

Das Primary Health Care-Konzept. Anmerkungen zu einem universellen wie visionären Konzept – 25 Jahre nach der Deklaration von Alma Ata *

DIETER HAMPEL

Zusammenfassung: Vor nun fünfundzwanzig Jahren wurde mit dem Konzept von Primary Health Care (PHC) und der Deklaration von Alma Ata (Kasachstan) die Basis für eine erste "Weltgesundheitspolitik" gelegt. Nach der Internationalisierung der Seuchenbekämpfung in den Anfangsjahrzehnten nahm sich die WHO des weitergefaßten Mandats der Gesundheitspolitik an¹. Der Originaltext ist auch aus heutiger Sicht von höchster Aktualität in bezug auf die definierten Probleme und die empfohlenen Lösungsansätze (WHO/UNICEF, 1978)². Unter dem Begriff „Primary Health Care“ wurde versucht, ein umfassendes Gesundheitskonzept in ein breitgefächertes Aktionsprogramm umzusetzen, um gesunde Lebensbedingungen für alle Menschen auf diesem Planeten zu schaffen und *eine menschenwürdige Versorgung sicher zu stellen*. Primary Health Care (Primäre Gesundheitspflege, Soins de Santé Primaire, Atención Primaria de Salud) ist seit der Alma Ata-Konferenz 1978 *das* weltweite Konzept zur Lösung der Gesundheitsprobleme und der Probleme der medizinischen Grundversorgung der Gesamtbevölkerung: PHC als Schlüssel zur individuellen und kollektiven Erhaltung der Gesundheit, als gesundheitsorientierte Entwicklungsstrategie wie als Reformprozeß der Gesundheitsdienste.

The Primary Health Care Concept. Notes on a universal as well as visionary concept – 25 years after the declaration of Alma Ata

Abstract: Twenty-five years ago the basis for the first "global health policy" was laid with the concept of Primary Health Care (PHC) and the declaration of Alma Ata (Kazachstan). After the internationalisation of the fight against the epidemic plague at the beginning of the decade, WHO adopted the conceptualised mandate of health policy¹. The original text is, even from a modern point of view, one of high actuality in relationship to the defined problems and the recommended resolution proposals (WHO/UNICEF, 1978)². Under the term "Primary Health Care", there was an attempt to implement a capacious health concept in an expanded academic action program to achieve healthy living conditions for all people on the planet and to ensure humane maintenance. Primary Health Care has been the worldwide concept for the resolution of the world health problem and the problem of basic medical maintenance of the entire population since the Alma Ata conference in 1978: PHC as the key to individual and collective sustainment of health, as a health orientated development strategy as well as the reform process of health services.

Keywords (Schlagwörter): PHC – declaration of Alma Ata – WHO – participation – health and politics – investing in health for economic development – utopias (konkrete Utopie) – sustainable social development and health (nachhaltige soziale Entwicklung und Gesundheit) – human right on health (Menschenrecht auf Gesundheit)

*. Dieser Artikel ist Prof. Hans-Jochen Diesfeld gewidmet.

1. Das Konzept

Entstehung und Entwicklung des PHC-Konzeptes sind eng verknüpft mit der Entwicklung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), hier insbesondere mit dem Namen KENNETH NEWELL³ und HALFDAN MAHLER, und anderen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitsbereich. Es war im Jahr 1977, als die Weltgesundheitsorganisation nach Vorarbeiten seit 1973 erstmals in ihrer Ge-

schichte große Weltgesundheitspolitik machte. Die Weltgesundheitsversammlung forderte, daß „alle Regierungen und die WHO es zu ihrem hauptsächlichen sozialpolitischen Ziel machen sollten, zu erreichen, daß alle Bürger ein Gesundheitsniveau erreichen, das ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen ...“⁴.

