikatorinnen und Multiplikatoren für gute GH-Forschung zu werden.

Verzeichnis der Autorinnen und Autoren

Franziska Hommes: Dr. med. Franziska Hommes ist Ärztin mit besonderem Interesse an globaler Gesundheit. Sie engagiert sich für die Stärkung von Global-Health-Lehre und -Forschung in Deutschland. Sie ist unter anderem Mitglied in der Deutschen Plattform Globale Gesundheit (DPGG). Innerhalb der GHA-D ist sie aktuell Koordinatorin der AG Forschungsplattform.

11

41, 45

Walter Bruchhausen: Prof. Dr. med. Walter Bruchhausen, Dipl.-Theol., M. Phil., ist Arzt, Hochschullehrer für soziokulturelle Fragen der Medizin in Köln, Senior Fellow am Bonner Zentrum für Entwicklungsforschung sowie Mitglied in Ethikkommission und Klinischem Ethikkomitee. Nach ärztlicher Tätigkeit u.a. in Ruanda und im Ost-Kongo und Feldforschung in Tansania baute er die Global-Health-Lehre im Bonner und Aachener Medizinstudium auf, betreut Promotionen zu Themen von Global und One Health, ist an der Etablierung des internationalen Bonner Masterstudiengangs Global Health beteiligt und für die Seite der Lehrenden Koordinator der AG Forschungsplattform der Global Health Alliance-Deutschland.

17, 29

Jan M. Stratil: Dr. med, BSc, Jan Stratil ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in einer Arbeitsgruppe zu Evidence-based Public Health an der LMU München. Er hat einen Hintergrund in Medizin und Geographie und schrieb sein PhD zu Entscheidungsfindungsprozessen in der Leitlinienentwicklung der Weltgesundheitsorganisation. Inhaltliche Interessenschwerpunkte im Kontext von Evidenz-informierter Praxis liegen in den Bereichen Ernährung & physische Aktivität, psychische Gesundheit und Lebenszufriedenheit (wellbeing) sowie Entscheidungsfindung.

17, 23

Leonie Ströbele: Dr. med. Leonie Ströbele ist Ärztin und promovierte zu Früherkennung von Brustkrebs in Burkina Faso. Die Frauengesundheit in der globalen Gesundheit ist ihr ein besonderes Anliegen. Sie ist Vorstandsmitglied und Studienkoordinatorin der Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit AG e.V. (FIDE). Sie ist derzeit ebenfalls Koordinatorin der AG Forschungsplattform der GHA-D.

33

Noel Gnada: Dr. Noel Gnada ist Arzt aus Burkina Faso. Er arbeitet derzeit in einer Krankenstation in einem von politischen Unruhen geplagten Gebiet im Norden Burkina Faso. Er war bei der Forschungsarbeit von Leonie Ströbele über Früherkennung von Brustkrebs unterstützend tätig, wodurch der Kontakt für dieses Handbuch zustande kam.

33

Lorina Whittaker, Ärzte ohne Grenzen, für das Memento Preis Bündnis: 2014 schloss sich das Memento Preis Bündnis mit dem Ziel zusammen, Forschung und Entwicklung von Medikamenten gegen vernachlässigte und armutsassoziierte Krankheiten zu fördern und Öffentlichkeitsarbeit in diesem Bereich zu leisten. Zu den Mitgliedsorganisationen gehören Ärzte ohne Grenzen, Brot für die Welt, BUKO Pharma-Kampagne und die DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.. Das Bündnis vergibt jährlich den Memento Preis für vernachlässigte Krankheiten an Menschen aus Politik, Forschung und Journalismus, die sich mit besonderem Engagement für die Bekämpfung vernachlässigter Krankheiten einsetzen. <https://memento-preis.de/>

37

Abstracts

Laura Arnold: Laura Arnold ist Epidemiologin und arbeitet als wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Pettenkofer School of Public Health an der LMU München sowie als Dozentin an der Hochschule Ravensburg-Weingarten.

Kayvan Bozorgmehr: Prof. Dr. med., MSc, Kayvan Bozorgmehr ist Arzt und Sozialepidemiologe, Professor für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld, School of Public Health, Leiter der AG2 Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung; AG-Leiter Soziale Determinanten, Equity & Migration, Universitätsklinikum Heidelberg.

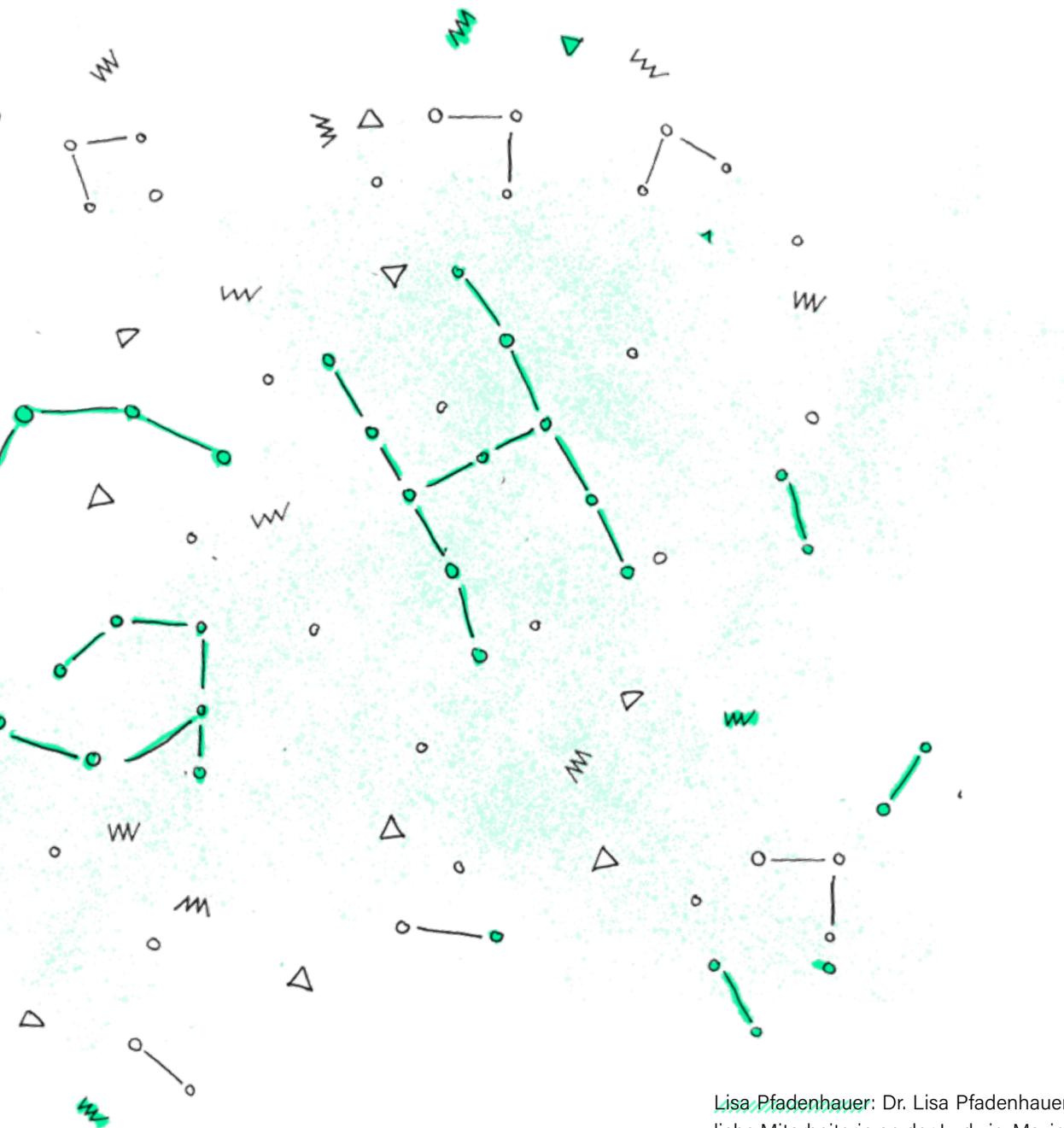
Antonia Braus: Antonia Braus ist Tierärztin und Referentin für One Health und wissenschaftliche Begleitung bei Tierärzte ohne Grenzen e.V. Die Organisation setzt Projekte der Humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit nach dem One-Health-Ansatz in Ostafrika um. Interventionsfelder sind Tiergesundheit, Zoonosenbekämpfung (u.a. NTDs), Ernährungssicherung, Lebensmittelhygiene, WASH, Agrarwirtschaft, Einkommenssicherung, Dürreprävention und -bewältigung sowie Friedensbildung und Frauenförderung.

Matthias Havemann: Matthias Havemann, BMedSc, MSc, ist aktuell als Arzt in der Medizinischen Klinik II am Universitätsklinikum Gießen-Marburg tätig. Er hat International Health und Public Health for Development studiert und forscht unter anderem zu Lehre von globaler Gesundheit.

Franziska Hommes

Fabian Moser: Medizinstudent in Berlin, ist in der Forschung interessiert an Struktur und Verhalten von Organisationen und Systemen, die Determinanten von Gesundheit länderübergreifend prägen.





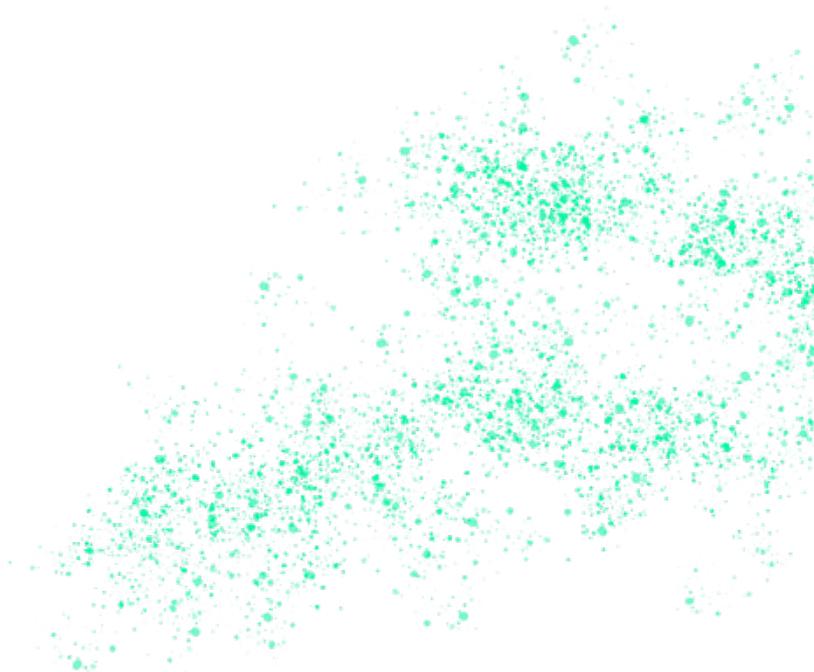
Lisa Pfadenhauer: Dr. Lisa Pfadenhauer ist wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Ludwig-Maximilians-Universität.

Peter von Philipsborn: Dr. med., MSc, MA Peter von Philipsborn hat Medizin, Politik und Wirtschaftswissenschaften studiert und arbeitet als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung der LMU München. Seine Interessen- und Arbeitsschwerpunkte liegen auf den politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen von Ernährung und Gesundheit.

Laura Suhlrie: Laura Suhlrie, MPH, hat einen Masterabschluss in Public Health (LMU München) mit Schwerpunkt auf globaler Gesundheit und ist aktuell bei EIT Health e.V. tätig.

WOZU GLOBAL- HEALTH- FORSCHUNG?

Franziska Hommes

A decorative graphic consisting of a spray of small, bright green dots, resembling a particle trail or a cloud of dust, located in the bottom right corner of the page.



Mit der allgemeinen Aufmerksamkeit für das Lehr-, Lern-, Praxis- und Forschungsfeld globale Gesundheit wächst auch das Interesse von Studierenden an den grenzüberschreitenden sozialen, politischen, ökonomischen und ökologischen Determinanten von Gesundheit.

Im Medizinstudium, das im Gegensatz zu vielen sozial- und geisteswissenschaftlichen Fächern in der Regel keine weiteren Forschungsprojekte beinhaltet, bietet eine Dissertation eine einzigartige Möglichkeit zur Erlernung und Anwendung wissenschaftlicher Methoden sowie tiefen Einarbeitung in ein Themengebiet. An einigen Standorten medizinischer Fakultäten in Deutschland ist die Auseinandersetzung mit Themen globaler Gesundheit im Studium in Form von Wahlfächern oder sogar PJ-Tertialen möglich.¹ In der Vergangenheit wurden bereits mehrfach Prozesse angestoßen, um die Rolle von Themen globaler Gesundheit und internationaler Zusammenhänge in der medizinischen Lehre zu stärken² und auch aktuell laufende Reformprozesse wie die Überarbeitung des Nationalen Kompetenzbasierten Lernzielkatalog Medizin (NKLM) bieten die Chance zur Stärkung dieser Aspekte in der medizinischen Lehre. Bislang fehlt es jedoch vielerorts an strukturierten Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung medizinischer Forschungsprojekte, die sich auf Themen globaler Gesundheit fokussieren. Zudem steht dem Interesse von Medizinstudierenden an einer Durchführung einschlägiger Promotions- und weiterer Forschungsprojekte ein Mangel an Betreuungsmöglichkeiten, thematisch entsprechend ausgerichteten Lehrstühlen, institutioneller Förderung sowie Informations- und Vernetzungsmöglichkeiten gegenüber. Eine weitere Barriere ist die unzureichende Vermittlung von methodischen Kenntnissen zu qualitativen und quantitativen Forschungsmethoden im Medizinstudium.

Das thematische Spektrum möglicher GH-Forschungsgebiete ist breit: Global-Health-Lehre, Armut und Gesundheit, Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit, Migration, Klimawandel und Gesundheit, vernachlässigte Tropenkrankheiten, One Health³, die nachhaltigen Entwicklungsziele, Menschenrecht auf Gesundheit oder Zugang zur Gesundheitsversorgung sind hierbei nur einige Beispiele.

Gute wissenschaftliche Arbeit kann dazu beitragen, das Forschungsfeld GH in Deutschland insgesamt zu stärken, interdisziplinäre Gräben abzubauen und letztlich die Wahrnehmung der globalen Verantwortung von lokal agierenden Gesundheitsfachkräften zu fördern (s. Übersicht rechts).

- 1 Global Health Hochschulranking: www.globale-gesundheit.de (abgerufen am 02.08.2019); Kaffes I et al (2016): Global Health Education in Germany: An Analysis of Current Capacity, Needs and Barriers.16 (1):304, BMC Med Educ; Gabrysch S, Jaehn P (2018): Commentary: Germany must invest in its global health academic workforce. The Lancet; 391(10121): 656-657. doi:10.1016/s0140-6736(18)30247-2
- 2 bvmd, Globalisation and Health Initiative (GandHI) (2009): Lehre am Puls der Zeit – Global Health in der medizinischen Ausbildung: Positionen, Lernziele und methodische Empfehlungen. Bonn, bvmd e.V; Empfehlung der 22. Mitgliederversammlung der Hochschulrektorenkonferenz (HRK) am 9. Mai 2017 in Bielefeld: Zur Internationalisierung der Curricula, https://www.hrk.de/fileadmin/redaktion/hrk/02-Dokumente/02-01-Beschluesse/Internationalisierung_Curricula_Empfehlung_09.05.2017.pdf (abgerufen am 02.08.2019); Bruchhausen W, Tinnemann P (2011): Global Health in der medizinischen Ausbildung: Die Universitäten sind in der Pflicht, Dtsch Arztebl; Geffert K et al. (2018): Ein Netzwerk für Lernende und Lehrende im Bereich Globaler Gesundheit, Gesundheitswesen; 80(02): 91. doi: 10.1055/s-0044-101007
- 3 Das Konzept von One Health („Eine Gesundheit“) beruht auf der engen Verknüpfung der Gesundheit von Mensch, Tier und Umwelt. Dabei spielen u.a. Aspekte von Zoonosen, Antibiotikaresistenzen, neuen oder sich verändernden Infektionskrankheiten, Klimawandel und Lebensmittelsicherheit eine besondere Rolle.
- 4 Unter health-in-all-policies (“Gesundheit in allen Politikbereichen“) werden die Bedeutung und Auswirkung des Handelns verschiedener Politikbereiche und Sektoren (Verkehr, Landwirtschaft, Wohnen, Bildung, Außenpolitik...) auf Gesundheit verstanden. Das Ziel des HiAP-Ansatzes ist es, in allen Politikbereichen Gesundheitsaspekte mit zu berücksichtigen und in die Entscheidungsfindung mit einzubeziehen. One Health Konzept: s.o. Das 2015 unter dieser Bezeichnung im „Rockefeller Foundation–Lancet Planetary Health Commission Report“ (The Lancet (2015): 386: 1973–2028) vorgestellte Konzept befasst sich mit den Zusammenhängen der Gesundheit der menschlichen Zivilisation und der sie umgebenden Umwelt.
- 5 Boelen C, Pearson D, Kaufman A, et al. (2016): Producing a socially accountable medical school: AMEE Guide No. 109. Medical teacher. 38(11):1078-1091.

Gründe für (Medizin-)Studierende ein Global Health-Forschungsprojekt durchzuführen:

Zunehmende und aktuelle Bedeutung von Global-Health-Themen wie Urbanisierung, Migration, Klimawandel, antimikrobielle Resistenzen, vernachlässigte Tropenkrankheiten, Zugang zur Gesundheitsversorgung... und ein damit einhergehender wachsender Forschungsbedarf;

Erweiterte methodische Ausbildung in Bereichen, die bislang bei medizinischen Dissertationen in geringem Anteil angewendet werden, wie bspw. qualitative Forschungsmethoden, Action Research oder systematische Übersichtsarbeiten;

Aneignung von spezifischem Wissen zu wichtigen und praxisnahen Gesundheitsproblematiken mit grenzüberschreitendem oder globalem Bezug sowie **Sensibilisierung** für die lokalen Auswirkungen sozialer, politischer, ökonomischer und ökologischer Determinanten von Gesundheit;

Interdisziplinäre Zusammenarbeit und somit praktische Umsetzung des **health-in-all-policies (HiAP), One Health** und Planetary Health Ansatzes⁴;

... und für (medizinische) Fakultäten:

Förderung der **sozialen Verantwortung (social accountability)** medizinischer Fakultäten⁵;

Möglichkeit zur allgemeinen **Stärkung von GH in Deutschland** in den Bereichen Lehre und Forschung;

Stärkere Vernetzung und Etablierung akademischer interdisziplinärer Zusammenarbeit;

Möglichkeit zur Förderung einer stärkeren **Translation von GH-Forschungsergebnissen in die (auch politische) Praxis**;



WAS IST (GLOBAL HEALTH-) FORSCHUNG?

Franziska Hommes



Wissenschaftliche Forschung ist die Gesamtheit aller Maßnahmen, die zur Erzeugung und Entwicklung wissenschaftlicher Erkenntnisse durchgeführt werden. Die Hauptfunktion von Forschung besteht darin, neue Fragestellungen zu formulieren und neues Wissen zu produzieren bzw. zu vertiefen. Sie trägt somit zur Schaffung oder Gestaltung der Zukunft bei, indem sie verschiedene Wissensbereiche vorantreibt und diese mit an die Öffentlichkeit vermittelt; meist an die betreffenden Fachgesellschaften aber auch an die politischen Stakeholder und die breite Zivilgesellschaft. Forschung ist also sowohl ein Mittel zur (Aus-)Bildung des Einzelnen und eine wichtige Grundlage für Politikberatung (evidence-based-policy-making) als auch eine Quelle für technologische und soziale Innovationen. Unabdingbar sind daher Möglichkeiten zur Kommunikation und Weiterverbreitung der gewonnenen Ergebnisse.

Die Frage, was ein Forschungsprojekt zu „GH-Forschung“ macht, lässt sich ebenso nur uneindeutig beantworten, da es bislang keine einheitliche Definition für globale Gesundheit gibt. In der international vielfach verwendeten Definition von Koplan et al., wird GH als „area for study, research, and practice that places a priority on improving health and achieving equity in health for all people worldwide“⁶, definiert. Sinnvoller als der Versuch klare inhaltliche Grenzen von GH festzulegen, kann vielmehr die Konzentration auf das verbindende Element von GH(-Forschung) sein – nämlich Fragestellungen, welche, einen unterschiedlich engen oder weiten Bezug zur Verbesserung von Gesundheit weltweit und Gesundheitsgerechtigkeit für alle Menschen nehmen. Abbildung 1 gibt eine Übersicht über ausgewählte GH-Themen, geordnet nach Themenclustern sowie Kern- und peripheren Bereichen.

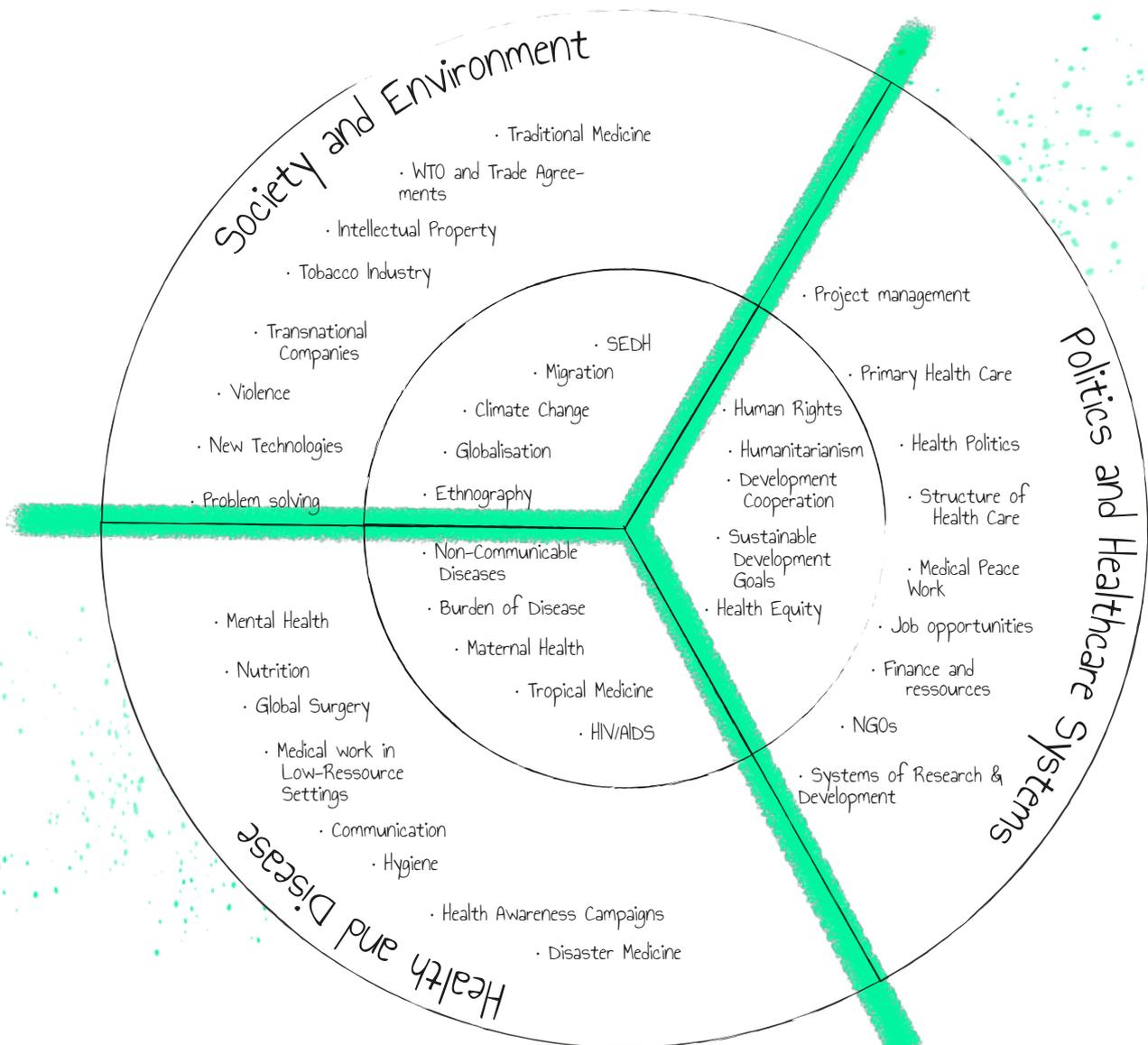


Abbildung 1: Übersicht über GH-Themen, aufgeteilt nach Themenclustern sowie nach Kern- und peripheren Bereichen. Adaptierte Grafik nach: Havemann M, Bösner S (2018): Global Health as "umbrella term" – a qualitative study among Global Health teachers in German medical education. *Globalization and Health*. 14:32.

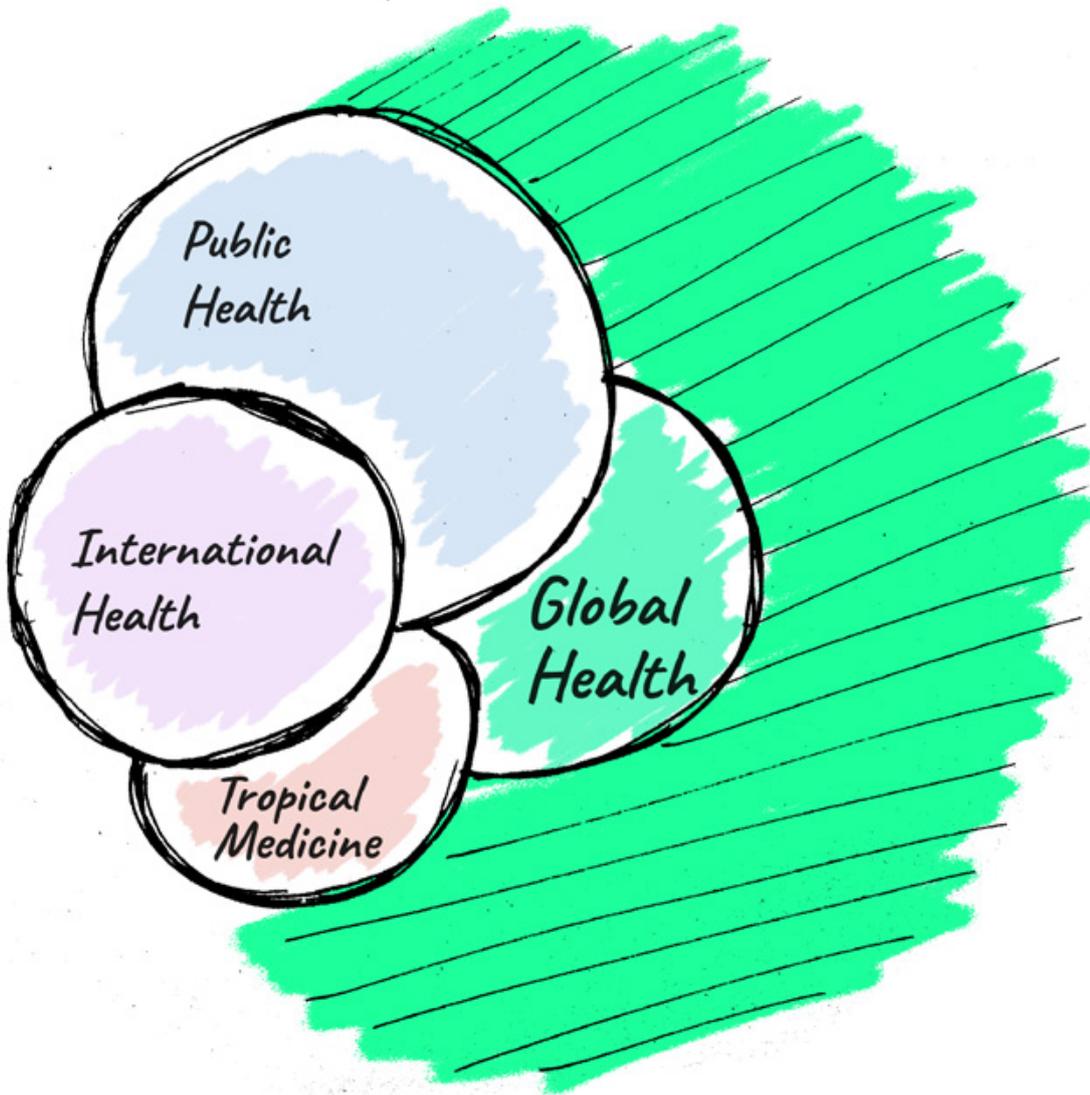


Abbildung 2: Mögliches Verhältnis zwischen Global Health, Public Health, International Health und Tropenmedizin. Diese bilden einen überlappenden Kernbereich. Adaptierte Grafik nach: Havemann M, Bösner S (2018).

Vor dem Hintergrund des Fehlens einer eindeutigen thematischen Eingrenzung erscheint es sinnvoll, das persönliche und durch individuelle Erfahrungen geprägte Verständnis von globaler Gesundheit zu reflektieren.

Letztlich existieren zum aktuellen Zeitpunkt keine eindeutig und allgemein anerkannten Kriterien, um Inhalte von GH-Forschung zu definieren und von beteiligten Gebieten abzugrenzen. Wahrscheinlicher als dass Forschungsprojekte aus einem einheitlichen und klar definierten Gebiet „Global Health“ stammen, wird es sein, dass GH-Forschungsarbeiten in verschiedenen Disziplinen entstehen und sich aus verschiedensten Gebieten zusammensetzen.

Da GH wichtige Verbindungslinien zu den Bereichen Public Health, International Health und Tropenmedizin aufweist, sollen diesem im Folgenden kurz erläutert werden. Abbildung 2 stellt ein mögliches Verhältnis zwischen den genannten Bereichen dar.

Public Health

Public Health zeichnet sich, auch in Abgrenzung zur kurativen Medizin und einer individualmedizinischen Perspektive, durch eine Bevölkerungsperspektive aus und ist dabei trans- und multidisziplinär ausgerichtet. Es werden auf Gruppen und Bevölkerungen bezogene Maßnahmen und Strategien zur Verminderung von Erkrankungs- und Sterbewahrscheinlichkeiten erforscht und angewendet, mit dem Ziel, Gesundheitsbelastungen zu senken (oft: Krankheitsprävention) und Gesundheitsressourcen zu stärken oder zu vermehren (oft: Gesundheitsförderung). Vereinfacht könnte man sagen, dass Medizin darauf abzielt durch individuelle Patientenversorgung Menschen zu heilen, Leiden zu lindern und Leben zu verlängern während Public Health auf Populationen ausgerichtet ist und versucht in diesen ein möglichst hohes Maß an Gesundheit zu erhalten und zu erreichen. In den meisten Fällen geschieht dies durch Verhaltensprävention (Maßnahmen, durch die Menschen dazu bewegt werden, sich gesünder zu verhalten und gesundheitsschädliches Verhalten zu vermeiden) und Verhältnisprävention (Gestaltung von Lebensräumen und -verhältnissen, gerechte Verteilung und effiziente Nutzung vorhandener Ressourcen bzw. Aufzeigen fehlender Ressourcen). Für Forschung aus Public Health-Perspektive steht weniger ein biopathologisches Krankheitsmodell (welche pathophysiologischen Mechanismen machen einen Körper krank?) im Vordergrund, als vielmehr ein bio-psycho-sozialer Ansatz, bei dem die auf die Gesundheit der Bevölkerung einwirkenden Faktoren (soziale Determinanten von Gesundheit) in den Vordergrund gerückt werden. Um diese Faktoren zu verstehen und zu verändern (z.B.: Warum weisen Menschen mit geringerem sozioökonomischen Status ein erhöhtes Mortalitätsrisiko und eine verringerte Lebenserwartung auf?), ist der Public Health-Ansatz trans-, multi- und/oder interdisziplinär ausgerichtet und setzt sich u.a. aus theoretischen und methodischen Elementen der Medizin, (Sozial-)Epidemiologie, Ökonomie, Politikwissenschaft, Soziologie, Ethik, Psychologie, Pädagogik, Umwelt-, Arbeits-, Sport-, und Ernährungswissenschaften zusammen.

Tropenmedizin

Die Wurzeln der späteren Tropenmedizin reichen bis in die Kolonialzeit zurück: Forscher, Ärzte, Händler, Missionare und Militärs erkrankten im Rahmen ihres Aufenthalts in Teilen Afrikas im 18. und 19. Jahrhundert durch verschiedene dort endemische Krankheiten wie bspw. Malaria oder die Schlafkrankheit. Auch der „Tropenhelm“ sollte den Kolonialherren als Schutz vor starker Sonneneinstrahlung dienen. Präventive Maßnahmen, die in erster Linie dem Gesundheitsschutz der weißen Bevölkerung während der Kolonialzeit dienten, wurden im 19. und 20. Jahrhundert mit dem Aufkommen der Bakteriologie durch neue Forschungs- und erste Therapieansätze ergänzt.⁷ Heute versteht man in Deutschland Tropenmedizin primär als Fachgebiet, das die Epidemiologie, Prävention, Diagnostik

und Therapie von Erkrankungen umfasst, welche mit den Lebensumständen, Umweltbedingungen und Erregervorkommen in tropischen Regionen verbunden sind.⁸

Tropenmedizinische (Grundlagen-)Forschung sowie Projekte zu Krankheitsepidemiologie in Ländern des globalen Südens mögen bei Einigen mit unter den ersten Assoziationen auftauchen, wenn es um Forschung zu globaler Gesundheit geht. Es wurde bereits dargestellt, dass globale Gesundheit weit mehr Bereiche umfasst als die kurative Medizin und dass dabei immer auch größeren Zusammenhängen in Form von sozialen, politischen, ökonomischen und ökologischen Determinanten von Gesundheit eine zentrale Rolle zukommt. Gerade im Falle von vernachlässigten und armutsassoziierten Erkrankungen spielen diese Determinanten eine entscheidende Rolle. Seit die WHO 1977 erstmals eine Liste unentbehrlicher Arzneimittel veröffentlicht hat, ist die Anzahl von Menschen, die Zugang zu diesen essentiellen Medikamenten haben, deutlich gestiegen. Der Zugang zu sicheren, effektiven, hochqualitativen und bezahlbaren Medikamenten und Impfstoffen ist Teil des Unterziels 3.8 des Gesundheitsziels 3 der SDGs. Dennoch verbleibt immer noch ein großer Anteil der Weltbevölkerung ohne adäquaten Zugang und Patente können Medikamentenpreise hervorbringen, die, wie etwa im Fall der Therapie von Hepatitis C, die Budgets öffentlich finanzierter Gesundheitssysteme bei Weitem übersteigen. Forschungsbedarf im Bereich armutsassoziierten und vernachlässigter Krankheiten liegt damit sowohl auf Ebene biomedizinischer Grundlagen- und Medikamentenforschung als auch im Bereich der Versorgungsforschung und der sozialen Determinanten, welche diese Krankheiten zu „armutsassoziierten“ Erkrankungen machen.

International Health

Internationale Gesundheit weist eine Schnittstelle sowohl zum Public Health-Ansatz als auch zur Tropenmedizin auf: International Health umfasst eine individual- und bevölkerungsmedizinische Perspektive und zielt primär auf die Verbesserung des Gesundheitszustands von Menschen in anderen Ländern, meist in Ländern niedrigen- und mittleren Einkommens⁹ (low- and middle income countries; LMICs), ab. Der für International Health charakteristische zwischenstaatliche (binationale oder multinationale) Charakter, der auf die Ursprünge der Tropenmedizin in der Kolonialzeit zurückgeht, findet sich heute zum Teil in Projekten der Entwicklungszusammenarbeit und der humanitären Not- und Wiederaufbauhilfe wieder. Außerdem steht nicht nur die ganze Bevölkerungsgruppe im Mittelpunkt der Betrachtung, sondern auch die Gesundheit des einzelnen Individuums.

Global Health

Die beschriebenen Bereiche Public Health, International Health und Tropenmedizin bilden einen überlappenden Kernbereich: Global Health. Darüber hinaus umfasst GH – je nach (Forschungs-)Schwerpunkt und Verständnis – noch weitere Anteile, welche außerhalb dieses Kernbereichs liegen. Diese Anteile können unter Berücksichtigung der globalen Perspektive als die Synthese eines Public Health-Ansatzes mit individualmedizinischer Patientenversorgung verstanden werden¹⁰. Der Begriff global ist hier jedoch nicht geographisch zu verstehen, sondern bezieht sich auf das Ausmaß der zu lösenden Probleme.¹⁰

Andere Autoren betonen den normativen Charakter der Förderung von Gesundheit für Alle (health for all) auf globaler Ebene¹¹ in Abgrenzung zum nationalen Charakter von Public Health (health for us) und dem entwicklungspolitischen Charakter von internationaler Gesundheit (health for them) sowie den supranationalen Aspekt von sozialen Determinanten der Gesundheit¹² (z.B. Klimawandel als eine Herausforderung für die Menschen in allen Teilen der Welt, für die langfristig nur auf supranationaler Ebene Lösungsansätze entwickelt werden können).

Diese Perspektiven und der Grundgedanke von GH („improving health and achieving equity in health for all people worldwide“¹³) sollten neben der Bewertung der Relevanz des Themas und der praktischen Umsetzbarkeit Grundlage für die Auswahl des Forschungsthemas sein. Welche Grundsätze guter wissenschaftlicher Praxis bei der Planung und Umsetzung der Forschungsarbeit berücksichtigt werden sollten, wird im folgenden Abschnitt skizziert.

6 Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. (2009): Towards a common definition of global health. The Lancet. 373: 1993–5.

7 Bruchhausen W (2008): Von der Kolonialmedizin zu „Global Health“. Der Umgang mit medizinischen Herausforderungen der „Dritten Welt“, in: Gross D, Winkelmann HJ (Hg), Medizin im 20. Jahrhundert. Fortschritte und Grenzen (München: Ärztliche Praxis 2008), 232-243.

8 Musterweiterbildungsordnung Bundesärztekammer, https://www.daegfa.de/AerztePortal/Upload/Documents/Aktuelles/Berufspolitik/121%20D%C3%84T%202018_Drs.VIII-01_Anlage_Novelle-MWBO.pdf (abgerufen am 02.08.2019).

9 Die Weltbank gliedert Nationalstaaten beruhend auf dem Bruttonationaleinkommen pro Kopf in vier Gruppen: high, upper-middle, lower-middle and low. <https://data.worldbank.org/> (abgerufen am 02.08.2019).

10 Koplan J. et al (2009).

11 Beaglehole R, Bonita R (2010): What is global health? Global Health Action. 3:5142.

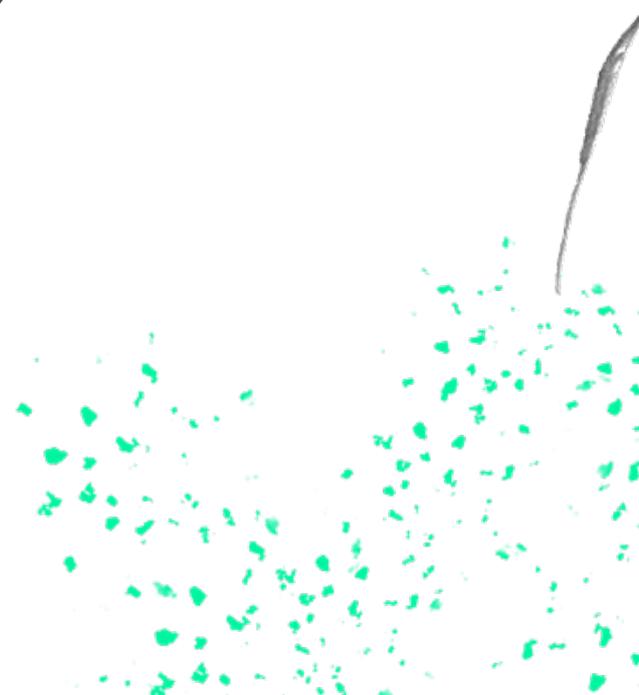
12 Bozorgmehr K (2010): Rethinking the 'global' in global health: a dialectic approach. Globalization and Health. 6: 19.

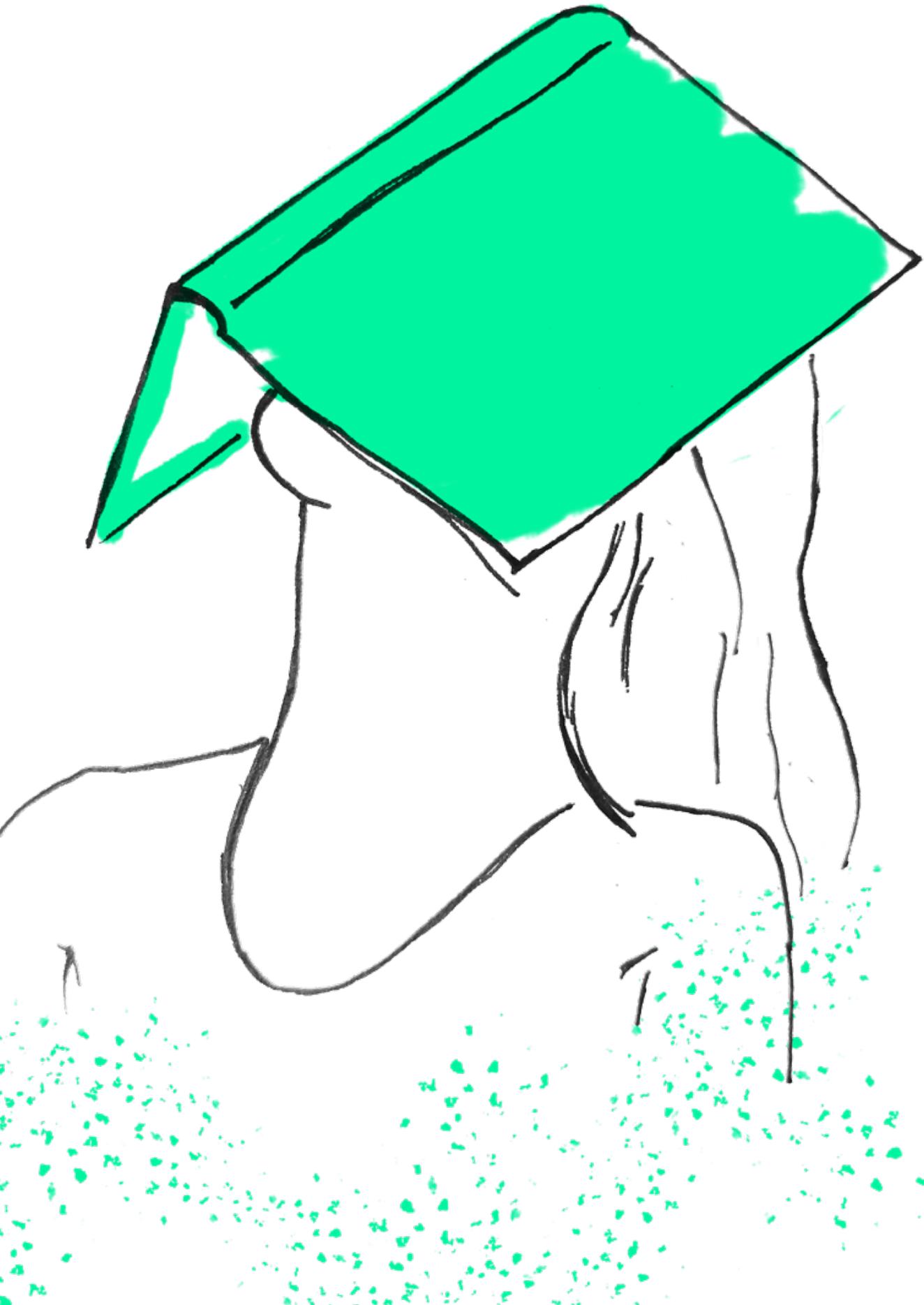
13 Koplan J. et al (2009).

GUTE WISSEN- SCHAFTLICHE PRAXIS

Walter Bruchhausen

Jan Stratil





Gemäß der erwähnten, im akademischen Bereich weit verbreiteten Definition von GH¹⁴ muss es auch bei der Forschung um Verbesserung von Gesundheit und Abbau von Ungleichheit gehen. Tropenmedizinische Forschung, die nur der Reisemedizin zu Gute käme, wäre demnach keine Global-Health-Forschung, und klinische Studien in LMICs zu deren erfolgreichen Therapieansätzen die Teilnehmenden und ihr Land anschließend keinen Zugang haben, auch nicht. Letzteres wäre sogar durch eine Reihe internationaler Dokumente verboten.

Es gibt eine Reihe von Standards und Prinzipien, deren Einhaltung gute von schlechter oder unethischer Forschung unterscheidet. Gute wissenschaftliche Praxis ist ein sehr umfassender Themenbereich, aus dem im Folgenden exemplarisch eine Auswahl von wichtigen Prinzipien aufgeführt wird. Die Prinzipien guter wissenschaftlicher Forschung gelten für alle Forschungsbereiche. Gerade im Bereich GH, als einem Feld, das inhaltlich eng mit vulnerablen Gruppen, Ungerechtigkeit, internationalen Zusammenhängen, Krankheitslast etc. verknüpft ist, ist es essentiell die Prinzipien guter wissenschaftlicher Praxis zu beachten und für den gesamten Forschungsprozess immer wieder zu reflektieren. Mittlerweile werden an vielen Universitäten freiwillige oder verpflichtende Kurse zu guter wissenschaftlicher Praxis für Promovierende angeboten.

Bedeutende internationale Standards

Statt für die Forschung auf Grundsätze zurückzugreifen, die in und für Europa oder Nordamerika entwickelt wurden und häufig deren (neo-)liberalen Ansatz widerspiegeln, sollte sich Global-Health-Forschung an global konsentierten Normen orientieren. Dazu gehören neben den Menschenrechten, deren Rechte auf Gesundheit¹⁵ und Selbstbestimmung auch die Teilnehmenden an medizinischer Forschung grundsätzlich schützen, eigene Erklärungen zur medizinischen Forschung. Dies sind insbesondere die 1964 verabschiedete und wiederholt revidierte Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes¹⁶ und die 2005 verabschiedete Allgemeine Erklärung über Bioethik und Menschenrechte der UNESCO.¹⁷ In Letzterer haben für GH die Artikel 12 bis 15 über kulturelle Vielfalt, Solidarität, gesellschaftliche Verantwortung und gemeinsame Teilhabe am Nutzen sowie Artikel 21 zur grenzüberschreitenden Forschung besondere Bedeutung. Dabei sollten selbstverständlich eventuelle höhere Schutzstandards der beteiligten Länder nicht unterschritten werden.