Auf der Internationalen Konferenz über Primary Health Care im September 1978 in Alma Ata, veranstaltet von WHO und UNICEF, wurde dann der

Weg zu diesem Ziel bestimmt. Die Teilnehmer, Vertreter von 134 Regierungen, beschlossen ein Aktionsprogramm, das durch 22 Empfehlungen spezifiziert wurde. Erst 1981 verabschiedete die WHO dann die "Global Strategy for Health for All" und erarbeitete Detailpläne zur Verwirklichung dieses Ziels.

Primary Health Care (PHC) wurde in der „Deklaration von Alma Ata“ 1978 wie folgt definiert:

„... PHC ist allgemein verfügbare, grundsätzliche Gesundheitsversorgung (Gesundheitspflege) für den einzelnen und die Familie innerhalb einer Gemeinde, die für alle annehmbar und erschwinglich ist und von allen getragen werden soll. Sie ist integraler Bestandteil sowohl des Gesundheitssystems wie auch der allgemeinen sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung eines Landes und seiner Gemeinden ...“⁵.

Das Primary Health Care-Konzept basiert auf acht Elementen und sieben Prinzipien (siehe Tab. 1 und 2). Die Forderung von Alma Ata umfaßt demnach sowohl wichtige vorbeugende Elemente im nicht-medizinischen Bereich, als auch präventive und kurative Maßnahmen im medizinischen Bereich. Das grundlegend Neue war die Einbindung dieser Elemente in ein übergeordnetes, intersektorales Konzept auf der Grundlage von Partizipation des Gemeinwesens, der Dezentralisation und der Nutzung lokaler Ressourcen. Das Konzept berücksichtigte explizit politische und sozioökonomische Faktoren als Ursachen von Krankheit. Es betonte darüber hinaus, daß es zur Verbesserung der Gesundheitssituation der Bevölkerung einer multi-sektoralen Anstrengung bedarf. Nicht das Gesundheitssystem allein sollte für die Erreichung der Ziele verantwortlich sein. Zugrund lag ein radikal anderer Zugang zur Problemlage von Krankheit und Gesundheit.

Tabelle 1: Die 8 Elemente von Primary Health Care

1. Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme
2. Nahrungsmittelversorgung und Sicherung der Ernährung
3. Trinkwasserversorgung und sanitäre Maßnahmen
4. Mutter- und Kind-Gesundheitsversorgung einschließlich Familienplanung
5. Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten
6. Verhütung und Bekämpfung der örtlichen endemischen Krankheiten
7. angemessener Form
8. Versorgung mit essentiellen Medikamenten

Tabelle 2: Die 7 Prinzipien des "Primary Health Care"-Konzepts

1. Die Primäre Gesundheitspflege sollte an den Lebensgewohnheiten und Lebensstilen der Bevölkerung, der sie dient, orientiert sein und sich an den Bedürfnissen des Gemeinwesens ausrichten.
2. Die Primäre Gesundheitspflege soll integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems sein. Die erweiterte Untergliederung der Dienste sollte den Notwendigkeiten entsprechen, die sich an der Basis ergeben; dies betrifft insbesondere die Verfügbarkeit technischer Möglichkeiten sowie die Aufgaben der Supervision und Beratung.
3. Die Aktivitäten der Primären Gesundheitspflege sollten voll integriert sein in die anderen Sektoren, die mit der Entwicklung des Gemeinwesens befaßt sind (Landwirtschaft, Erziehung und Ausbildung, öffentliche Dienste, Wohnungs- und Kommunikationsfragen).
4. Die Bevölkerung am Ort sollte sowohl an der Formulierung der Aufgaben als auch an den Bemühungen um die Problemlösung im Gesundheitsbereich aktiv beteiligt werden, so daß Gesundheitsversorgung den jeweiligen örtlichen Bedürfnissen und Prioritäten gerecht werden kann. Entscheidungen darüber, welches die Bedürfnisse des Gemeinwesens sind, die einer Lösung bedürfen, sollten sich auf den beständigen Dialog zwischen der Bevölkerung und den Mitarbeitern der Gesundheitsdienste gründen.
5. Die angebotenen Gesundheitsdienste sollten größtmöglichen Gebrauch machen von den im jeweiligen Gemeinwesen vorhandenen Ressourcen. Dabei sollten insbesondere die Möglichkeiten berücksichtigt werden, die bisher nicht in Anspruch genommen wurden; die angebotenen Gesundheitsdienste sollten ferner die zwingenden Grenzen für die Kosten achten, die es jeweils im Lande gibt.
6. Primäre Gesundheitspflege sollte sich um einen Ansatz bemühen, in dem präventive und kurative Maßnahmen ebenso wie der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung dienende Programme gleichzeitig und in gleichem Umfang aus- und aufgebaut werden, und zwar zugleich im Blick auf Individuum, Familie und Gemeinwesen. Das Verhältnis, in dem diese einzelnen Dienste zueinander stehen, sollte sich je nach den Bedürfnissen des Gemeinwesens einpendeln, dabei mag es im Laufe der Zeit durchaus Veränderungen geben.
7. Der größte Teil der die Gesundheit fördernden Interventionen sollte auf der der Basis nächstmöglichen Ebene stattfinden und von Mitarbeitern ausgeführt werden, die für die jeweils erforderlichen Maßnahmen am besten ausgebildet sind.