Die Allgemeine Erklärung über Bioethik und Menschenrechte der UNESCO verlangt neben diesen besonders für internationale Forschung wichtigen Regeln die Einhaltung allgemeiner Standards, wie sie auch schon in den Menschenrechten und der Deklaration von Helsinki angelegt sind, nämlich

- › Vorrang des Wohls und Interessen Einzelner gegenüber den Interessen von Wissenschaft und Gesellschaft (Art. 3)
- › Nutzenmaximierung und Schadensminimierung (Art. 4)
- › Achtung der Selbstbestimmung (Art. 5)
- › Sicherstellung von Aufklärung und Einwilligung (Art. 6)
- › Schutz Nicht-Einwilligungsfähiger (Art. 7)
- › Achtung von Schutzbedürftigkeit (Art. 8)
- › Vertraulichkeit (Art. 9)
- › Gleichberechtigung (Art. 10)
- › Nicht-Diskriminierung und Nicht-Stigmatisierung (Art. 11)

Die Einhaltung dieser Normen liegt in der Verantwortung aller Beteiligten, insbesondere der Forschenden selber. Sie wird jedoch zusätzlich durch die gesetzlich oder berufsrechtlich vorgeschriebene Beratung durch eigene Gremien gefördert, in Deutschland Ethikkommissionen (nicht zu verwechseln mit den für Krankenversorgung zuständigen Klinischen Ethikkomitees) und im internationalen Bereich Ethical oder Institutional Review Boards, aber auch Research Ethics Committees genannt. Ärztinnen und Ärzte müssen sich durch sie auf der Grundlage der Deklaration von Helsinki beraten lassen. Wer neue Medikamente, Impfstoffe oder Medizinprodukte testen will, muss dies zusätzlich nach eventuellen internationalen und nationalen arzneimittelrechtlichen Bestimmungen tun. Die Voten der Ethikkommission sind gewöhnlich bindend, ein Verstoß gegen sie kann auch strafrechtliche Konsequenzen haben.

Der Schutz durch solche Gremien, Überwachungsbehörden und die Justiz, dazu die zivilgesellschaftliche Kontrolle durch unabhängigen Journalismus und eine kritische Öffentlichkeit, ist in Ländern des Globalen Südens unter Umständen weniger gesichert als in Westeuropa. Schon alleine deshalb müssen die deutschen Standards eingehalten werden.

Doch auch Bildung und soziale Situation von Versuchsteilnehmenden können ihren Schutz beeinträchtigen. Wer eigenständiges Entscheiden gegenüber Autoritäten nicht gewohnt ist, die Aufklärungsbögen nicht lesen und verstehen kann oder eine finanzielle Notlage besteht, benötigt entsprechende Unterstützung. Minoritäten und Analphabeten sind als besonders vulnerabel, d.h. schutzbedürftige Gruppen anzusehen. Aber auch hier ist das Recht der Einzelnen gegenüber der Gruppe zu wahren. Ansprüchen der Gruppe, etwa durch einen „family consent“ die Zustimmung des Einzelnen zu ersetzen, kann nicht entsprochen werden. Der „community consent“ kann aber als zusätzliche Hürde zum „individual consent“ dazu dienen, ähnlich wie eine lokale Ethikkommission durch Kenntnis örtlicher Realitäten die Schutzansprüche unter den gegebenen Bedingungen sicherzustellen.

Das Prinzip der Schadensvermeidung

Während wir uns alle wünschen, dass unsere Tätigkeit und Forschung Nutzen bringt und Gutes bewirkt (Benefizienz), selbst wenn sie nur Teil von einem großen Ganzen ist, ist ein sinnvoller Ansatz erstmal zu versuchen nicht zu schaden (primum non nocere, non-maleficency). Schaden kann in verschiedenen Formen auftreten:

Bei sehr vielen Forschungsmethoden entstehen unterschiedliche Formen von **direktem Schaden** durch die Forschung selbst. Dieser ist bei manchen Forschungsmethoden vernachlässigbar bis sehr gering, z.B. bei der Auswertung von Sekundärdaten mit Hilfe epidemiologisch-statistischer Verfahren, bei systematischen Übersichtsarbeiten oder bei diversen Studien an Zellen im Labor. Bei anderen Forschungsvorhaben scheint der Schaden offensichtlich und geplant, z.B. wenn Tiere im Rahmen einer klinischen Studie bewusst mit Erregern infiziert werden, auf die Entwicklung bestimmter Tumore hin gezüchtet oder manipuliert werden oder wenn wir die

körperliche Unversehrtheit wie etwa für Blutabnahmen verletzen. In vielen Fällen tritt Schaden in einer probabilistischen Weise auf – d.h. es besteht die Wahrscheinlichkeit für eine bestimmte unerwünschte Arzneimittelwirkung bis hin zum Tod.

Oft nicht ausreichend reflektiert sind die negativen Auswirkungen qualitativer Forschung, z.B. wenn durch Fragen traumatische Erinnerungen hervorgerufen werden oder emotionale Belastungen entstehen. Auch sollten in diesem Kontext die Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen mitbedacht werden.

Um die Prinzipien der Non-Maleficency zu erfüllen, sollten u.a. folgende Fragen gestellt werden:

- *Wurde alles Mögliche getan um etwaigen Schaden zu vermeiden oder zu reduzieren?*
Wurden die Forscher ausreichend darin trainiert, Schäden zu vermeiden und zu reduzieren? Das sieht je nach Forschungsbereich sehr unterschiedlich aus, aber z.B. eine qualitative Forschung zu traumatischen Themen von einer Person durchführen zu lassen, die unzureichend auf solche Gespräche und qualitative Methodik trainiert ist, erscheint unethisch.
- *Stehen Mechanismen zur Verfügung, um im Falle von Schäden adäquat zu reagieren?* (z.B. Reiseversicherungen, Möglichkeiten psychologischer Betreuung (auch über die Studiendauer hinaus), Notfallpläne im Fall unerwünschter Arzneimittelwirkungen, etc.)
- *Hat eine unabhängige, spezialisierte Institution (z.B. Ethikkommission) die (potenziellen) negativen Auswirkungen des Forschungsvorhabens kritisch geprüft?* Jedoch sollte ein positiv beschiedener Ethikantrag nicht automatisch als Freibrief für ethisch einwandfreie Forschung verstanden werden. Beispielsweise fällt bei Tierschutzthemen die Praxis regional sehr unterschiedlich aus (Stichwort: regulatory capture¹⁸).

Indirekter Schaden entsteht, wenn Forschung nicht dazu beiträgt unser Wissen zu erweitern, sondern uns weiter von „der Wahrheit“ wegbringt und im schlimmsten Fall dafür sorgt, dass Menschen aufgrund falscher Forschungsergebnisse oder einer schlechten Evidenzlage in Gefahr geraten, z.B. wenn diesen schädliche Medikamente verordnet werden, weil Studien die Forschungslage zu diesen zu rosig darstellen.

Benefizienz und Proportionalität

Zu Beginn jedes Forschungsvorhabens sollte man die Verhältnismäßigkeit (Proportionalität) von Nutzen zu Kosten und möglichen Schäden von Forschung reflektieren. Wie wahrscheinlich ist es, dass ich mit meiner Forschung mehr Gutes tue (Benefizienz), als Schaden anzurichten (Malefizenz)? Eine zentrale Überlegung zu Beginn jedes Forschungsprojekts sollte daher sein:

Braucht es diese Forschung wirklich? Evidenz spielt hier eine zentrale Rolle. Diese bildet eine essentielle Grundlage, um zu entscheiden ob die Forschung wirklich etwas bringt: *Wurde eine intensive und ausgiebige Literaturrecherche durchgeführt?*

Der Sinn von Forschung ist es, neues Wissen zu generieren. Wenn ein schon in zahlreichen Versuchen widerlegtes Konzept erneut an Tier oder Mensch getestet wird, steigt die Notwendigkeit von stichhaltigen Argumenten, warum dennoch eine erneute Studie notwendig ist. Zudem muss auch die Evidenzhierarchie beachtet werden. Wurden weniger invasive Maßnahmen in ausreichendem Maße durchgeführt, um die Fragestellung weiter an Tieren zu untersuchen bzw. zu Versuchen am Menschen überzugehen?

Eine Frage, die sich direkt hieran anschließt, ist:

Bin ich ausreichend ausgebildet, oder sind ausreichende Ausbildungsmöglichkeiten verfügbar, um die Forschung in einem guten Maße durchzuführen, die irgendjemandem irgendetwas bringt?

Oft beginnt man die Beschäftigung mit einem Forschungsbereich und wird feststellen, dass man Monate oder sogar Jahre brauchen kann, um sich in eine Debat-

14 Koplán J. et al (2009).

15 Economic and Social Council, The right to the highest attainable standard of health: 08/11/2000. E/C.12/2000/4. (General Comments)

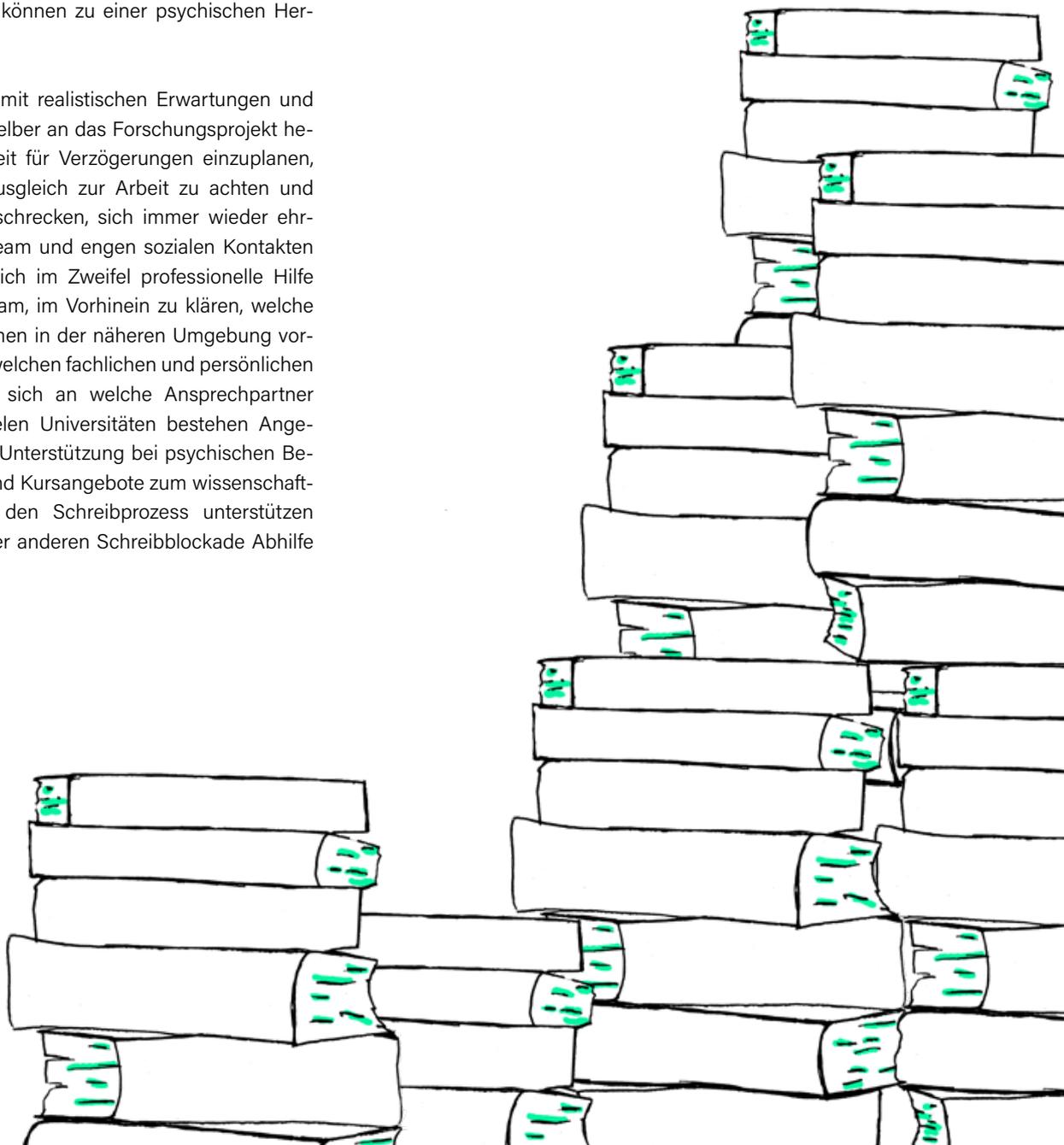
16 Weltärztebund, Deklaration von Helsinki (1964/2013), https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/Deklaration_von_Helsinki_2013_DE.pdf (abgerufen am 02.08.2019).

17 UNESCO, Allgemeine Erklärung über Bioethik und Menschenrechte (19.10.2005), https://www.unesco.de/sites/default/files/2018-03/2005_Allgemeine%20Erkl%C3%A4rung%20C3%BCber%20Bioethik%20und%20Menschenrechte.pdf (abgerufen am 02.08.2019).

18 Regulatory capture (deutsch etwa: Vereinnahmung einer Regulierungsbehörde) ist eine Form politischer Korruption, die auftritt, wenn ein Kontrollinstitution (z.B. ein Regierungsorgan), anstatt im Interesse der Gesellschaft zu handeln, die kommerziellen oder speziellen Interessen einer bestimmten die Industrie oder den Sektor dominierenden Interessensgruppe (Lobby) vertritt.

te einzuarbeiten. Das zu bearbeitende Problem kann sich als hochkomplex herausstellen, die Hoffnung auf einfache Antworten wird enttäuscht. Daher sollte man das Nutzen-Schaden-Verhältnis auch für sich persönlich abwägen. Wissenschaftlich zu forschen, dabei Rätsel zu lösen und Neues zu entdecken kann eine der schönsten und befriedigendsten Tätigkeiten sein, die man in seinem Leben tun kann. Aber für zahlreiche Personen ist es das auch nicht. Es kann sein, dass man feststellt, dass Forschung schlicht nicht der richtige Bereich für die eigene Person ist und kein Feld, in dem man sich wohl fühlt. In vielen Fällen kommt dies durch unzureichende und harte äußere Bedingungen zustande. Auch qualitative Forschung, bei der z.B. viele Gespräche mit Personen geführt werden, die traumatische Erlebnisse durchgemacht haben, kann zur Herausforderung für die eigene mentale Gesundheit werden. Eine Promotion bringt hohe Anforderungen mit sich und birgt die Gefahr für Emotionen wie Kontrollverlust, negatives oder mangelndes positives Feedback, Zeitdruck, Zweifel an den eigenen Fähigkeiten, oder Unklarheit über die Sinnhaftigkeit der eigenen Tätigkeit. Auch Auslandsaufenthalte in LMICs können zu einer psychischen Herausforderung werden.

Daher ist es wichtig, mit realistischen Erwartungen und Ansprüchen an sich selber an das Forschungsprojekt heranzutreten, genug Zeit für Verzögerungen einzuplanen, auf ausreichenden Ausgleich zur Arbeit zu achten und nicht davor zurückzuschrecken, sich immer wieder ehrlich mit dem Projektteam und engen sozialen Kontakten auszutauschen und sich im Zweifel professionelle Hilfe zu suchen. Es ist ratsam, im Vorhinein zu klären, welche Sicherungsmechanismen in der näheren Umgebung vorhanden sind und mit welchen fachlichen und persönlichen Schwierigkeiten man sich an welche Ansprechpartner wenden kann. An vielen Universitäten bestehen Angebote zur kurzfristigen Unterstützung bei psychischen Belastungssituationen und Kursangebote zum wissenschaftlichen Arbeiten, die den Schreibprozess unterstützen und bei der einen oder anderen Schreibblockade Abhilfe schaffen können.

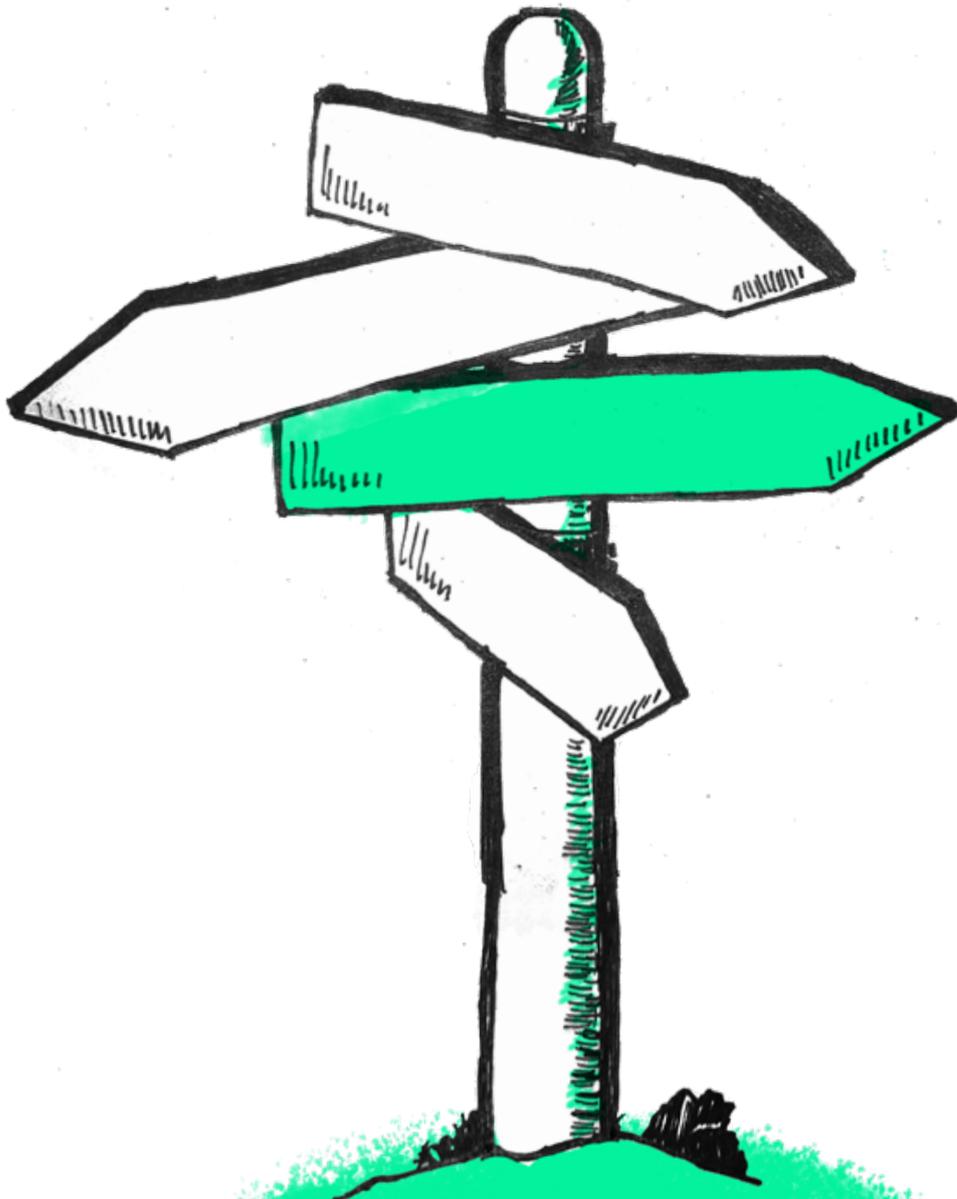


WORAUF SOLLTE GLOBAL-HEALTH-FORSCHUNG KONZENTRIERT SEIN

Jan Stratil



EN SICH UNG UND -PRAXIS N?



Diskurse beschreiben sich in der Sprache manifestierende Verständnisse von Wirklichkeit einer bestimmten Gruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt. Eine Herausforderung von Diskursen ist – gerade auch bei so wichtigen Themen wie z.B. der Forschung zu neuen Medikamenten – sich auch über die Grenzen dieses Diskursraums hinaus Gedanken zu machen. Im Fall von vernachlässigten und armutsassoziierten Erkrankungen im Speziellen, aber im deutschen Diskurs zu GH im Allgemeinen – dominieren oftmals von biomedizinischen Ansätzen geprägte Konzepte (Im Sinne von: Es werden primär neue Medikamente benötigt, um den Krankheiten zu begegnen und ärztliches Personal ist der wichtigste Akteur, wenn es um die Verbesserung der Gesundheit geht.) Aber warum auch nicht? Welche Interventionen außerhalb der medizinischen Krankenversorgung können sonst zur Verbesserung der Gesundheit beitragen? Eine wichtige Erkenntnis aus Europa, Nordamerika und Ostasien im 19. und frühen 20. Jahrhundert ist, dass die Erfolge, die etwa im Kampf gegen Tuberkulose, Cholera, Typhus oder Wurmerkrankungen erzielt wurden, zu wesentlichen Teilen durch die Verbesserung der Lebensumstände der Menschen und einzelne Public Health Maßnahmen erreicht wurden. Abbildung 3

stellt z.B. die Entwicklung von Tuberkulose in den USA dar, welche – wie auch in Europa – bereits weit vor der Entwicklung erster wirksamer medikamentöser Therapien deutlich abgenommen hatte (wichtige Einflussfaktoren waren wohl eine Reduktion von Armut und damit eine Verbesserung der Ernährungssituation, Fortschritte bei der Lebensmittelsicherheit (v.a. pasteurisierte Milch) sowie ein Weiterentwicklung mit Blick auf (Wasser-)Hygiene und Wohnbedingungen.