Mit "Primary Health Care" wurde von der WHO eine Strategie der „Basisgesundheitsversorgung“ propagiert, die umfassend – und nicht nur im engeren Sinne – medizinisch ausgerichtet ist und die bisherige Krankenhaus- und kurativ-orientierte Arbeit aufbrach. Ausgangspunkt war die politische Forderung, daß jede Person Zugang zu angemessener medizinischer Versorgung im Rahmen der ökonomischen Möglichkeiten haben sollte. Wesentliche Prinzipien sind soziokulturelle Angemessenheit, soziale Gerechtigkeit, Gemeinwesenbeteiligung (an den Bedürfnissen der Gemeinde und ihrer Partizipation orientierte Konzeption), Chancengleichheit im Zugang und Dezentralisierung von Diensten, Nut-

zung lokaler Ressourcen, intersektorale wie interdisziplinäre Koordination bzw. Verantwortlichkeit.

So ist PHC ein gesundheitsorientiertes, intersektorales Entwicklungskonzept mit grundbedürfnisrelevanten, präventiv-medizinischen und kurativen Maßnahmen, (wobei den Präventivmaßnahmen – u.a. mit ihren krankheitsvorbeugenden weil aufklärenden Charakter – im Gegensatz zur kurativen Versorgung ein sehr hoher Stellenwert eingeräumt wird, also der Beseitigung der auslösenden Faktoren und Vorbeugung im Gegensatz zur Behandlung einzelner Krankheiten – insgesamt soll jedoch auf eine sinnvolle Integration beider Richtungen geachtet werden).

PHC kann, wie Hans Jochen DIESFELD feststellt, „auf Dauer nur funktionieren, wenn die medizinische Basisversorgung sichergestellt ist und das Vertrauen der Bevölkerung besitzt. Das Überweisungssystem zwischen Gemeinde, Erste Hilfe-Station, Gesundheitszentrum und Referenz-, d.h. Distriktkrankenhaus muß funktionieren. Die Supervision der Gesundheitsdienste und die regelmäßige Weiterbildung der Mitarbeiter müssen durch die übergeordneten Ebenen gewährleistet sein. Kurative und präventive Aufgaben müssen miteinander koordiniert und ein zweckmäßiges Gesundheits-Informationssystem installiert sein“⁶ sowie eine gute Verwaltung bzw. Health Management funktionieren.