Eine große Rolle in vielen LMICs spielen neben der Frage nach der Existenz oder Nicht-Existenz von Arzneimitteln die Aspekte von (lokaler) Verfügbarkeit (availability), Zugänglichkeit (accessibility), Akzeptabilität (acceptability), evidenz-informierter Versorgung (scientific quality) oder diskriminierungsfreier Zugang (non-discrimination). Die Disziplin, die sich mit dem Zugang bzw. dem fehlenden Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung beschäftigt, ist die Versorgungsforschung (engl. Health Services Research). Beispielsweise muss ein wichtiger Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Lebenschancen etwa von Personen, die mit HIV leben, nicht zwingend ein neues, besseres Medikament sein, sondern kann sich auch

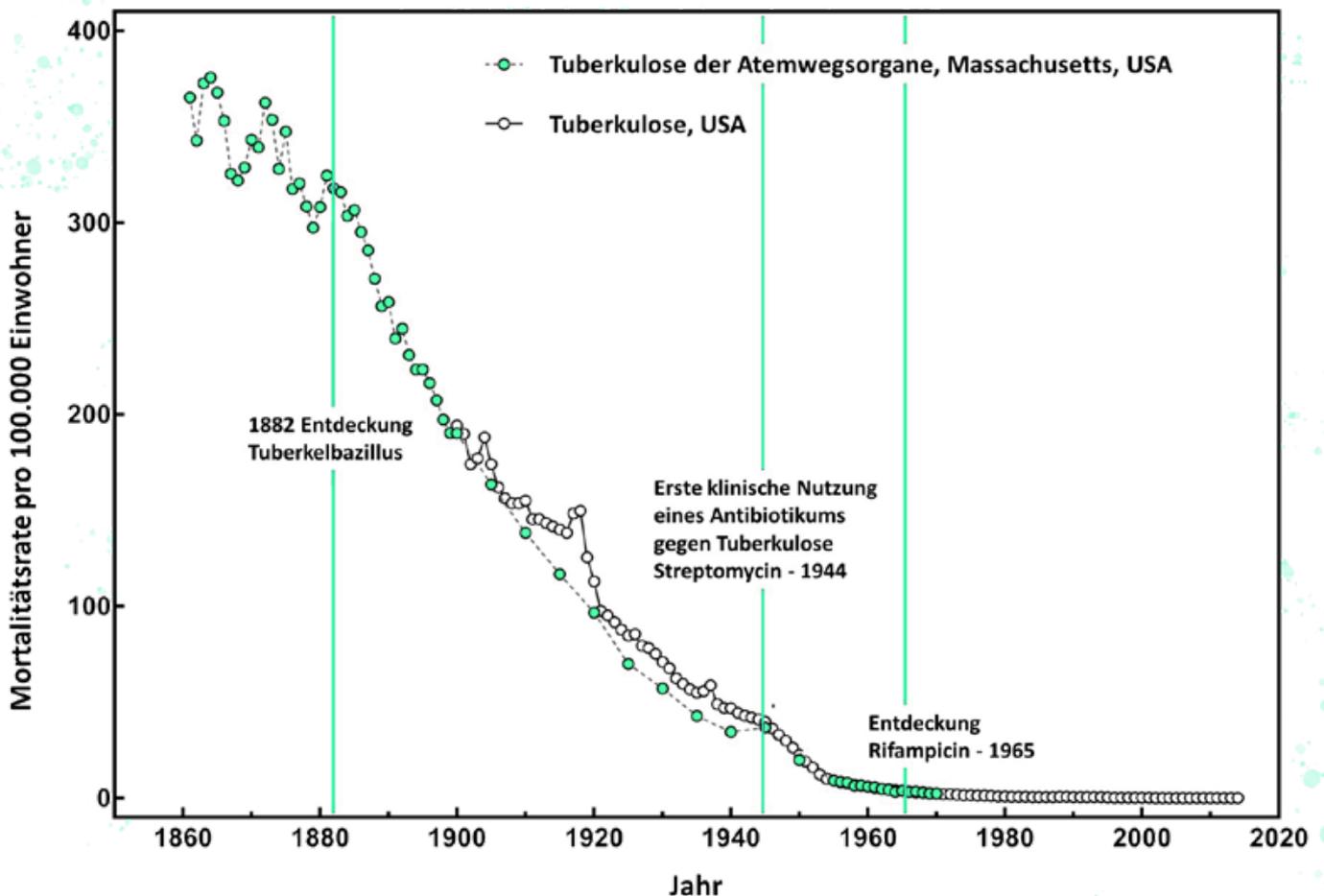


Abbildung 3: Entwicklung der Tuberkulose-Mortalitätsraten in den USA. Adaptierte Grafik nach Ljalpers (2016). Wikimedia: Merged mortality rates of ‚tuberculosis of respiratory system‘ in Massachusetts 1861–1970, and ‚tuberculosis‘ USA 1900–2014 (Data collected from reports of the US Census Bureau and CDC-Wonder / the US Center for Disease Control (CDC); AMC-University of Amsterdam, 2016).

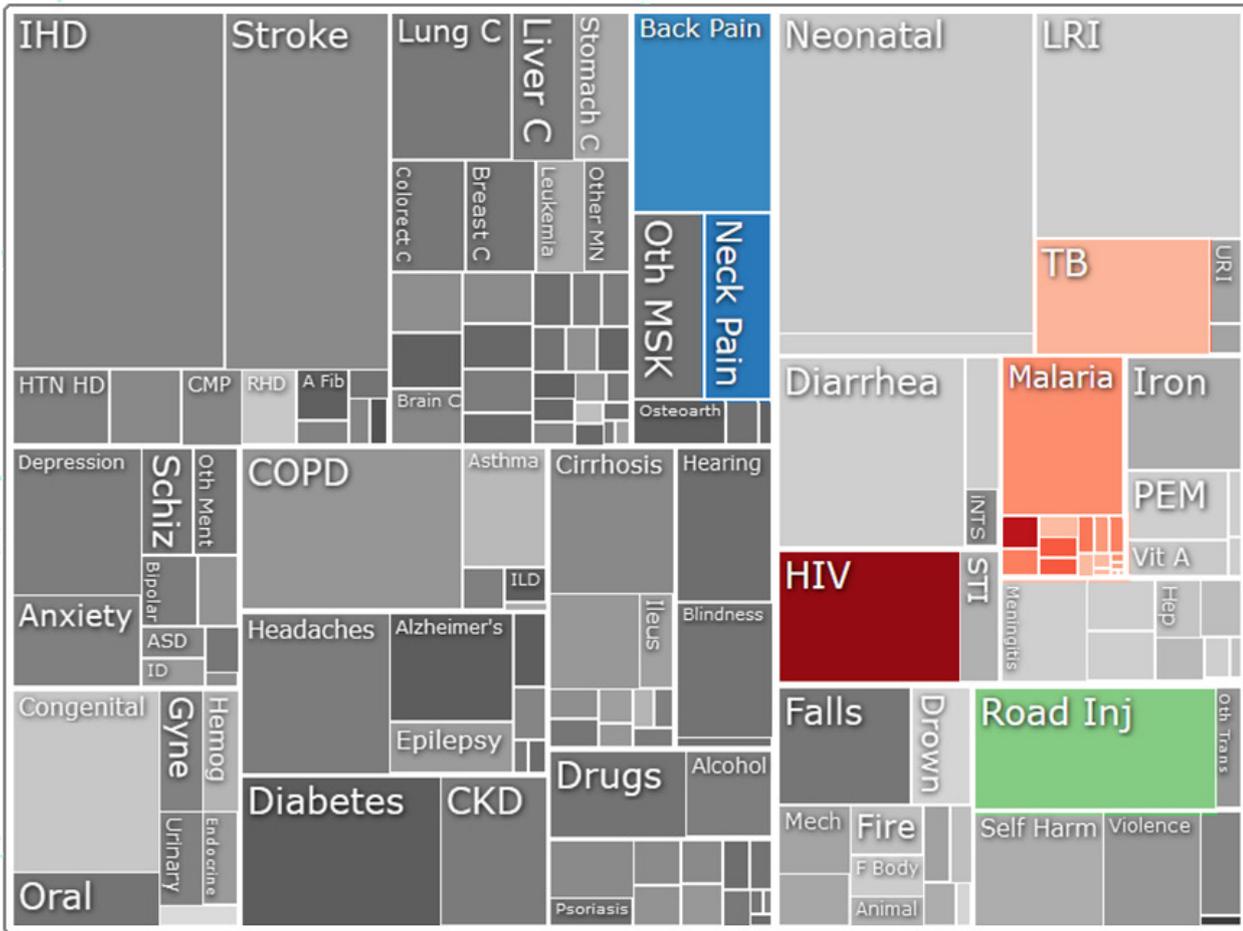


Abbildung 4: Verteilung der globalen Krankheitslast gemessen in Disability-Adjusted-Life-Years (DALYs) für alle Länder im Jahr 2017. Hervorgehoben sind in Blau: Rückenschmerzen (Back Pain) und Nackenschmerzen (Neck Pain), in Grün: Verkehrsunfälle (Road Inj), sowie in Rot: HIV, Malaria, Tuberkulose (TB) und vernachlässigte Tropenkrankheiten (mehrere kleine Kästchen unterhalb von Malaria). Adaptierte Grafik nach: <http://www.healthdata.org/data-visualization/gbd-compare>

damit beschäftigen, aus welchen Gründen heute noch viele Menschen funktionierende und frei zugängliche Medikamente nicht einnehmen können oder wollen.

Eng verbunden mit den Gründen für die großen Erfolge wohlhabender Länder im Bereich vernachlässigter und armutsassoziierter Erkrankungen ist die Frage nach vernachlässigten und armutsassozierten Risikofaktoren und Gesundheitsdeterminanten: Laut der Global Burden of Disease Study¹⁹ lassen sich in LMICs 82% aller Todesfälle durch Lungenentzündungen und 85% aller infektiösen Darmerkrankungen – mit die wichtigsten Todesursachen in diesen Ländern – auf vermeidbare Risikofaktoren zurückführen.²⁰ Um diesen armutsassozierten Erkrankungen zu begegnen, ist sowohl Verhältnisprävention (z.B. saubere Lebensmittel, Atemluft und Wasserquellen) als auch individuelles Gesundheitsverhalten (z.B. Handhygiene, Defäkationsverhalten oder Stillen) notwendig. Die Forschung zu solchen Risikofaktoren ist auch in Deutschland zum Teil stark vernachlässigt. Ein Beispiel für so einen ver-

nachlässigten Risikofaktor ist indoor air pollution (Luftverschmutzung in geschlossenen Gebäuden) durch Kochen oder Heizen mit Materialien wie Holz, Kohle oder getrocknetem Dung, was zu Geburtskomplikationen, Herz-Kreislaufkrankungen und Infektionskrankheiten der Lunge führen kann. In diesem Kontext etwa wäre es wünschenswert besser zu verstehen, warum manche Menschen keine „gesünderen“ Alternativen zu ihren klassischen, gesundheitsgefährdenden Heizöfen nutzen.²¹

Eine weitere komplexe Frage ist die nach dem normativen Rahmen, in dem Diskurse über Entwicklung und Forschung geführt werden. Eine utilitaristisch geprägte Perspektive könnte davon ausgehen, dass wir uns mit unseren begrenzten Ressourcen auf die Krankheiten und Gesundheitsstörungen konzentrieren sollten, an denen viele Menschen leiden und die relativ leicht überwunden werden könnte, so dass dies den größten Nutzen für möglichst viele Menschen bringen können. Legt man dieses Prinzip zugrunde, wird auch die im Vergleich hohe Krankheitslast

durch andere, insbesondere nicht-übertragbare Krankheiten sowie Unfälle, Gewalt und andere externe Einflüsse deutlich. So gingen laut der Global Burden of Disease Study im Jahre 2017 (vgl. Abbildung 4) 3,7% (CI 2,9% – 4,7%) aller global durch Leben mit Krankheit oder zu frühen Tod verlorenen gesunden Lebensjahre (Disability-Adjusted-Life-Years, DALYs) auf Rücken- und Nackenschmerzen zurück – eine Erkrankung die schon lange nicht mehr nur eine Gesundheitsstörung von high-income countries ist. Der Anteil der globalen Krankheitslast der auf Tuberkulose zurückgeführt wird, lag bei 1,8% (1,7% - 2,0%), der von Malaria ebenfalls bei 1,8% (1,3% – 2,5%) und der von HIV bei 2,2 % (2,0-2,4). Straßenverkehrsunfälle, zwischenmenschliche Gewalt, Stürze oder Ertrinken in den ärmsten Ländern haben eine große Bedeutung für das Leben und Sterben der Bevölkerung. So waren in Ländern mit einem niedrigen Pro-Kopf-Einkommen 2017 in der Global Burden of Disease Study 0.42% (0.37% - 0.48%) aller Todesfälle auf vernachlässigte und armutsassoziierte Erkrankungen Tropenkrankheiten zurückzuführen, während der Wert für Verkehrsunfälle bei 2.2% (2,0-2,4%) lag.²²

Eine andere, oft Menschenrechts-informierte Position ist die, dass wir gerade auch den Krankheiten und Gesundheitsstörungen Aufmerksamkeit schenken sollten, an denen die am meisten benachteiligten Personen leiden oder in denen es aktuell für davon Betroffene keine Hoffnung gibt – egal wie viele dies sind. Public Health und Global Health-Ethik sind Disziplinen, in denen solchen Fragestellungen nachgegangen wird. Auch hier gibt es Möglichkeiten für interessante und herausfordernde Forschungsprojekte, um die ethischen Leitlinien herauszuarbeiten, in deren Rahmen wir als Praktiker und Praktikerinnen, Forscher und Forscherinnen und als Gesellschaft agieren.



Die Welt mit anderen Augen sehen – Visualisierung von Krankheits- und Entwicklungsdaten

„Schlechte Ernährung tötet weltweit mehr Menschen als Tabak und Bluthochdruck“ – Das Global Burden of Disease-Projekt

Das Global Burden of Disease-Projekt quantifiziert seit den 1990er Jahren Krankheit, Todesfälle, Behinderung und die entsprechenden Risikofaktoren. Das Wissen um die globale Krankheitslast hat unter anderem entscheidenden Einfluss auf politische Entscheidungen und Planungsprozesse und kann die Wahrnehmung für die tatsächlichen regionalen Gesundheitsprobleme und deren Entwicklung schärfen.

Die verfügbaren Daten umfassen neben Prävalenz, Inzidenz, Mortalität und Lebenserwartung auch verlorene Lebensjahre durch frühzeitigen Tod (Years of life lost, YLLs), Lebensjahre mit Behinderung (Years lived with disability, YLDs) und durch Krankheit beeinträchtigte Lebensjahre (disability adjusted life years, DALYs). Das Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) bietet verschiedene interaktive Visualisierungsmöglichkeiten für die Analyse von aktuell 359 Krankheiten und Unfällen sowie 84 Risikofaktoren seit 1990. <http://www.healthdata.org/gbd>

Gapminder – Fact Tank statt

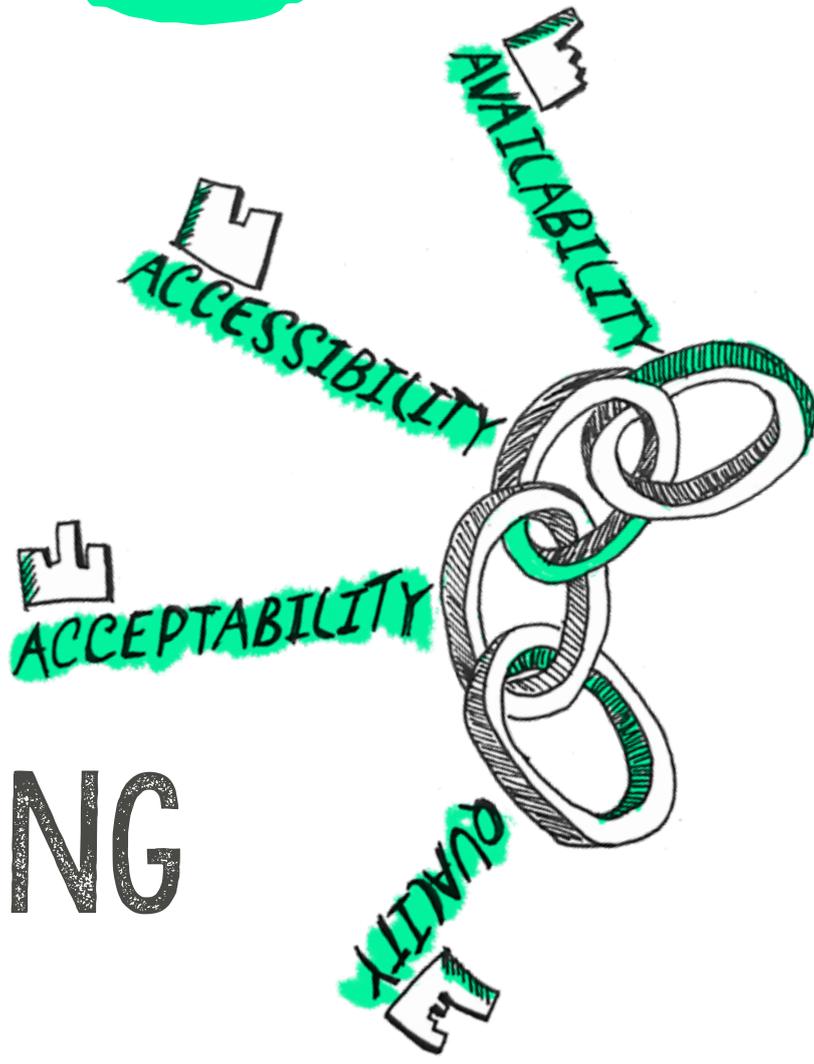
Die 2005 von Ola Rosling, Anna Rosling Rönnlund und Hans Rosling in Stockholm gegründete Stiftung hat das Ziel, durch Vor- Think Tank träge, den Gapminder Test, visualisierte Statistiktools wie bubble charts oder die Dollar Street Daten zur internationalen Entwicklung verständlicher und greifbarer zu machen und so ein faktenbasiertes Verständnis auf unsere Welt zu fördern. Das große Angebot an Analyse- und Visualisierungstools ist frei verfügbar unter: <https://www.gapminder.org/>

- 19 Global Burden of Disease Collaborative Network (2019): Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Available from <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>.
- 20 Stanaway, Jeffrey D et al. (2019): Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 392 (10159):1923 – 1994.
- 21 Global Burden of Disease Collaborative Network (2019): Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (abgerufen am 03.08.2019). Eva A. Rehfuess, Elisa Puzzolo, Debbi Stanistreet, Daniel Pope, and Nigel G. Bruce (2014): Enablers and Barriers to Large-Scale Uptake of Improved Solid Fuel Stoves: A Systematic Review *Environmental Health Perspectives* 122:2 CID: <https://doi.org/10.1289/ehp.1306639>
- 22 Global Burden of Disease Collaborative Network (2019): Global Burden of Disease Study 2017 (GBD 2017) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> (abgerufen am 03.08.2019).



GESUNDHEITSSYSTEM VERSORGUNGS-, ZUGANGS- UND IMPLEMENTIERUNGSF

Walter Bruchhausen



ORSCHUNG

Neben der epidemiologischen Forschung, besonders zu den sozialen Determinanten und der Forschung und Entwicklung von erschwinglichen Arzneimitteln insbesondere für vernachlässigte Krankheiten, gehört zu einer Erforschung und Beseitigung der gesundheitlichen Benachteiligung großer Teile der Weltbevölkerung auch der Blick auf das Gesundheitssystem.

Laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) setzt sich das Gesundheitssystem aus den sechs „building blocks“ Gesundheitspersonal, (unentbehrliche) Medikamente und Ausstattung, Gesundheitsdienste, Finanzierung, Information und Governance zusammen.²³ Wenn einer dieser Bereich nicht genügend funktioniert, betrifft dies das ganze System. Eine volle Apotheke nützt ohne Fachpersonal nichts, umgekehrt kann Fachpersonal ohne entsprechende Gesundheitsdienste (Sprechstunden, Einrichtungen, mobile Kliniken) und Medikamente nicht wirksam werden, ohne Information über vorherrschende Gesundheitsprobleme und deren Bewältigungsmöglichkeiten gehen Personalplanung und Medikamentenbestellung ins Leere, ohne Geld fehlen Personal und Medikamente, ohne politischen Willen und entsprechende Leitungsfähigkeiten funktioniert kein System. („Horizontale“) Gesundheitssystemstärkung ist ein langjähriges Anliegen der deutschen Entwicklungszusammenarbeit, die sich an diesem Punkt von den stärker an („vertikalen“) Interventionen interessierten westlicheren Ländern, insbesondere den USA, unterscheidet.

Forschung in die fehlende Funktionsfähigkeit all dieser Aspekte der Anbieterseite gehört als Gesundheitssystem- oder Versorgungsforschung deshalb in die GH-Forschung. Dasselbe gilt für die Nachfrage- oder Nutzerseite. Welche Faktoren beeinträchtigen hier die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen? Die verbindliche Ausarbeitung des Menschenrechts auf den bestmöglichen Gesundheitszustand von 2000 hat dafür den menschenrechtlichen AAAQ-Ansatz auch auf die Gesundheitsdienste angewendet: Sie müssen die Kriterien

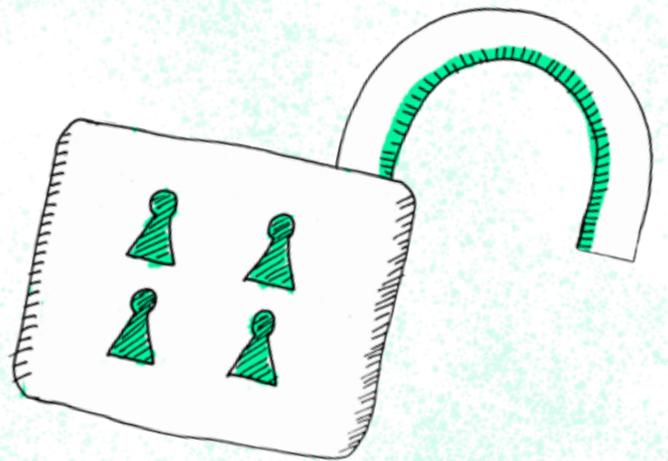
- Availability
- Accessibility
- Acceptability
- Quality

erfüllen, d.h. überhaupt vorhanden sein, räumlich und finanziell (affordability) zugänglich sein, v.a. kulturell akzeptabel sein, also z.B. nicht bestimmte Gruppen diskriminieren, und eine entsprechende Qualität aufweisen. Was dies im Einzelnen, z.B. transporttechnisch, finanziell, im Hinblick auf politische, ethnische, Geschlechter- oder Altersunterschiede bedeutet und wie diese Barrieren überwunden werden können, ist Gegenstand der Zugangsforschung.

Um Faktoren auf der Anbieter- und der Nutzerseite geht es bei dem politischen Ansatz Universal Health Coverage (UHC), der als Ziel der Weltgemeinschaft, nicht nur der WHO, inzwischen als Unterziel von Sustainable Development Goal (SDG) 3²⁴ erreichen soll, dass die Lücken im Zugang zu Gesundheitseinrichtungen, im Spektrum der dort verfügbaren Gesundheitsdienstleistungen und in der solidarischen Finanzierung dieser Leistungen geschlossen werden. Denn teure, selbst zu bezahlende Behandlungen, die zur Verarmung von Familien führen, sind nicht gesundheitsförderlich.

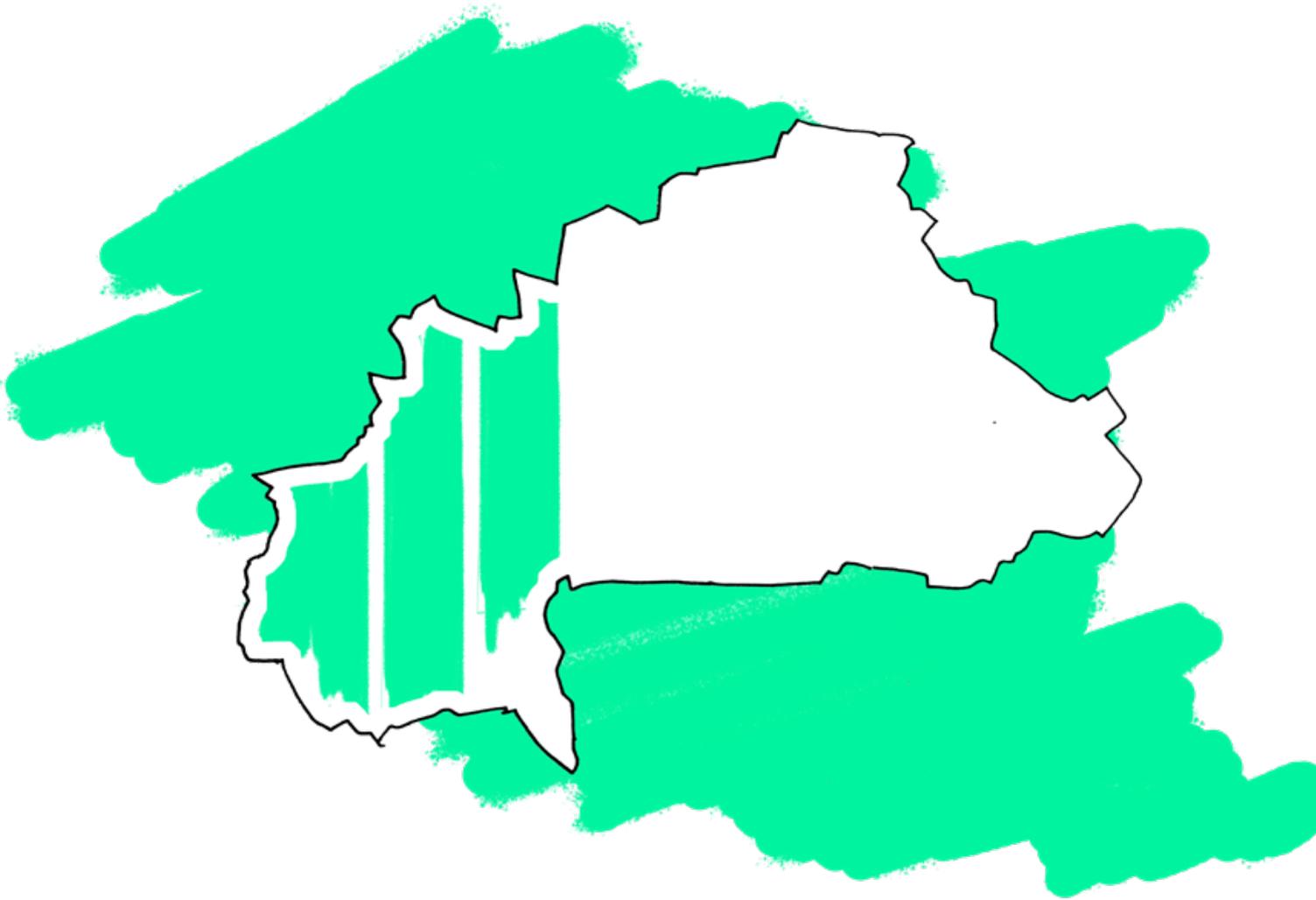
Wenn präventive oder gesundheitssystemstärkende Interventionen durchgeführt werden, ist es entscheidend, die Erfolgs- und Misserfolgskriterien solcher häufig sehr kostenintensiven Programme rechtzeitig zu erkennen, was häufig entsprechende Forschung verlangt. Diese Implementierungsforschung ist eine Form der operationellen Forschung, d.h. der auf Maßnahmen bezogenen Studien, bei der es um die praktische Umsetzung von Planungen geht. Aufgrund der gewohnten Aufgabenteilung zwischen Universitäten und Fachhochschulen wurde solche „angewandte“ Forschung häufig und lange als angeblich weniger wissenschaftlich abgewertet. Angewandte Forschung ist an medizinischen Fakultäten jedoch als klinische Forschung immer präsent gewesen und findet inzwischen auch als Forschung zu außerklinischer Gesundheitsversorgung mehr Anerkennung. Die Krankheitshäufigkeiten, Vorbeugungs- und Behandlungsmöglichkeiten sprechen auch in Industrienationen für eine stärkere Berücksichtigung des ambulanten Sektors und der Prävention in der Forschung.

Gerade im GH-Bereich sind solche Forschungsansätze entscheidend und müssen noch mehr ausgebaut werden, weil es ja bei den meisten globalen Gesundheitsproblemen gerade nicht um das völlige Fehlen von wirksamen präventiven und kurativen Maßnahmen geht, sondern darum, dass aus den genannten systemischen Gründen, insbesondere Mangel an Geld, qualifiziertem Personal, Arzneimitteln, Wissen und Gesundheitseinrichtungen, diese Maßnahmen den am stärksten Betroffenen nicht zu Gute kommen.



23 World Health Report 2000: Health Systems – Improving Performance; WHO 2007: Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes. WHO's framework for action; World Health Report 2010: Health Systems Financing – The path to universal coverage; WHO 2010: Key components of a well functioning health system. www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents.pdf?ua=1 (abgerufen am 02.08.2019).

24 <https://sustainabledevelopment.un.org/sdg3> (abgerufen am 02.08.2019).



BEDEUTUNG UND HERAUSFORDERUNGEN VON FORSCHUNG IM GLOBALEN SÜDEN AM BEISPIEL VON BURKINA FASO

Leonie Ströbele
Noel Gnada

Wissenschaftliche Forschung in verschiedensten Bereichen, so auch in der globalen Gesundheit, wird oft länderübergreifend durchgeführt. Nicht selten forschen und verfassen Wissenschaftler und Wissenschaftlerinnen Thesen über Gegebenheiten in für sie erstmal fremden Ländern. Während es zu den meisten wissenschaftlichen Bereichen eine Vielzahl von international publizierten Forschungsaktivitäten gibt, gestaltet sich die Suche nach Publikationen aus LMICs oft deutlich schwieriger.

Grund hierfür kann unter anderem ein Mangel an öffentlichen Geldern sein, welche in Forschungsaktivitäten investiert werden. Zuschussgelder für Forschung fallen daher in LMICs oft gering(er) aus bzw. sind nicht vorhanden. Des Weiteren wird von Geschlechterungleichheiten und einem Bias aufgrund der gesprochenen Sprache von Stipendiaten – Englischsprachige werden eher gefördert – berichtet.²⁵

Außerdem stehen teilweise eine geringere Anzahl an Forschungsinstituten und Universitätskliniken zur Verfügung, welche eine Anbindung für Forscher und Forscherinnen ermöglichen. Auch das Publizieren selber, insbesondere im Falle von Open access Publikationen, geht vielfach mit Kosten einher, die eine Barriere darstellen können. Ein wesentlicher Faktor ist zudem, dass Geldgeber oft auf die Leserschaft hochrangiger Journals fokussieren, von denen die Annahme besteht, dass diese überwiegend aus einkommensstarken Ländern stammen. Forschungsergebnisse aus LMICs können daher per se für weniger interessant gehalten werden. So kommt es zu folgenden Missverhältnissen: Ein Großteil der international publizierten Forschung geht von ressourcenstarken Ländern wie etwa Frankreich, England, Deutschland und den USA aus und es gibt einen deutlich größeren Anteil von Wissenschaftlern und Wissenschaftlerinnen aus diesen Ländern, die in und über LMICs forschen als umgekehrt.

In dieser ungleichen Verteilung kann eine Parallele zur Dominanz zur Zeit des Kolonialismus gezogen werden, die heute noch spürbar ist: „Wissensproduktion ist sehr kolonial geprägt und sehr zentriert auf weiße Akteurinnen und Akteure“.²⁶

Ein zentraler Punkt von Forschung ist das Erlangen von Argumenten, um Dinge zu erkennen, zu reflektieren, zu verbessern bzw. abzuschaffen. Für ressourcenschwache Länder ist es essentiell, nicht nur von außen erforscht zu werden, sondern Forschungsaktivitäten von innen heraus zu betreiben und so am globalen Wissensaustausch sichtbar teilzunehmen.

(Nachwuchs-)Forscher und -Forscherinnen sollten bezüglich der besonderen Herausforderungen, die im ungleichen Zugang zu Möglichkeiten der Durchführung von Forschung in LMICs bestehen, sensibilisiert werden, um ein Bewusstsein für achtsame Forschung zu entwickeln.

Zudem haben sich in den letzten Jahrzehnten mehr und mehr Ethikkommissionen in LMICs etabliert, die geplante nationale und internationale Forschungsvorhaben neutral und zum Teil sehr streng begutachten.

Natürlich wird auch in ressourcenarmen Ländern, wie beispielsweise Burkina Faso, geforscht. Anders als in Deutschland benötigt in dem westafrikanischen Binnenstaat beispielsweise jeder Medizinstudierende zum vollständigen Abschluss des Medizinstudiums eine Promotion. Leider behindern jedoch viele Schwierigkeiten die Qualität und Veröffentlichung der burkinischen medizinischen Forschungsarbeiten. Nur sehr wenigen Arbeiten gelingt es, in Form von wissenschaftlichen Artikeln, international und in hochrangigen Journals veröffentlicht zu werden. So bleiben viele der Ergebnisse der Forschung, die von Medizinstudierenden im Rahmen ihrer Doktorarbeit durchgeführt wird, nahezu ungenutzt und verblassen in den örtlichen Bibliotheken. Um zu verstehen, was die Forschung, gerade für Medizinstudierende in LMICs wie Burkina Faso erschwert, wird im Folgenden kurz erläutert:

Viele Medizinstudierende in Burkina Faso sind aufgrund ihrer wirtschaftlichen Lage gezwungen, direkt nach dem Studium in den praktischen Beruf einzusteigen, um für ihren Alltag und oft auch dem ihrer Familie zu sorgen. Sich beispielsweise für ein Forschungsstipendium zu bewerben, das die finanzielle Situation während der Promotion-/Publikationszeit absichert, ist meist nicht möglich. Darüber hinaus sind viele Informationstechnologien für die Allgemeinbevölkerung nach wie vor ein teures Gut und nicht ubiquitär bzw. oft in nur unzureichender Qualität vorhanden. Die Möglichkeit der Literaturrecherche und der Zugriff auf wissenschaftliche Artikel sind oft limitiert, selbst wenn Computer und Internetverbindung verfügbar sind. Wenn die Literaturrecherche gelingt, so ist davon auszugehen, dass die Literatur meist auf Englisch verfasst ist. Studierende aus einem frankophonen Land wie Burkina Faso, in dem Englisch als dritte oder vierte Fremdsprache erlernt wird, haben möglicherweise somit auch eine Sprachbarriere zu überwinden.

Dr. Gnada, der unter genau diesen Umständen eine medizinische Dissertation zu dem Thema „Abfallwirtschaft in Krankenhäusern Burkina Fasos“ verfasst hat, sieht ein weiteres Problem in den hierarchischen Strukturen der Universitäten Burkina Fasos: Generell sind es vor allem Professoren und Professorinnen, die die Artikel publizieren. Es ist sehr selten, dass Studierende als (Erst-)Autorinnen und Autoren genannt werden. Womöglich besteht daher auch ein geringer Anreiz für Studierende für die Verfassung einer Publikation. Verfügen die Professoren und Professorinnen über finanzielle oder technische Mittel von Kooperationspartnern, die gezielt Studien publizieren wollen, kommt es laut Dr. Gnada gelegentlich dazu, dass Ergebnisse veröffentlicht werden, die im Sinne der Geldgeber stehen.²⁷ Eine weitere Problematik ist das Fehlen einer Forschungsdidaktik seitens der Universitäten in Burkina Faso.

Forschung ist kostspielig und daher sehr von den ressourcenstarken Ländern dominiert, dies gilt auch für die GH-Forschung. Die große Mehrzahl von Forschungsarbeiten, die aus den LMICs selbst kommt, bleibt bislang international ungesehen und wird somit nur unzureichend genutzt. Kooperationen mit akademischen Institutionen des globalen Nordens könnten für eine stärkere Nutzung des wissenschaftlichen Potentials hilfreich sein und verschiedenen Stimmen in LMICs mehr Gehör verschaffen. Diese Förderung der Forschung in LMICs sollte frei von finanziellen Interessen sein und die internationale Forschungswelt sollte sich für einen gerechten Zugang zu Forschungs- und Publikationsmöglichkeiten einsetzen.

25 Minja H, Nsanzabana C, Maure C, Hoffmann A, Rumisha S, et al. (2011) Impact of Health Research Capacity Strengthening in Low- and Middle-Income Countries: The Case of WHO/TDR Programmes. *PLoS Negl Trop Dis* 5(10): e1351. doi:10.1371/journal.pntd.0001351

26 Andrae, Agnes: „Interview mit Grada Kilomba. Wissen sollte gefühlt werden“. *Hinterland Magazin*. Nr. 31/2016: 75-78. <http://www.hinterland-magazin.de/wp-content/uploads/2016/07/hinterland-magazin-31-75-wissen-sollte-gefuehlt-werden.pdf> (abgerufen am 02.08.2019).

27 zur Debatte um die Unabhängigkeit von GH-Forschung s. auch: Storeng KT, Abimbola S, Balabanova D, et al. Action to protect the independence and integrity of global health research. *BMJ Global Health* 2019;4:e001746. doi:10.1136/bmjgh-2019-001746.



VERNACHLÄSSIGTE UND ARMUTSASSOZIIERTE KRANKHEITEN

- GROBER MEDIZINISCHER BEDARF,
WENIG FORSCHUNG

Lorina Whittaker, Ärzte ohne Grenzen, für das Memento-Bündnis
(Ärzte ohne Grenzen e.V., Brot für die Welt, die BUKO Pharma-
Kampagne und die DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V.)

Armutssassoziierte und vernachlässigte tropische Krankheiten (neglected tropical diseases, NTDs) sind Krankheiten, in deren Forschung und Entwicklung unzureichend investiert wird. Impfstoffe, Diagnostika und Therapiemöglichkeiten sind oft ungeeignet, mangelhaft oder existieren nicht. Gibt es sie doch, sind sie häufig veraltet, haben starke Nebenwirkungen, und sind nicht in den klimatischen und strukturellen Gegebenheiten im globalen Süden nutzbar. Häufig sind sie nicht für Bedürfnisse von Kindern zugeschnitten oder sie sind nicht bezahlbar. Beispiele sind Tuberkulose, Lepra, Buruli Ulkus, Chagas, Schlangenbisse oder selbst Aspekte von HIV und AIDS. Die WHO führt eine offizielle Liste von NTDs – zurzeit sind 20 Erkrankungen gelistet.²⁸ Diese lassen sich in fünf Kategorien einteilen: durch Trypanosomen ausgelöste Krankheiten, Wurmerkrankungen (Helminthosen), bakterielle Infektionen, virale und weitere Erkrankungen (z. B. Schlangenbisse). Weltweit sind 149 Länder und Gebiete von mindestens einer NTD betroffen²⁹ und mehr als eine Milliarde Menschen³⁰ – also fast ein Sechstel der Weltbevölkerung – leiden an einer oder mehreren NTDs.

Der Grund für den Mangel an Forschung und Entwicklung ist, dass diese Krankheiten hauptsächlich Bevölkerungen in ärmeren Ländern betreffen. Die Betroffenen haben eine geringe Kaufkraft und die Gesundheitssysteme sind oft unterfinanziert. Sie bilden aus Sicht der Industrie keinen lukrativen Absatzmarkt und bieten somit kaum kommerzielle Forschungsanreize. Man spricht hier von einem Marktversagen, da Forschung sich an hohen Gewinnaussichten orientiert und nicht am medizinischen Bedarf der Menschen weltweit. So waren von den 336 zwischen 2000 und 2011 neu zugelassenen Wirkstoffen nur vier – also 1,2 Prozent – für vernachlässigte Krankheiten bestimmt, obwohl diese für 11 Prozent der globalen Krankheitslast verantwortlich sind.³¹ Das ist ein Missverhältnis um den Faktor zehn.³² Zusätzlich verhindern Patente auf vorhandene, neue Medikamente und andere Medizinprodukte den Zugang zu diesen, da sie oftmals nicht erschwinglich für ärmere Länder sind.

Die Situation wird deutlich am Beispiel von Schlangenbissen, welche 2017 auf die NTD-Liste der WHO aufgenommen wurden. Giftschlangen kommen in 160 Ländern weltweit vor, besonders in ländlichen Gebieten tropischer und subtropischer Länder in Afrika, dem Mittleren Osten, Asien, Ozeanien und Lateinamerika. Vor allem die Ärmsten der Armen sind betroffen: Menschen, die in ländlichen Gebieten leben, sich ihre Schlafstätten mit Vieh teilen oder in diesen Futtermittel lagern, was Schlangen anlockt. Wer auf dem Feld ohne festes Schuhwerk arbeitet, ist ebenfalls stark gefährdet. Nach Angaben der WHO beißen Giftschlangen jedes Jahr fünf Millionen Menschen, 81 000 bis 138 000 Menschen sterben jährlich,³³ und bis zu 400 000 Amputationen, körperliche Beeinträchtigungen und Entstellungen sind Folgen von Schlangenbissen.³⁴ Gegen das Gift einer Schlange hilft nur das richtige Antivenom. Die Verschiedenartigkeit der Gifte macht es wichtig, dass Patienten und Patientinnen die Schlangenart erkennen – was selten der Fall ist. Deshalb war das Gegengift Fav-Afrique in Subsahara-Afrika sehr wichtig, es war gegen Bisse der zehn häufigsten afrikanischen Giftschlangen einsetzbar. Allerdings stellte der Hersteller Sanofi die Produktion ein, da sie nicht lukrativ genug war. Seit dem Produktionsstopp von Fav-Afrique ist allein in Ghana die Zahl der Todesopfer von Schlangenbissen um das Sechsfache gestiegen.³⁵ Ähnliche multivalente Präparate von gleicher Qualität gibt es nicht.

So wie bei Schlangengift-Antiseren fehlen adäquate Behandlungsmöglichkeiten für zahlreiche andere Krankheiten. Da das heutige Innovationssystem diese Lücken nicht füllt, sind alle Akteure aufgerufen dazu beizutragen, dass notwendige Forschung auch dann passiert, wenn es wenig Aussicht auf hohe Gewinne gibt - und die entwickelten Präparate für alle Menschen auch bezahlbar und zugänglich sind.

28 WHO: Neglected Tropical Diseases. https://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/ (Stand April 2019, abgerufen am 17.04.2019).

29 Center for Disease Control and Prevention: Neglected tropical diseases, Fast Facts. <https://www.cdc.gov/globalhealth/ntd/fastfacts.html> (abgerufen am 24.04.2019).

30 WHO: Neglected Tropical Diseases. https://www.who.int/neglected_diseases/diseases/en/ (Stand April 2019, abgerufen am 17.04.2019).

31 Pedrique et al. (2013): The drug and vaccine landscape for neglected diseases (2000-2011): a systematic assessment. *The Lancet*. 1(6) e371–e379.

32 *ibid.*

33 WHO: Snakebite Envenoming. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/snakebite-envenoming> (abgerufen am 24.04.2019).

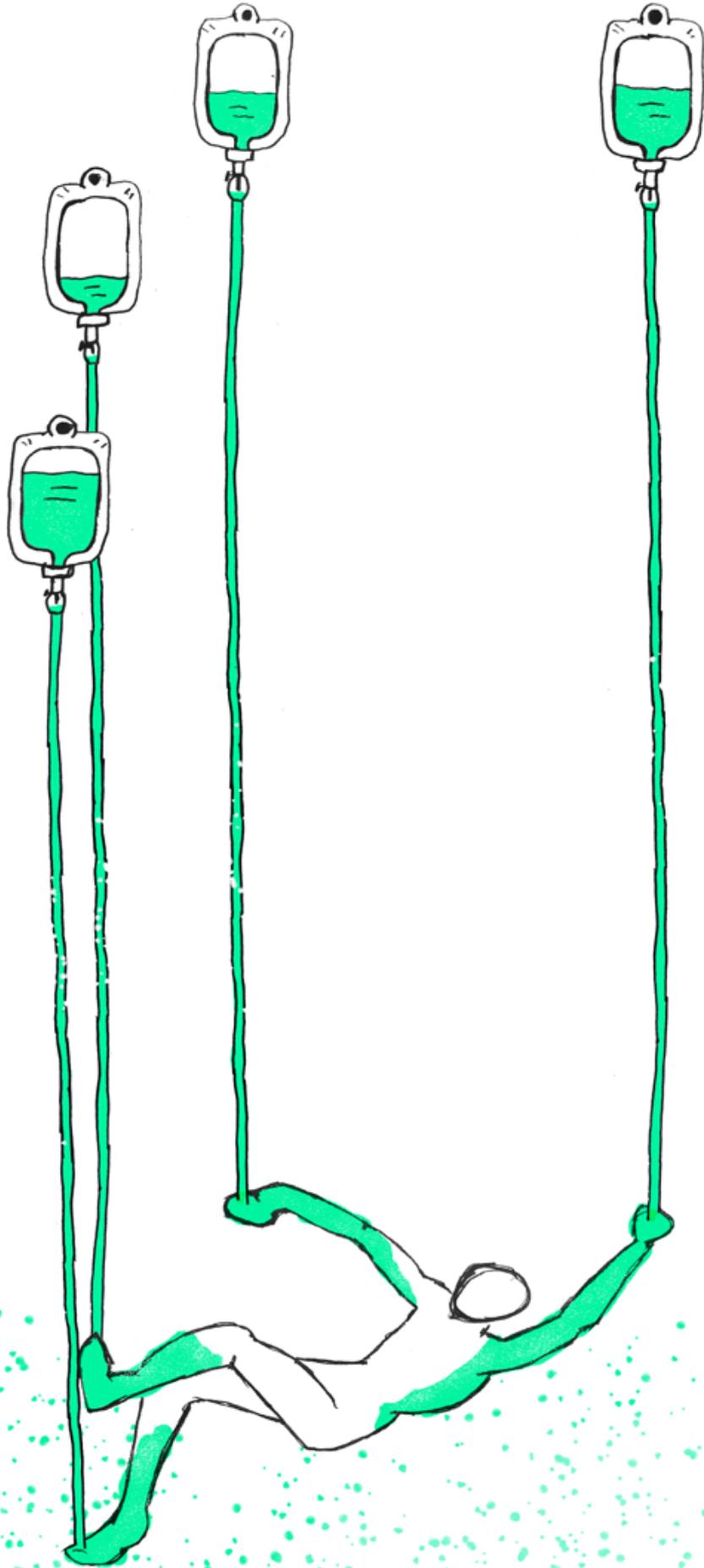
34 WHO: What is Snakebite Venoming <https://www.who.int/snakebites/disease/en/> (abgerufen am 15.04.2019).

35 GEO: Mehr als 100.000 Tote durch Giftschlangen - wie die WHO das ändern will. <https://www.geo.de/natur/tierwelt/19337-rtkl-medizin-mehr-als-100000-tote-durch-giftschlangen-wie-die-who-das-aendern?fbclid=IwAR0n9iYYR1rAtvaS2fFBKkBEfAXbo6rKje-OBSqhydEY8YP6zEabEaU0> (abgerufen am 15.04.2019).

SOZIAL VERANTWORTLICH (MEDIKAMENTEN- FORSCHUNG

Franziska Hommes

CHE
(N)



Universitäten im Allgemeinen und medizinische Fakultäten im Speziellen haben den Auftrag, Forschung, Lehre und Gesundheitsversorgung sozial verantwortlich zu gestalten. Bereits in den 1990er Jahren hat die WHO ein Rahmenwerk zur Anwendung und Überprüfung der Umsetzung sozialer Verantwortung (social accountability) entwickelt.³⁶ Medizinische Fakultäten agieren nicht losgelöst von der Gesellschaft um sie herum, sie haben Einfluss auf das Gesundheitssystem und werden durch dieses beeinflusst. Um zum Ziel „Health for All“ beizutragen, sollten medizinische Fakultäten daher die eigenen Aktivitäten in Lehre und Forschung auf Relevanz, Qualität, Kosteneffektivität und Gerechtigkeit überprüfen.

Dies gilt insbesondere auch für den Bereich der Arzneimittelforschung: „Universities and research institutions that receive public funding must prioritize public health objectives over financial returns in their patenting and licensing practices.“³⁷

Es existieren drei zentrale Herausforderungen, die für Forschung im Bereich von Medikamenten, Impfstoffen und diagnostischen Mitteln relevant sind³⁸, aber bspw. auch für Bereiche aus der Sozialmedizin und Versorgungsforschung gelten:

- Die **Forschungslücke** (mangelnde Entwicklung von diagnostischen und therapeutischen Mitteln);
- Die **Translationslücke** (mangelnde Übersetzung von Ergebnissen der Grundlagenforschung in die Praxis) und;
- Die **Zugangslücke** (eingeschränkte oder fehlende Verfügbarkeit der Forschungsergebnisse für einige Gruppen).

(GH-)Forschungsprojekte können und sollten dazu beitragen, dass die Bedürfnisse der Menschen weltweit berücksichtigt werden, dass veröffentlichte Forschungsergebnisse frei zugänglich sind (open access), dass Translation in konkrete politische oder technologische Praxis möglich ist und diese Anwendung für alle Menschen zugänglich ist. Es kann hilfreich sein, Fragen wie die Folgenden bereits zu Beginn des Arbeitsprozesses zu stellen und die Antworten darauf im Verlauf des Forschungsprojekts immer wieder zu reflektieren: *Hat die Forschung das Potenzial, die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung positiv zu beeinflussen? Adressiert die Forschung prioritäre Gesundheitsprobleme? Wie ist eine konkrete Anwendung der Forschungsergebnisse möglich? Wie kann der Zugang zu den Ergebnissen meiner Forschung für alle relevanten Akteure und Gruppen garantiert werden?*

Checkliste sozial verantwortliche Forschung:³⁹

- Ist eine **Open access** Veröffentlichung möglich?
- Kann meine Forschung für **Menschen vulnerabler/sozial benachteiligter Gruppen relevant** sein?
- Welche Möglichkeiten zur **Translation der Forschungsergebnisse** in die praktische Anwendung gibt es?
- Im Falle von Patenten und Lizenzverträgen: Gibt es einen passenden **Patentpool**? Sind **nicht-exklusive Lizenzen** möglich?
- Im Falle einer Produktentwicklung: Gibt es in **LMICs Kooperationspartner** für die Produktentwicklung? Gibt es **Produktentwicklungspartnerschaften**, die Interesse haben könnten?
- Gibt es passende Geldgeber, die eine Entwicklung für die **Bedürfnisse benachteiligter Gruppen** in Deutschland oder in LMICs fördern?
- Gibt es innerhalb meiner **Hochschule** bereits Partnerprojekte mit **lokalen Organisationen oder Organisationen in LMICs**, an die ich anknüpfen kann?

Initiativen im Bereich sozial verantwortliche (Medikamenten-)forschung:

Medikamentenkampagne von Ärzte ohne Grenzen: Die 1999 ins Leben gerufene Kampagne setzt sich in der Forschung und auf politischer Ebene für einen adäquaten und universellen Zugang zu essentiellen Medikamenten, Impfstoffen und Diagnostika ein.

Die BUKO Pharma Kampagne und med4all haben mehrere Publikationen zum Thema öffentliche und sozialverträgliche Forschung herausgegeben:

Pharma-Brief Spezial: Leitfaden für sozialverträgliche Verwertung: Forschungsergebnisse für möglichst viele Menschen nutzbar machen (2018), <http://med4all.org/images/downloads/Leitfaden-sozialvertrgliche-Verwertung-2018.pdf>

Pharma-Brief Spezial: Öffentliche Gesundheitsforschung ... kommt gut an! Was öffentliche Forschung zur sozialen Gerechtigkeit beitragen kann (2013) , http://med4all.org/images/werkzeugkasten/PDFs/2013_01_spezial_Gesforsch.pdf

Christine Godt, Tina Marschall: Equitable Licensing & Global Access (2017), http://med4all.org/images/downloads/lizenzbroschuere_2017_final.pdf

Drugs for Neglected Disease initiative (DNDi): Die Initiative DNDi versteht sich als kollaborative und an den Bedürfnissen der Patienten und Patientinnen orientierte Non-Profit Organisation für Medikamentenforschung und -entwicklung im Bereich vernachlässigter und armutsassoziierter Erkrankungen. <https://www.dndi.org/>

Universities Allied for Essential Medicines (UAEM): UAEM ist ein 2001 gegründetes globales Netzwerk von Studierenden, die sich für einen globalen Zugang zu medizinischer Versorgung, insbesondere zu Medikamenten und eine faire Forschungsgestaltung einsetzen. In Deutschland wurde 2017 von UAEM und der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) das **Global Health Hochschulranking** durchgeführt, um systematisch zu erheben, wie sich die 36 medizinischen Fakultäten an staatlich finanzierten Universitäten in Deutschland in den Bereichen Forschung und Ausbildung zu GH-Themen engagieren und sich um weltweiten Zugang zu den Ergebnissen öffentlich finanzierter Forschung bemühen: <http://globale-gesundheit.de/cms/>

36 Boelen, C, Heck, J E & World Health Organization (1995): Defining and measuring the social accountability of medical schools. Division of Development of Human Resources for Health. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/59441> (abgerufen am 02.08.2019).

37 Report of the United Nations Secretary General's high level panel on access to medicines (2016) <http://www.unsgaccessmeds.org/final-report> (abgerufen am 02.08.2019).

38 BUKO Pharma-Kampagne/Gesundheit und Dritte Welt e.V. für das Memento Preis Bündnis: Pharma-Brief Spezial 1, 2018, <http://med4all.org/images/downloads/Leitfaden-sozialvertrgliche-Verwertung-2018.pdf> (abgerufen am 02.08.2019).

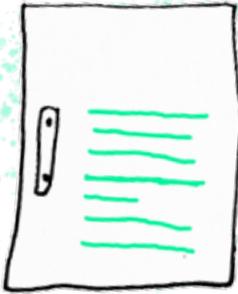
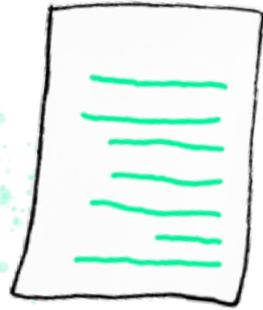
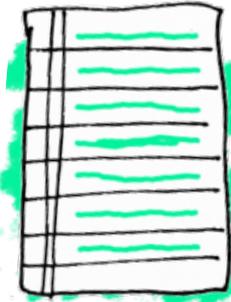
39 adaptiert aus: BUKO Pharma-Kampagne/Gesundheit und Dritte Welt e.V. für das Memento Preis Bündnis: Pharma-Brief Spezial 1, 2018, <http://med4all.org/images/downloads/Leitfaden-sozialvertrgliche-Verwertung-2018.pdf> (abgerufen am 02.08.2019).

GLOBAL-HEALTH- PROJEKTE IN DE EINE AUSWAHL

Franziska Hommes



FORSCHUNGS- PRAXTIS



Die folgende Auswahl umfasst abgeschlossene und laufende Forschungsprojekte (Dissertationen und Masterarbeiten), die ganz unterschiedliche Aspekte globaler Gesundheit in den Blick nehmen. Aus verschiedenen Blickwinkeln wurden Forschungsthemen bearbeitet, die ein breites inhaltliches und methodisches Spektrum präsentieren.

Die exemplarische Vorstellung soll einen kleinen Einblick in das weite Feld potenzieller GH-Forschungsprojekte bieten und Studierende motivieren über den thematischen Tellerrand zu schauen, interdisziplinär zu arbeiten, dem eigenen Interessen an GH auf wissenschaftliche Weise nachzugehen und strukturelle Hürden zu überwinden.

Die Themenauswahl (eine unvollständige und selektive Auswahl an wissenschaftlichen Arbeiten, die lediglich als Beispiele dienen) soll keinerlei inhaltliche Priorisierung implizieren, sondern beruht zum Teil auf einem Projekt der AG Forschungsplattform der GHA-D aus dem Jahr 2018, in dem zum Zwecke des Aufbaus einer GH-Forschungsplattform ein Aufruf zur Sammlung von Forschungsprojekten im GH-Bereich über diverse einschlägige E-Mail-Verteiler erfolgte, sowie auf Internetrecherche und Kontakten der Autoren und Autorinnen dieses Handbuchs zu den jeweiligen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen. Es hätten ebenso gut andere und viele weitere Themen und methodische Ansätze ausgewählt werden können. Die Autorinnen und Autoren des Handbuchs sowie der Abstracts sind sich der limitierten Auswahl bewusst, die lediglich wenige Bereiche des großen Feldes der globalen Gesundheit repräsentieren kann. Die im Abschnitt „Bedeutung und Herausforderungen von Forschung aus dem Globalen Süden am Beispiel von Burkina Faso“ genannten Hürden in der Publikation von entsprechenden Forschungsarbeiten aus LMICs haben zu einer fehlenden Repräsentation dieser Arbeiten in der folgenden Auswahl beigetragen. Dies unterstreicht die vorliegende Problematik einer Dominanz von (publizierter) (GH-)Forschung aus dem globalen Norden. Weiterhin ist den Autorinnen und Autoren bewusst, dass weitere Disziplinen wie beispielsweise die Sozial- und Kulturanthropologie, Politikwissenschaft, Soziologie, Ökologie, Architektur, Ökonomie sowie die zahlreichen Bachelor- und Masterstudiengänge in den Bereichen Public Health, International Health und GH entscheidende Beiträge zur GH-Forschung leisten.

Braus A¹, Schug AR¹, Asrat A², Adamu A², Regassa G² : Interventions for prevention and control of Anthrax according to the One Health Approach in South Omo zone, Ethiopia

¹Vétérinaires sans Frontières Germany, Berlin, Germany; ²Vétérinaires sans Frontières Germany, Addis Ababa, Ethiopia

Presented as oral presentation at the European Congress on Tropical Medicine and International Health 2019 and published as part of a supplement to the journal Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine & Hygiene, which is published by Oxford University Press.

The holistic One Health approach acknowledges that the health of people, domestic animals, food production and -safety, as well as the state of the wildlife and the environment are inextricably interlinked. Innovative community-centred and interdisciplinary approaches are required to fight those complex health and development challenges, towards attaining health for people, domestic animals, wildlife and environment. This abstract demonstrates the One Health approach in implementation.

Abstract

Introduction: Vétérinaires sans Frontières Germany (VSFG) has been implementing various integrated projects in collaboration with private and public stakeholders in South Omo zone of Ethiopia for eight years. Communities in South Omo zone, especially Hamer, Dassenech, Nyangatom and Bena-Tsemay districts are regularly affected by anthrax outbreaks. Anthrax is endemic in the area and outbreaks are related to climate change induced meteorological variables (precipitation, temperatures and seasonality) and physical barriers of rivers, altitude and soil types.

Aim: The main objectives of the project activities are preventing new outbreaks, protection of public health from livestock-sourced infections and soil and water contamination during an outbreak and raising awareness for anthrax prevention and control in pastoral communities.

Methods: Besides others, interventions include training of Community Animal Health Workers (CAHWs) for detecting, reporting and controlling outbreaks through vaccination activities. VSFG staff provide technical support as well as logistics during governmental led livestock vaccination campaigns where CAHWs and government veterinary professionals participate. Isolation and innoxious removal of infected animals and localized quarantines are also used as part of disease control measures. Complementary measures include voucher based veterinary treatment, rangeland rehabilitation, irrigated fodder production and awareness campaigns on prevention and control measures as well as behavioral change.

Results: The interventions have contributed to reduced incidence of the disease and associated mortalities in livestock and humans. Case reports and case management, preventative measures as well as preventive behaviour among pastoralist communities have improved. These interventions, which include livestock vaccination against anthrax, as well as public awareness and proper disposal of dead animals are implemented by projects of the European Civil Protection and Humanitarian Aid Operations and the United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs.

Conclusion: Anthrax constitutes a major disease burden among pastoral communities, and incidences are associated with major livestock losses and human disease case fatalities and or conditions. Prevention and control of anthrax requires effective collaboration between the private and public stakeholders.

Arnold L^{1,2}, Szagun B² (2019): Status(un)zufriedenheit als Prädiktor des Krankheits- und Sterberisikos

¹Pettenkofer School of Public Health | Institute for Medical Informatics, Biometry and Epidemiology | Ludwig-Maximilians-University of Munich (LMU)

²Hochschule Ravensburg-Weingarten, Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege

Was haben soziale Vergleichsprozesse mit globaler Gesundheit zu tun?

Weltweit kann die soziale Lage eines Landes als die zentrale Determinante für gesundheitliche Lage betrachtet werden. Ab einem bestimmten Wohlstandsniveau wird jedoch sozialen Vergleichsprozessen innerhalb eines Landes eine größere Bedeutung beigemessen als der durchschnittlichen sozialen Lage. Biologisch vermittelt wird dieser Zusammenhang über eine Aktivierung der HPA-Achse und die dadurch über den Lebenslauf kumulierende allostatistische Last.

Betrachtet man die Transition des Krankheitsgeschehens über die Global Burden of Disease Studie (GBD), zeigt sich, dass die durch HPA-Achse getriggerte Risikofaktoren zunehmend die globale Krankheitslast dominieren. Für globale Public Health stellen soziale Vergleichsprozesse insofern ein zentrales Zukunftsthema dar. Auf Basis einer Sekundäranalyse des sozio-ökonomischen Panels (SOEP) verfasste Laura Arnold eine gesundheitswissenschaftliche Masterarbeit, die 2018 im Gesundheitswesen veröffentlicht wurde: Gesundheitswesen 2(80), 88-96; doi: 10.1055/s-0042-102348. Das folgende Abstrakt skizziert das aktuelle darauf aufbauende Forschungsprojekt zum Thema „Soziale Allostase“

Abstract

Lange wurden schichtspezifische Zusammenhänge gesundheitlicher Ungleichheit v.a. auf verschiedene Lebensstile und damit einhergehende Unterschiede im Gesundheitsverhalten zurückgeführt. Spätestens seit den Ergebnissen der Whitehall-Studie weiß man, dass darüber hinaus insbesondere psychosoziale Faktoren einen entscheidenden Einfluss auf gesundheitliche Ungleichheit haben (Marmot 2005). Eine Schlüsselposition kommt dabei der subjektiven Bewertung der eigenen sozialen Position zu, was zunehmend über subjektive Statusindikatoren erfasst wird (Demakakos et al. 2008). Viel Aufmerksamkeit im Zusammenhang mit subjektivem Statusempfinden hat in den letzten Jahren das Konstrukt des Statusunbehagens erfahren, eine stark gegenwartsbezogene Form der Statusangst, die soziale Vergleichsprozesse betont (Delhey et al. 2017). Statusunbehagen beschreibt dabei das Gefühl, in den Augen anderer wenig zu gelten, vom sozialen Umfeld Geringschätzung zu erfahren und respektlos behandelt zu werden (Delhey 2012). Biologisch vermittelt werden sozial herabsetzende Vergleichsprozesse über das limbische System des Gehirns, wobei der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden (HPA)-Achse eine zentrale Rolle zukommt. Die über die HPA-Achse vermittelten Stressreaktionen stellen ein zentrales Bindeglied zwischen psychosozialen Belastungsfaktoren und Gesundheit dar, d. h. dafür, wie soziale Lage „unter die Haut geht“ (Seeman et al. 2010). Die über den Lebenslauf kumulierenden „wear-and-tear“-Prozesse werden auch als allostatistische Last (AL) bezeichnet und können nach aktueller Studienlage mit einer ganzen Reihe schwerwiegender Erkrankungen sowie vorzeitiger Sterblichkeit assoziiert werden (Beckie 2012). Stellt man die am häufigsten zur Messung allostatischer Last verwendeten Indikatoren (u. a. verschiedene Biomarker des neuroendokrinen, immunologischen sowie metabolischen Systems) den aktuellen Studienergebnissen der Global Burden of Disease Studie gegenüber, fällt die enge Assoziation allostatischer Last mit dem aktuellen Krankheitspanorama auf (GBD 2017).

Chronischer HPA-Stress ist somit kein Nischenthema, sondern eigentlich eines der Gesundheitsthemen, die uns weltweit aktuell mit am stärksten bewegen sollten.

Um zu untersuchen, inwiefern der subjektive Statusindikator „Statusunzufriedenheit“ bzw. „Statusunbehavegen“ unabhängig von objektiven Statusindikatoren mit einem erhöhten Mortalitätsrisiko assoziiert werden kann, wurde eine Mortalitätsanalyse auf Basis des sozio-ökonomischen Panels (SOEP, Scientific Use File 2013) durchgeführt. Zur statistischen Modellierung der Fragestellung wurden geschlechtsdifferenzierte Cox-Regressionsmodelle auf Basis von rund 14.400 Personen berechnet.

Bozorgmehr K (2012): Eine Querschnittsanalyse der Ausbildungssituation in Global Health unter Medizinstudierenden in Deutschland sowie ein Rahmenkonstrukt für die Lehre in Global Health zur Anwendung in Monitoring, Evaluation und Kurskonzeption

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Medizinischen Fakultät der Charité – Universitätsmedizin Berlin

<https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/3516>

Publikation I: Bozorgmehr et al: Global Health Education: a cross-sectional study among German medical students to identify needs, deficits and potential benefits (Part 1 of 2: Mobility patterns & educational needs and demands) BMC Medical Education 2010 10:66, <https://doi.org/10.1186/1472-6920-10-66>

Publikation II: Global Health Education: a cross-sectional study among German medical students to identify needs, deficits and potential benefits (Part 2 of 2: Knowledge gaps and potential benefits)

Publikation III: The ‚global health‘ education framework: a conceptual guide for monitoring, evaluation and practice

Hintergrund und Zielstellung: Die mit Globalisierung einhergehenden Veränderungen haben einschneidende Wirkungen auf die Gesundheit weltweit. Auf internationaler Ebene wird daher zunehmend die Aufnahme von Global Health in die Ausbildung der Gesundheitsberufe diskutiert. In Deutschland gab es bislang keine Untersuchungen zur Ausbildungssituation in Global Health. Primäre Ziele der Publikationen I und II waren die Bestimmung von Ausbildungsbedürfnissen, -defiziten sowie des potentiellen Nutzens der Lehre in Global Health. Primäres Ziel der Publikation III war die erstmalige Formulierung von Merkmalen und Indikatoren im Sinne eines Rahmenkonstrukts für die Lehre in Global Health.

Methodik: Zur Analyse der Ausbildungssituation (Publikationen I und II) wurde eine bundesweite Querschnittsstudie mittels eines strukturierten, web-basierten Fragebogens unter Medizinstudierenden aller Studienabschnitte durchgeführt. Zur Bestimmung der Ausbildungsbedürfnisse wurden studienbezogene Auslandsaufenthalte, die Vorbereitung vor Auslandsaufenthalten, Zielländer, Teilnahme an Kursen zu Global Health- und Tropenmedizin, die Nachfrage nach Lehrangeboten zu Global Health und deren Verfügbarkeit an den jeweiligen Fakultäten erfasst.

Zur Bestimmung der Ausbildungsdefizite wurde eine objektive und subjektive Bewertung des Wissensstands zu ausgewählten Global Health Themen durchgeführt. Die Erfassung des potentiellen Nutzens der Lehre in Global Health erfolgte anhand einer Wichtung der Bedeutung ausgewählter sozialer Determinanten der Gesundheit in der Lehre. Die Formulierung der Merkmale und Indikatoren des Rahmenkonstrukts für die Lehre in Global Health (Publikation III) erfolgte durch Deduktion, aufbauend auf eigenen Vorarbeiten und der existierenden Primärliteratur.

Ergebnisse: In die Analyse der Ausbildungssituation (Publikationen I und II) gingen 1126 ausgefüllte Fragebogen ein. 65,0% der Befragten über dem 9. Fachsemester gaben mindestens einen studienbezogenen Auslandsaufenthalt an. 36,0% der Befragten mit Auslandserfahrung absolvierten ihre studienbezogenen Auslandsaufenthalte in einem „Entwicklungsland“. 79,0% der angegebenen Arten der Vorbereitung fielen in die Kategorie „Literaturstudium“. 87,8 %, bzw. 72,6% der Befragten im 9.-12. Fachsemester hatten noch nie einen Global Health-Kurs, bzw. Tropenmedizin-Kurs absolviert. 94,0% der Befragten befürworteten die Einrichtung von Lehrangeboten zu Global Health. Sozialen Determinanten

der Gesundheit wurde in Abhängigkeit vom Mobilitätsmuster, der Teilnahme an Global Health-Kursen sowie (teilweise) Kursen der Tropenmedizin eine signifikant höhere Bedeutung beigemessen. Das entwickelte Rahmenkonstrukt für die Lehre in Global Health (Publikation III) formuliert für Gesundheitsberufe einen theoretischen Rahmen zur handlungsorientierten Auseinandersetzung mit Global Health und stellt für Monitorings- und Evaluationzwecke zehn Indikatoren für empirische Analysen zur Verfügung.

Schlussfolgerung: Durch die Querschnittsstudie (Publikationen I und II) konnte in der Stichprobe eine ausgeprägte Mobilität belegt werden. Die Teilnahme der Befragten an formalen Vorbereitungskursen für ihre Auslandsaufenthalte ist verschwindend gering. In der Stichprobe ließen sich eine hohe Unzufriedenheit mit dem bestehenden Lehrangebot zu Global Health sowie eine hohe Nachfrage nach entsprechenden Lehrangeboten erkennen. Hinsichtlich des potentiellen Nutzens der Lehre in Global Health konnten wir feststellen, dass eine höhere Wichtung von sozialen Determinanten der Gesundheit nicht nur mit Aufhalten in „Entwicklungsländern“, sondern auch jeweils mit Kurseexpositionen zu Global Health und (teilweise) Tropenmedizin assoziiert ist. Hierin liegt bisher ungenutztes Potenzial von Synergieeffekten bei der Entwicklung von Lehrangeboten, die auf die Förderung der studentischen Auseinandersetzung mit sozialen Determinanten der Gesundheit abzielen. Die Querschnittsstudie lieferte widersprüchliche Aussagen zur Verfügbarkeit von Lehrangeboten zu Global Health an medizinischen Fakultäten. Ausschlaggebend hierfür waren möglicherweise die heterogene Nutzung des Begriffs „globale Gesundheitsthemen“ sowie der damit einhergehende subjektive Spielraum bei der Beantwortung der entsprechenden Frage zur Kursverfügbarkeit. Somit limitierten die fehlende einheitliche Definition von Global Health sowie der fehlende Konsens über die Lehrinhalte die Möglichkeiten empirischer Untersuchungen in diesem Bereich. Durch das in Publikation III erarbeitete Rahmenkonstrukt für die Lehre in GH wurden eindeutige Merkmale der Lehre in GH identifiziert und Limitationen gängiger Diskurse zu „Globalität“ behoben. Dadurch könnten die analytischen Probleme der Ausbildungsforschung in diesem Bereich überwunden und international vergleichbare Daten generiert werden.

Havemann M, Bösner S (2018): Global Health as “umbrella term” – a qualitative study among Global Health teachers in German medical education

Globalization and Health 2018; 14:32. doi: [10.1186/s12992-018-0352-y](https://doi.org/10.1186/s12992-018-0352-y)

Initial war das Ziel, das eigene Wahlfach in Global Health an der Universität Marburg auf eine bessere Evidenzgrundlage zu stellen. Doch schnell wurde deutlich, dass es nicht ausreicht, einen Kompetenzkatalog zu entwerfen oder einen Modell-Stundenplan zu erstellen, solange tiefgründige und abstraktere Fragen nicht ausreichend geklärt sind. Und so hat diese Studie im Rahmen einer medizinischen Doktorarbeit einen klassisch soziologischen Ansatz genutzt, um mehr über das Verständnis von Global Health in Deutschland zu erfahren und damit eine bessere Grundlage für die eigentliche Unterrichtsgestaltung zu legen.

Keywords: Global Health, Medical education, Globalisation, Qualitative research, Grounded theory

Abstract

Background: The increasing impact of globalisation on healthcare demands new knowledge, skills and attitudes from healthcare professionals. One consequence of this is the rise of Global Health (GH) programs in health education all over the world. In Germany no consensus exists on what GH is and how it should be taught. This study used a grounded theory approach. We conducted eleven in-depth interviews with GH teachers in German medical education to ask them about their views on Global Health and the approaches they took in teaching these topics. Data collection and Analysis informed each other and followed an inductive approach.

Results: Our research identified three major questions: (1) What is GH? (2) What belongs to GH? (3) How can GH be taught? A central finding of our study is the understanding of GH as an umbrella term. We show how this understanding helps clarify the relation between GH and Public Health, International Health and Tropical medicine. At the core of GH we see the supraterritorial determinants of health. Surrounding the core, we describe a wide variety of topics that are a facultative, but not necessarily a compulsory part GH. One of the key characteristics of GH within all its aspects is its multidisciplinary nature. Based on this understanding we present models about the content of GH, how it can be taught and how GH teaching improves and strengthens overall medical education.

Conclusions: This is to our knowledge the first study that conducts in-depth interviews with GH teachers to explore the practical understanding of GH in medical education. While the generalisability of our results needs to be subject of further research, the models presented can help shape the future discourse around GH and its integration into medical education.

Hommel F (2019): Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit im Wandel - eine Analyse von Diskursen und Aktivitäten deutscher Hilfsorganisationen im Gesundheitsbereich seit 1970

Lehrstuhl für Geschichte und Ethik der Medizin, RWTH Aachen. doi: [10.18154/RWTH-2019-02369](https://doi.org/10.18154/RWTH-2019-02369)

Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit in Politik und Praxis sind wichtige Bereiche der globalen Gesundheit. Humanitäre Hilfe im Gesundheitsbereich zielt auf die kurzfristige Linderung von Not, Leid und Krankheit ab. Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich strebt eine langfristige Verbesserung der Gesundheitssituation- und Versorgung vor Ort ab. Je vulnerabler ein Gesundheitssystem ist, desto stärker werden die Folgen einer Krise und Katastrophe ausfallen und desto schwerer ist die Verhinderung von Gesundheitskrisen, welche Humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit erst erforderlich machen. Die Konzepte von Humanitärer Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit und somit auch die praktische Umsetzung von Projekten zur Verbesserung und dem Schutz der lokalen, regionalen und globalen Gesundheit haben sich in den letzten Jahrzehnten stark verändert. Franziska Hommel untersuchte diesen konzeptionellen Wandel anhand von einschlägiger Literatur sowie Quellen aus den Archiven dreier deutscher Hilfsorganisationen.

Abstract

Gegenstand dieser Arbeit sind Diskurse und Aktivitäten deutscher Hilfsorganisationen im Gesundheitsbereich seit den 1970er Jahren vor dem Hintergrund des konzeptionellen Wandels in der Humanitären Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit (EZ).

Bei den untersuchten Hilfsorganisationen handelt es sich um Cap Anamur, das Deutsche Rote Kreuz (DRK) und medico international. Das Selbstverständnis, die Grundsätze und Motive zur Leistung internationaler Gesundheitsarbeit, die Konzeption und Inhalte der Projekte prägten, unterschieden sich zwischen den untersuchten Hilfsorganisationen erheblich und veränderten sich auch innerhalb der Organisationen. Medico international hat einen deutlichen Wandel von der Gründung als humanitäre Hilfsorganisation mit Fokus auf Katastrophenhilfe bis hin zum aktuellen Selbstverständnis als in globalen Netzwerken agierende Entwicklungs- und Menschenrechtsorganisation durchlaufen. Cap Anamur und das DRK wiesen Veränderungen auf anderen Ebenen, wie der Erweiterung des Einsatzspektrums, auf, wobei die primäre Ausrichtung auf Humanitäre Hilfe bestehen blieb. Das Verhältnis zwischen humanitärer Gesundheitsarbeit und Politik stellte zunehmend eine Herausforderung für Hilfsorganisationen dar, die sich in diesem Spannungsfeld positionieren müssen. Insbesondere das DRK musste in politischen Konfliktsituationen Neutralität als zentralen Grundsatz der Organisation verteidigen. Die Frage der Abgrenzung zwischen Humanitärer Nothilfe und EZ im Gesundheitsbereich war für die untersuchten Hilfsorganisationen von großer Bedeutung. Während bis in die 1990er Jahre eine eher klare Trennung zwischen Humanitärer Hilfe und EZ bestand, entwickelten sich mit dem, Mitte der 1990er Jahre etablierten, Konzept linking relief, rehabilitation and development (LRRD), stärker integrierte Ansätze.

Die Analyse hat gezeigt, dass sich dabei innerhalb der jeweiligen Organisationen Verschiebungen in der Schwerpunktsetzung ergeben haben und dass neben Humanitärer Hilfe die Leistung langfristiger EZ-Maßnahmen als verbindendes Element existierte. Der Vergleich zentraler Aspekte der operativen Arbeit, wie wichtige Projektinhalte, Anforderungen an das entsandte Personal und Unterschiede in den Arbeitsansätzen, zeigten Charakteristika der untersuchten Akteure auf und ordneten diese in einen größeren entwicklungspolitischen und historischen Kontext ein. Die Ergebnisse der Untersuchung machten des Weiteren deutlich, wie weitreichende Veränderungen des globalen Mehrebenensystems adäquate Ansätze der Hilfe und Zusammenarbeit auf internationaler Ebene erfordern - dies schlägt die Brücke vom historischen Untersuchungsgegenstand hin zu aktuellen und zukünftigen Herausforderungen der Humanitären Hilfe und EZ.

Moser F (under review): How to reform the World Health Organization? A framework of organizational effectiveness to guide meaningful change at WHO

Charité Universitätsmedizin Berlin / Harvard School of Public Health

Abstract

The importance of the World Health Organization (WHO) is widely recognized, but its performance during the 2014–15 Ebola outbreak and other recent episodes has attracted sharp criticism and loud calls for reform. Although the reasons for this are clear, the basis for reforms is not. A review of recent articles promoting WHO reform finds that advocates have not considered how WHO should be assessed or justified any basis for recommending one change over any other. We contribute to this debate by explaining principles of organization theory and articulating the characteristics of well-functioning organizations. We use this as the basis for assessing WHO. We offer the results as road map to reform.

Characteristics of organizational effectiveness were derived from a survey of relevant literature from management, political science, international relations, psychology, public administration, and sociology. We identified 47 characteristics, which we condensed to 12 thematic areas (institutional purpose; accountability; participation; mission; learning and innovation; structure fit for purpose; workforce; culture; norms and values; coherence; institutional authority; cooperative relationships). To adapt the framework for WHO, we identified underpinning questions for each area, allowing us to assess performance in each area. We conducted a second literature review to find answers to these questions.

Our analysis revealed serious shortcomings; only two of the standards' underpinning questions could be conclusively answered with existing literature. The great majority of questions have not been addressed.

Effective reform requires clarification of WHO's institutional purpose and deliberation on how to rectify accountability mechanisms. This includes, overcoming reliance on tied funding from a few dominant donors, and assessing WHO's strategies and underlying processes against objectives. Despite rapid change in global health, how WHO learns and innovates remains unknown. To advance reform, a thorough, neutral, independent assessment is urgently needed. This would provide the basis for considering a new structure that could include the flexibility required to deal with uncertain threats along with the accountability required for coordination. It would also raise a discussion of WHO's organizational identity. The coherence of culture, norms and values is essential, but at present consideration of these features remains anecdotal or absent. WHO's international authority is inadequate, but change in this area requires the agreement of member states (MS) and means a delicate balance between organizational autonomy and state sovereignty. Essential cooperative relationships, including within the UN system, have yet to be properly defined.

Our findings can help direct WHO staff, leadership, and MS towards the questions essential to better performance by WHO, provide useful yardsticks for advocacy, and advance a research agenda to inform a transformation such that WHO may better serve the health of the world's people in the 21st century.

Pfadenhauer LM, Rehfuess E (2015): Towards effective and socio-culturally appropriate sanitation and hygiene interventions in the Philippines: a mixed method approach.

Int J Environ Res Public Health. 2015 Feb 5;12(2):1902-27. doi: 10.3390/ijerph120201902.

Eine funktionierende Versorgung mit Trinkwasser und die Verfügbarkeit von funktionierenden Sanitäts-einrichtungen stellen die Grundvoraussetzung für globale Gesundheit da. Ein Fehlen dieser beiden Aspekte ist direkt oder indirekt für ein Zehntel der globalen Krankheitslast verantwortlich. Aufgrund von wasserassoziierten Erkrankungen wie Durchfall sterben beispielsweise jährlich mehr als 1,4 Millionen Kinder. Auch Mangelernährung kann durch wiederholte Durchfallepisoden verursacht werden. Aufgrund dieser großen Bedeutung des sogenannten „water, sanitation and hygiene“ (WASH) Feldes wurde in den vergangenen Jahren viel Geld in die Entwicklung und Implementierung von Interventionen im Bereich der Trinkwasserversorgung und Aufbau von Sanitätssystemen investiert. Diese haben jedoch an manchen Stellen ihr Ziel verfehlt, da sie nicht ausreichend auf die Bevölkerung, zugeschnitten waren. Im Rahmen ihrer Masterarbeit hat Lisa Pfadenhauer deshalb nicht nur untersucht, welche WASH-Faktoren auf den Philippinen vorliegen und wie diese sich auf Durchfall bei Kindern unter fünf Jahren auswirken, sondern auch Fokusgruppendifkussionen darüber geführt, welche Hygienepraktiken um diese WASH Aspekte ausgeführt werden. Diese Mixed-Method Studie wurde im International Journal of Environmental Research in Public Health veröffentlicht und ist unter folgendem Link verfügbar: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4344701/>

Abstract

Inadequate water, sanitation and hygiene (WASH) represent an important health burden in the Philippines. The non-governmental organisation Fit for School intends to complement its handwashing programme in schools with sanitation interventions. The objectives of this mixed-method study therefore were to describe WASH practices and their impact on childhood diarrhoea in the Philippines, and to examine socio-cultural and environmental factors underlying defecation and anal cleansing practices in Northern Mindanao. We quantified the effect of WASH practices on diarrhoea through logistic regression models, using the Philippine Demographic and Health Survey 2008. When adjusting for non-modifiable factors, susceptibility and socioeconomic factors, WASH factors failed to show a statistically significant effect. Focus group discussions were held with women in urban and rural Northern Mindanao, and findings analysed using thematic analysis. Defecation and anal cleansing behaviours were constrained by the physical environment, particularly the lack of clean, safe, comfortable and private facilities. Individual determinants of behaviour were influenced by habit and motivations such as disgust, with some evidence of planned behaviour. Where available, water was the preferred material for anal cleansing. This study combines nationally-representative quantitative data with local in-depth qualitative insights, constituting critical formative research in the development of effective and appropriate interventions.

von Philipsborn P, Stratil JM, Burns J, Busert LK, Pfadenhauer LM, Polus S, Holzzapfel C, Hauner H, Rehfuss E (2019): Environmental interventions to reduce the consumption of sugar-sweetened beverages and their effects on health.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 6. Art. No.: CD012292. doi:10.1002/14651858.CD012292.pub2

Was haben Softdrinks mit globaler Gesundheit zu tun?

Nichtübertragbare Krankheiten wie Diabetes mellitus und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind mittlerweile für einen größeren Teil der Krankheitslast verantwortlich als Infektionskrankheiten – auf globaler Ebene, und auch in vielen Ländern mit niedrigen und mittleren Einkommen. Die Eindämmung der entsprechenden Risikofaktoren ist daher ein wichtiges Thema globaler Gesundheit – und zu diesen Risikofaktoren zählt auch der Konsum von Süßgetränken. Tatsächlich ist der Süßgetränkekonsum in der Gruppe der Länder mit mittleren Einkommen, wie Mexiko, Brasilien und Südafrika, höher als in den Ländern mit hohen Einkommen. Dort trägt er nicht nur zur raschen Ausbreitung von Übergewicht, Adipositas und Diabetes mellitus bei, sondern auch zu Zahnkaries – einem ebenfalls sehr wichtigen, und vernachlässigten, globalen Gesundheitsthema. Als Teil seiner medizinischen Doktorarbeit verfasste Peter von Philipsborn am Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung der LMU München ein Cochrane-Review zu verhältnispräventiven Maßnahmen zur Reduktion des Süßgetränken, dessen Kurzabstract im Folgenden wieder gegeben ist. Der vollständige Cochrane Review ist unter dem folgenden Link open access verfügbar: www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012292.pub2

Abstract

Objective: To assess the effects of environmental interventions on sugar-sweetened beverage (SSB) consumption, body weight, and any reported adverse outcomes.

Design: Systematic review and random effects meta-analysis of studies on environmental interventions to reduce the consumption of SSB, with or without behavioural co-interventions.

Data Sources: We searched 11 general, specialist and regional databases from inception to 24 January 2018, reference lists and citations of key publications, and websites of relevant organizations. We also contacted study authors and members of our review advisory group.

Study selection criteria: We included randomised controlled, non-randomised controlled and interrupted-time-series studies that were implemented in real-world settings, lasted at least 12 weeks and included at least 40 individuals, and reported on any of our main outcomes.

Main outcomes: Direct and indirect measures of SSB intake; body weight and other diet-related anthropometric and health outcomes; and any unintended consequences or adverse outcomes.

Results: We identified 14,488 unique records, and assessed 1030 full-texts for eligibility. We included 58 studies comprising a total of 1,195,252 participants and a median length of follow-up of 10 months. We found studies on a broad range of interventions, including labelling (8 studies), beverage standards in public institutions (16 studies), non-tax price increases and subsidies (7 studies), whole food supply interventions (3 studies), retail and food service interventions (7 studies), intersectoral approaches (8 studies), and home-based interventions (7 studies). We found moderate certainty evidence for consistent associations with decreases in SSB consumption for the following interventions: traffic light labelling, price increases on SSB, in-store promotion of healthier beverages in supermarkets, government food benefit programs with incentives for purchasing fruits and vegetables and restrictions on SSB purchases, multi-component community campaigns focused on SSB, and interventions improving the availability of low-calorie beverages in the home environment. For the remaining interventions we found low to very low certainty evidence for associations showing varying degrees of consistency.

Conclusions: With observed benefits outweighing observed harms we suggest that environmental interventions to reduce the consumption of SSB be considered as part of a wider set of measures to improve population-level nutrition. Implementation should be accompanied by evaluations using appropriate methods.

Systematic review registration: Cochrane Database of Systematic Reviews CD012292.

Funding: Funded through general university funds.

Suhlrie L, Bartram J, Burns J, Joca L, Tomaro J, Rehfuess E (2018): The role of energy in health facilities: A conceptual framework and complementary data assessment in Malawi.

PLoS ONE 13(7):e0200261. Published online 2018 Jul 20. doi: [10.1371/journal.pone.0200261](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0200261)

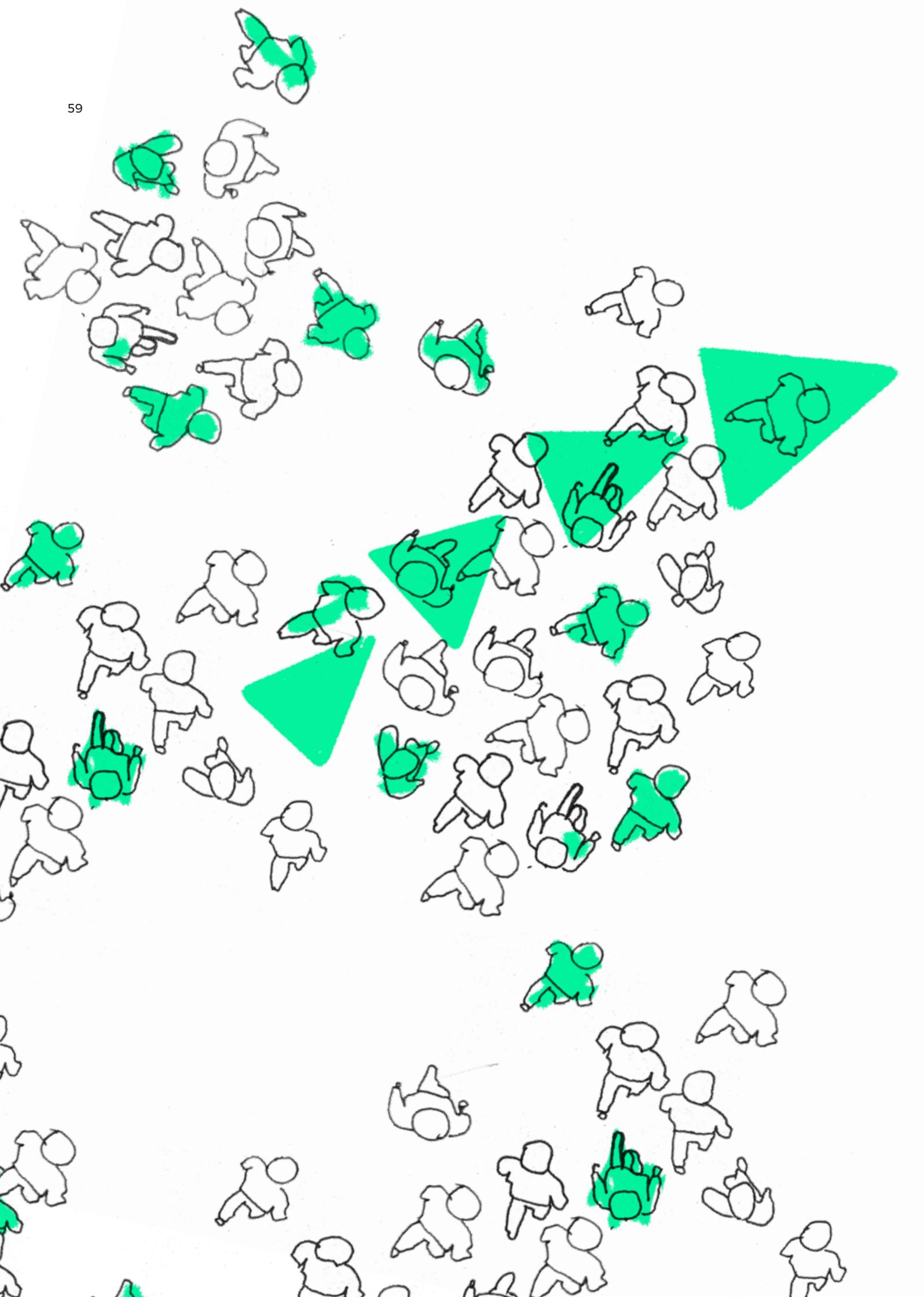
Der Zugang zu Elektrizität für Beleuchtungs-, Koch-, Heiz- und Antriebsgeräte auf der Ebene von Haushalten und Institutionen ist für die sozioökonomische Entwicklung von entscheidender Bedeutung. Obwohl bedeutende Fortschritte bei der Energieversorgung weltweit erzielt wurden, weist Subsahara-Afrika die höchsten Bevölkerungsanteile ohne Strom und mit umweltschädlichen festen Brennstoffen auf. Diese Bedingungen, insbesondere Strommangel, betreffen Gesundheitseinrichtungen und die von ihnen angebotenen Dienstleistungen enorm: Ohne ausreichenden Energiezugang können essenzielle Bedingungen -z.B. in Form von Beleuchtung, Kühlung, Sterilisation und Kommunikation- für eine effektive und sichere Patientenbehandlung nicht ausreichend gewährleistet werden. Während viel Forschung der Bewertung der gesundheitlichen Auswirkungen von umweltschädlichen Kraftstoffen und der Förderung effektiver Haushaltslösungen gewidmet ist, untersuchen nur wenige Studien die Rolle von Elektrizität in Gesundheitseinrichtungen und deren Einfluss auf die Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen. Deshalb hat Laura Suhlrie im Rahmen ihrer Masterarbeit einen konzeptionellen Überblick erarbeitet, der den Einfluss von verschiedenen Stromversorgungsquellen und deren Merkmale auf verschiedene Aspekte der Gesundheitsversorgung und somit auf die Gesundheit der Bevölkerung untersucht.

Background: Modern energy enables health service delivery. Access to electricity is, however, unreliable in many health facilities in developing countries. Little research has explored the relationships between energy and service delivery.

Methods: Based on extensive literature searches and iterative discussions within the research team, we first develop a conceptual framework of the role of energy in health facilities. We then use this framework to explore how characteristics of electricity supply affect distinct energy uses in health facilities (e.g. lighting), and how functional or non-functional lighting affects the provision of night-time care services in Malawi. To do so we apply descriptive statistics and conduct logistic and multinomial regressions using data from the Service Provision Assessment (SPA) of the Demographic and Health Surveys (DHS) for all health facilities in Malawi in 2013/2014.

Results: The conceptual framework depicts the pathways from different energy types and their characteristics, through to distinct energy uses in health facilities (e.g. medical devices) and health-relevant service outputs (e.g. safe medical equipment). These outputs can improve outcomes for patients (e.g. infection control), facilities (e.g. efficiency) and staff (e.g. working conditions) at facilities level and, ultimately, contribute to better population health outcomes. Our exploratory analysis suggests that energy uses were less likely to be functional in facilities with lower-quality electricity supply. Descriptive statistics revealed a critical lack of functional lighting in facilities offering child delivery and night-time care; surprisingly, the provision of night-time care was not associated with whether facilities had functional lighting. Overall, the DHS SPA dataset is not well-suited for assessing the relationships depicted within the framework.

Conclusion: The framework conceptualizes the role of energy in health facilities in a comprehensive manner. Over time, it should be empirically validated through a combination of different research approaches, including tracking of indicators, detailed energy audits, qualitative and intervention studies.





WEITER GEHEN: SCHRITTE ZUR PRAKTISCHEN UMSETZUNG

Franziska Hommes



Wenn das Interesse an GH vorhanden und der Entschluss zur wissenschaftlichen Beschäftigung mit einem Teilaspekt gefasst ist, schließen sich eine Reihe von Vorbereitungsschritten an. Die folgenden Punkte sollen Anregungen für die praktische Umsetzung der ersten Schritte auf dem Weg zum GH-Forschungsprojekt bieten:

- › **Thematik:** Eine geeignete Fragestellung zu finden, stellt bei jedem Forschungsprojekt eine entscheidende Herausforderung dar und verlangt eine frühzeitige Absprache mit der möglichen Betreuungsperson. Vor einer zu frühen Fokussierung auf ein Thema können allgemeine oder fachspezifische Grundlagenwerke zur Verfassung von Forschungsarbeiten hilfreich sein. Grundlage jeder wissenschaftlichen Arbeit ist eine gründliche Literaturrecherche. Auch gilt es die Möglichkeiten zur praktischen Umsetzung der ausgewählten Fragestellung kritisch zu überprüfen. An vielen medizinischen Fakultäten bieten Doktorandenkollegs eine gute Möglichkeit des regelmäßigen Austauschs über inhaltliche und methodische Fragen.
- › **Priorisierung:** Eng verknüpft mit der thematischen Auswahl ist die Frage der Priorisierung. Hierbei kann es einerseits um eine pragmatische Priorisierung von Fragestellungen nach Aspekten der zeitlichen Umsetzbarkeit, des Arbeitsaufwandes, der finanziellen und örtlichen Rahmenbedingungen gehen. Aber auch normative Aspekte der Priorisierung sollten bedacht werden: Wonach wähle ich ein Global Health-Forschungsthema aus? Nach der Bedeutung der Fragestellung für eine Bevölkerungsgruppe vor Ort? Nach der globalen Krankheitslast einer Erkrankung? Nach der Wahrscheinlichkeit einer Translation der Forschungsergebnisse in die (politische) Praxis? Nach der Sichtbarkeit und öffentlichen Aufmerksamkeit eines bestimmten Themas? Nach dem eigenen Interesse und der intrinsischen Motivation sich mit einem Thema intensiv auseinanderzusetzen?
- › **Betreuung:** Aufgrund der bisher nicht flächendeckenden institutionellen Verankerung von Global-Health-Forschungsprojekten ist es empfehlenswert, neben einer Anfrage an relevanten Instituten an der eigenen (medizinischen) Fakultät auch bundesweit nach Möglichkeit zur Betreuung einer solchen Arbeit zu suchen. Institute, die gegenwärtig GH-Lehre und -Forschung an medizinischen Fakultäten in Deutschland durchführen und an denen potenziell medizinische Dissertationen mit GH-Fokus angesiedelt sein können, sind etwa Institute für Public Health/Gesundheitswissenschaften, Sozialmedizin, Allgemeinmedizin, Epidemiologie, Hygiene, Arbeitsmedizin sowie Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin.

Auf der Homepage der GHA-D befindet sich eine Übersicht über in Deutschland bestehende GH-Lehrangebote, die bei der Suche nach einschlägigen Instituten und Betreuungsmöglichkeiten hilfreich sein kann: <https://www.gha-d.org/gh-in-deutschland>.

- › **Methodik:** Die Auswahl der Methodik bildet einen Grundpfeiler in der Entwicklung des Forschungsprojekts und ist eng mit der jeweiligen Fragestellung verknüpft. Möglichkeiten zur methodischen Grundausbildung und Weiterbildung gibt es an den meisten medizinischen Fakultäten sowie Fakultäten und Institutionen aus anderen Fachbereichen. Oftmals bieten auch Universitätsbibliotheken spezielle Kurse, bspw. zu Statistikprogrammen, an. Über einen Bibliothekszugang/das Rechenzentrum besteht oftmals auch ein vergünstigter Zugang für Studierende zu verschiedensten Softwarepro-

grammen, wie Literaturverwaltungs-, Statistik- oder auch Programmen qualitativer Methodik. Auch Online-Kurse können beim Erlernen methodischer Grundlagen hilfreich sein. Es existieren verschiedene kostenlose (spezifische) Online-Lehrangebote, wie etwa ein Lehrangebot „Methods Courses for Doctoral Students“ des Heidelberger Institutes of Global Health: https://global-health-heidelberg.de/wp-9da96-content/uploads/2018/10/Doctoral-level-courses_Sep18.pdf

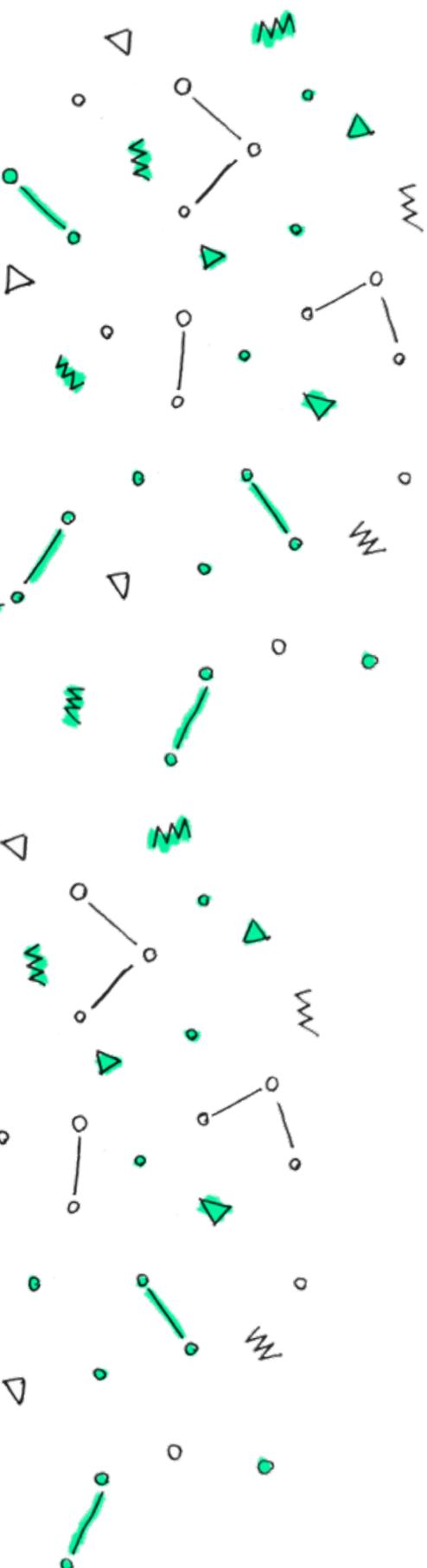
› **Ethik:** Forschung im Allgemeinen und GH-Forschung im Speziellen gehen mit einer Reihe von ethischen Fragen und Herausforderungen einher. Eine frühzeitige Abstimmung mit den zuständigen Ethikkommissionen, z.B. an der Heimatuniversität und im Gastland, ist bei fast allen Forschungsprojekten sinnvoll und essentiell. Für die eigene Weiterbildung im Bereich Forschungsethik (und als Ergänzung dazu GH-Ethics) gibt es eine Reihe von Dokumenten und Online-Kursangeboten:



- › Die WHO bietet unter der Rubrik „Global Health Ethics“ (<https://www.who.int/ethics/en/>) eine Reihe von Publikationen, Videomaterial sowie Q&A.
- › Die WHO-Plattform „Integrating Ethics in infectious disease outbreaks“ enthält online-Kurse, spezifische Informationen zu ethischen Fragestellungen in Katastrophen- und Nothilfeinsätzen, Videomaterial, Infographiken sowie Checklisten zur Integration ethischer Prinzipien in die alltägliche Forschung und Praxis. <https://extranet.who.int/ethics/home>
- › Global Health Training Centre: Diese Plattform des Global Health Networks bündelt Fort- und Weiterbildungsmaterialien zu Forschung im Bereich Global Health: <https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/>
- › Research Ethics Online Training: <https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/elearning/research-ethics/>
- › Research Ethics Case Studies: <https://globalhealthtrainingcentre.tghn.org/elearning/research-ethics/research-ethics-case-studies/>

› **Finanzielle Förderung:** Oftmals ist wissenschaftliche Forschung mit nicht unerheblichen finanziellen Kosten verbunden. Zum Teil stellen die anfallenden Kosten in der Praxis eine entscheidende Limitation dar. Je nach inhaltlicher, zeitlicher und geographischer Ausrichtung des Forschungsprojekts gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, sich um eine finanzielle Förderung zu bemühen. Die folgende Auflistung stellt eine kleine Auswahl entsprechender Fördermöglichkeiten sowie Auszeichnungen für besondere Forschungsprojekte mit GH-Bezug dar:





- › Der Deutsche Akademische Auslandsdienst (DAAD) bietet Informationen zu studienbezogenen Auslandsaufenthalten und Sprachkursen sowie verschiedenste Stipendienangebote für nationale und internationale Studierende, Graduierte, Dozenten und Dozentinnen in den Bereichen Forschung und Lehre.
- › Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG): Die DFG ist die zentrale Selbstverwaltungsorganisation der Wissenschaft in Deutschland. Sie fördert Forschungsprojekte an Hochschulen und anderen Forschungseinrichtungen. Es gibt u.a. Promotionsstellen und -stipendien und verschiedenste Förderschwerpunkte, etwa im Bereich Public Health. <https://www.dfg.de/index.jsp>
- › Else Kröner-Fresenius-Stiftung: Die Else Kröner-Fresenius-Stiftung widmet sich der Förderung medizinischer Wissenschaft und unterstützt medizinisch-humanitäre Hilfsprojekte. <https://www.ekfs.de/>
- › Volkswagen Stiftung: Die Volkswagen Stiftung ist eine private Wissenschaftsförderin in Deutschland, die Forschungsvorhaben unterstützen und strukturelle Voraussetzungen wissenschaftlicher Institutionen verbessern will. Dabei wird insbesondere wissenschaftliche Nachwuchskräfte gefördert sowie die Zusammenarbeit von Forscherinnen und Forschern über wissenschaftliche, kulturelle und staatliche Grenzen hinaus. <https://www.volkswagenstiftung.de/>
- › Wellcome Trust: Der Wellcome Trust ist eine Stiftung mit Schwerpunkt in medizinischer Forschung sowie Forschungsprojekten zur Verbesserung der Gesundheit auf Bevölkerungsebene. Es gibt Fördermöglichkeiten für verschiedenste Forschungsthemen, bspw. auch zu Klimawandel und Gesundheit, Gesundheitssystemstärkung oder mentaler Gesundheit. <https://wellcome.ac.uk/>
- › Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit (AG FIDE e.V.): Die FIDE ist eine AG der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und unterstützt Forschungsvorhaben mit Stipendien, die thematisch auf Gynäkologie/Geburtshilfe und Globaler Gesundheit ausgerichtet sind. <https://ag-fide.org/>
- › Memento Preis für vernachlässigte Krankheiten: Zur Förderung der Forschung und Entwicklung im Bereich vernachlässigter Krankheiten, haben sich Ärzte ohne Grenzen, Brot für die Welt, die BUKO Pharma-Kampagne und die DAHW Deutsche Lepra- und Tuberkulosehilfe e.V. zusammengeschlossen und gemeinsam den Memento Preis für vernachlässigte Krankheiten ins Leben gerufen. Seit 2014 wird er einmal im Jahr für besonderes Engagement in der Bekämpfung von vernachlässigten Krankheiten in den Kategorien „Forschung und Entwicklung“, „Politischer Wille“ und „Journalismus“ verliehen. <http://memento-preis.de/#start>
- › Der World University Service (WUS) Deutsches Komitee e.V. zeichnet Absolventinnen und Absolventen an deutschen Hochschulen aus, die sich in ihren Studienabschlussarbeiten – gleich welcher Fachrichtung – mit bestimmten Themen der SDGs auseinandergesetzt haben. <https://www.wusgermany.de/de/wus-service/wus-aktuelles/wus-foerderpreis/wus-foerderpreis-2019>

Weiter informieren, weiterdenken: Literatur, Kursangebote, Institutionen⁴⁰

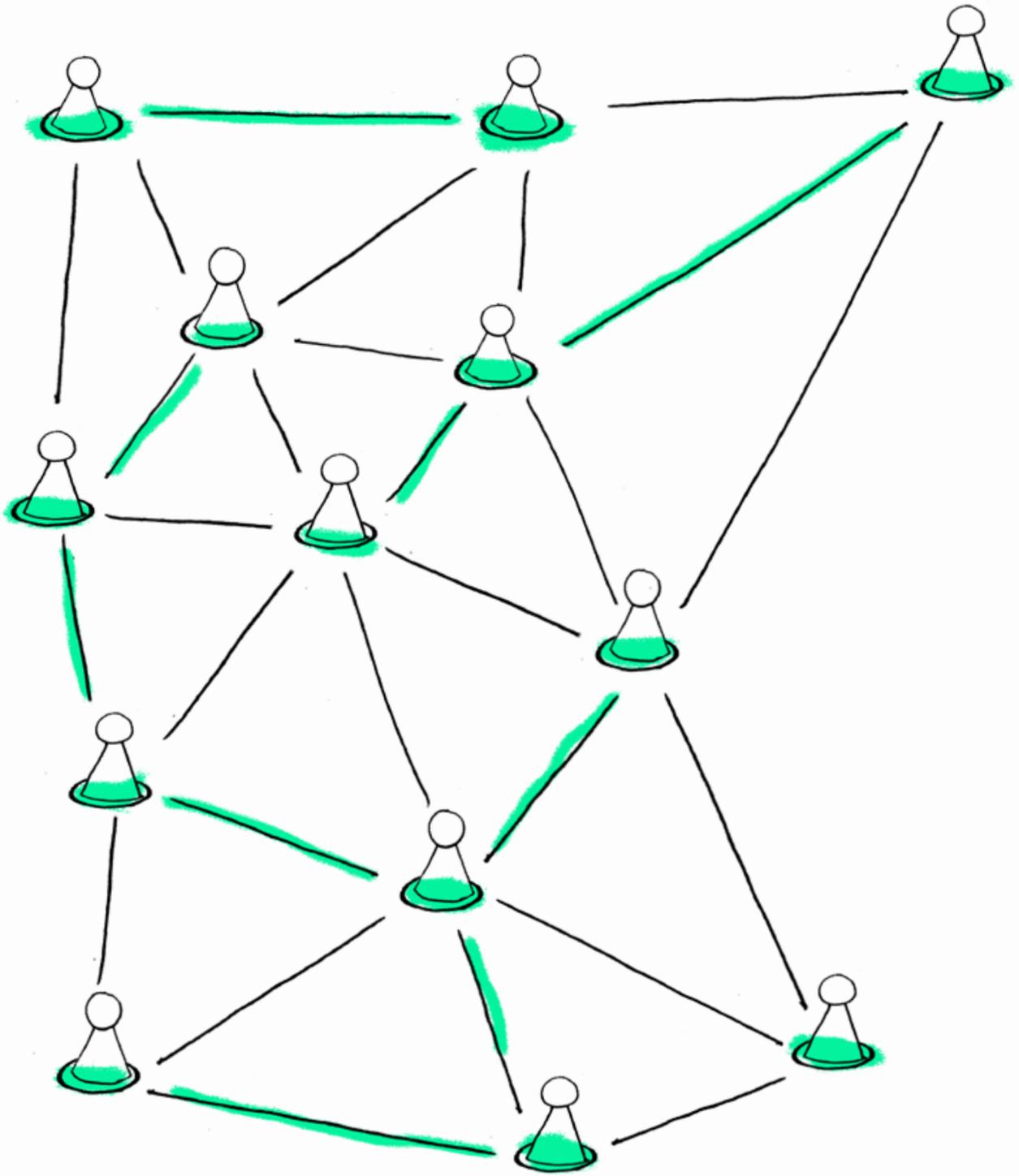
- Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) bietet Informationen zur Förderung der Gesundheitsforschung in internationaler Kooperation und hat 2015 ein „Förderkonzept: Vernachlässigte und armutsbegünstigte Krankheiten“ herausgegeben. <https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/gesundheitsforschung-in-internationaler-kooperation.php>; https://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/files/Globale_Gesundheit.pdf

Außerdem hat das BMBF die Einrichtung einer „Vernetzungsplattform Forschung für Globale Gesundheit“ initiiert, welche die deutsche Forschungslandschaft im Bereich Globale Gesundheit fördern und standort- sowie disziplinbergreifende Vernetzung stärken soll: <https://www.bmbf.de/foerderungen/bekanntmachung-2445.html>

- MEDBOX, GLOBAL HEALTH EDUCATION TOOLBOX: MEDBOX ist Open Source Online-Bibliothek, die Informationen zu international gesundheitsrelevanten Themen auf einer Internetseite bündelt: www.medbox.org. Innerhalb der MEDBOX bietet die GLOBAL HEALTH EDUCATION TOOLBOX eine strukturierte Auswahl an praktischen Lehr- und Weiterbildungsmaterialien zu globaler Gesundheit. Studierende, Lehrende und international arbeitende Praktikerinnen und Praktiker können durch kostenlosen Zugang zu dieser Sammlung Global Health Lehre in Theorie und Praxis stärken: www.ghebox.org
- 360° - Eine Einführung in Globale Gesundheit als Vorbereitung auf Auslandsaufenthalte: Diese Broschüre ist von der 2009 von der Globalisation and Health Initiative (GandHI) herausgegebenen Lektüre „Hier & Dort. Einblicke in die Globale Gesundheit“ inspiriert. Mit dem „360°“ wurde eine weitere Möglichkeit geschaffen, sich mit Themen globaler Gesundheit auseinanderzusetzen und auf Auslandsaufenthalte vorzubereiten. <https://www.bvmd.de/index.php?id=870>
- Das Heidelberg Institut of Global Health (HIGH) bietet spezielle Kurse und Programme für Studierende und Postgraduierte an, die durch ein GH-Forschungsprojekt mit einem Abschluss als Dr. med oder Dr. sc. hum anstreben. <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Doctorate-at-HIGH.139745.0.html>
- Die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg bietet - gefördert von der Else Kröner-Fresenius-Stiftung - ein Promotionskolleg „Global Health“ an. Webseite des Promotionskollegs mit Informationen zum Bewerbungsverfahren. www.global-health-heidelberg.de

⁴⁰ Bei den folgenden Hinweisen handelt es sich um eine exemplarische Auswahl. Es besteht keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit. Vorschläge für Ergänzungen können gerne an info@gha-d.org geschickt werden.

- › [Lindstrand et al.](#): Global Health: An introductory textbook: Ein Buch zur Einführung in die globale Gesundheit, das unter anderem auf Veränderungen in der Weltbevölkerung der letzten Jahrzehnte, soziale Determinanten von Gesundheit, Indikatoren zur Messung von Gesundheit und Krankheit und verschiedene Strukturen von Gesundheitssystem einget. Es werden die engen Verbindungen zwischen Gesundheit und sozialen, politischen, ökonomischen und ökologischen Determinanten aufgezeigt.
- › Das Heidelberger Institut für Global Health hat eine Reihe von [Global Health Resources](#) zusammengestellt, welche von allmeinen Literaturhinweisen über themenspezifische Informationen bis hin zu Online-Kurse und Jobmöglichkeiten reichen: <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Literatur-zu-Global-Health.132146.0.html?&L=0>
- › [Charité Global Health](#) hat eine Übersicht zu Programmen zusammengestellt, die Forschung und Lehre im Bereich Globaler Gesundheit sowie internationale Mobilität fördern: https://globalhealth.charite.de/forschung/foerdermittel_fuer_global_health/
- › Die [Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit e.V.](#) (KLUG) ist ein Netzwerk von Einzelpersonen, Organisationen und Verbänden aus dem Gesundheitsbereich mit dem Ziel, den Klimawandel als wichtiges Gesundheitsthema zu etablieren und sich für Klimaschutz im Gesundheitswesen einzusetzen. Auf der Homepage von KLUG sind Hintergrundmaterialien sowie eine Übersicht zu Forschungsprojekten im Bereich Klima und Gesundheit zusammengestellt: <https://www.klimawandel-gesundheit.de/>
- › Die [Hilfs- und Menschenrechtsorganisation medico international](#) diskutiert in dem Dossier „Beyond aid“, wie Formen der globalen Solidarität, Kooperation und Unterstützung die bestehenden Institutionen und Praxis der (Entwicklungs-)Hilfe verändern können: <https://www.medico.de/entwicklungshilfe-kritik/>
- › Der [Berliner Verein glocal e.V.](#) engagiert sich in politischer Bildungsarbeit und greift in Publikationen wie „Mit kolonialen Grüßen“, „Das Märchen von der Augenhöhe. Macht und Solidarität in Nord-Süd-Partnerschaften“ oder „Connecting the Dots – Lernen aus Geschichte(n) zu Unterdrückung und Widerstand“ Fragen zu globalen und innergesellschaftlichen Machtverhältnissen, Ausbeutung, Rassismus und Marginalisierung auf: <https://www.glocal.org/publikationen/>



Abkürzungsverzeichnis

bvmd	Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V.
DALYs	Disability-Adjusted-Life-Years
DNDi	Drugs for Neglected Disease initiative
FIDE	Frauengesundheit in der Entwicklungszusammenarbeit
GHA-D	Global Health Alliance-Deutschland
GH	Global Health
GHE	Global Health Education
HiAP	health-in-all-policies
LMICs	low- and middle income countries
NTDs	Neglected tropical diseases
SDGs	Sustainable Development Goals
UAEM	Universities Allied for Essential Medicines
UHC	Universal Health Coverage
WHO	World Health Organization

Kontakt

Bei Fragen, Anmerkungen oder dem Wunsch nach Vernetzung mit den Autorinnen und Autoren des Textes und/oder der vorgestellten Forschungsarbeiten kann gerne Kontakt unter info@gha-d.org aufgenommen werden. Die GHA-D unterstützt eine Vernetzung von Studierenden und Lehrendem im Bereich Global Health-Lehre und -Forschung und möchte mit diesem Handbuch zu einer solchen Vernetzung beitragen. <https://www.gha-d.org/>

 DANKE!

Wir bedanken uns für die Unterstützung durch das Memento Preis Bündnis, der Globalisation and Health Initiative (GandHI) der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd), der Lokalgruppe GandHI Aachen, Tierärzte ohne Grenzen e.V., dem Institut für Allgemeinmedizin, Charité - Universitätsmedizin Berlin, dem Institute of Public Health, Charité - Universitätsmedizin Berlin und der Pettenkofer School of Public Health, Ludwig-Maximilians-Universität, München.

PETTENKOFER SCHOOL OF PUBLIC HEALTH



Impressum

Forschung mit Weitblick – ein Handbuch für Studierende mit Interesse an Global Health-Forschung

Herausgeber:

Franziska Hommes, Jan Stratil, Leonie Ströbele, Walter Bruchhausen

Mit Beiträgen von:

Text:

Franziska Hommes, Noel Gnada, Leonie Ströbele, Jan M Stratil, Lorina Whittaker, Walter Bruchhausen

Abstracts:

Laura Arnold, Kayvan Bozorgmehr, Antonia Braus, Franziska Hommes, Matthias Havemann, Fabian Moser, Lisa M Pfadenhauer, Peter von Philipsborn, Laura Suhlrie

Lektorat:

Laura Arnold, Kayvan Bozorgmehr, Antonia Braus, Matthias Havemann, Fabian Moser, Kim Nordmann, Lisa M Pfadenhauer, Peter von Philipsborn, Angi Schug, Angela Schuster, Laura Suhlrie, Katharina Wabnitz

Grafik & Layout:

Julian Güttge - www.julianguettge.de

1. Auflage, Berlin, September 2019

Ein Projekt der Global Health Alliance Deutschland (GHA-D)

<https://www.gha-d.org/>

info@gha-d.org

GHA-D Global Health Alliance
Deutschland



Für das Copyright der Bilder gelten die Bedingungen der in den Bildbeschriftungen genannten Rechteinhaber. Für die Abstracts gelten die Bedingungen der in den Veröffentlichungen genannten Rechteinhaber.