Als Voraussetzung für seine Verwirklichung hat das PHC-Konzept mit seinem ethischen, politischen und sozialen Anspruch den Abbau bestehender ökonomischer und sozialpolitischer Ungleichheiten, also veränderte politische wie ökonomische Rahmenbedingungen. Dies bedeutet eine veränderte nationale Entwicklungspolitik, das Vorliegen eines entsprechenden politischen Willens, die (Grund)Bedürfnisse der gesamten Bevölkerung zu befriedigen und sie in den gesamtgesellschaftlichen Entwicklungsprozeß einzubeziehen. Gesundheit soll als Teil allgemeiner sozio-ökonomischer Entwicklung gefördert werden; Gesundheitsressourcen vorrangig in der sozialen Peripherie eingesetzt und die Gemeinden zur aktiven Teilnahme ermuntert werden.

2. Bisherige Umsetzung

Die gängigen Gesundheitsindikatoren zeigen, daß die hohen Ziele der Weltgesundheitsorganisation, das fast utopische Ziel: Gesundheit und Wohlbefin-

den für alle Menschen bis zum Jahr 2000 (“Health for All by the Year 2000”), nicht erreicht wurde⁷. Nicht erst heute wird sichtbar, daß das sozialpolitisch radikale PHC-Programm so gut wie nirgendwo umgesetzt wurde. In der bisherigen kurzen PHC-Geschichte haben sich größere Umsetzungsschwierigkeiten für das gesundheitspolitische Konzept der primären Gesundheitsversorgung ergeben als dies bei der Deklaration dieser Prinzipien erkennbar war. Seine operationelle günstige Umsetzung fand es 1987 im District Health System-Konzept (Deklaration von Harare)⁸.

Bis heute läßt die Umsetzung des PHC-Konzeptes immer noch weitgehend auf sich warten (vor allem auch in den Industrienationen. Die Industrienationen benötigten mehr als 10 Jahre, bevor sie halberzig und zögernd für sich die Diskussion aufgriffen. Auf inoffizieller Ebene traf man sich zum ersten Mal 1986 in Ottawa/Kanada und kam mit einer „Ottawa Charter zur Gesundheitsförderung“ an die Öffentlichkeit. Hier wurden erstmals gemeinsam die Gesundheitsprobleme der Industrienationen angesprochen und ein neues Verständnis für öffentliches Gesundheitswesen gefordert⁹). In vielen Ländern der Dritten Welt fehlten die ökonomischen Rahmenbedingungen und der politische Wille. So fand eine konzeptionelle, strukturelle wie finanzielle Umstrukturierung der nationalen Entwicklungs- und Gesundheitspolitik kaum statt.

PHC wurde nicht zu einem gesamtpolitischen Konzept, viel eher als Armutsmethodik mißverstanden und dementsprechend eingeführt. PHC wurde oft (auch wegen des englischen Begriffs) als “Primary Care” (Basismethodik, die erste medizinische Versorgungsebene betreffend) mißverstanden, (PHC = Dorfgesundheitshelfer). Es wurde vielfach auf „technische“ Lösungsaspekte reduziert, unter Mißachtung der grundlegenden erforderlichen politischen Entscheidungen, der gesamtgesellschaftlichen Problematik und Ursachen. Eine echte Umorientierung der Gesundheitspolitik auf mehr Basisorientierung, sektorübergreifende Ursachenbekämpfung und politische Unterstützung sowie Eingliederung in die allgemeinen Entwicklungspläne hat kaum stattgefunden, ebenso kaum eine Dezentralisierung von Planung und Management. Die Informationssysteme und die Logistik sind vielfach mangelhaft oder fehlen völlig. Überwachung und Betreuung der jeweils niedrigeren Ebene der Ver-

sorgungsinstitutionen werden nicht bzw. kaum verwirklicht.

Die PHC-Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit und Partizipation der Betroffenen wurden in den meisten Ländern nur zögerlich in Angriff genommen. Die Einbeziehung der Gemeinden, der Betroffenen, in gesundheitsrelevante Entscheidungen ist meist – wenn überhaupt – nur ansatzweise gegeben. Der Gedanke, daß die lokale Bevölkerung durch einen kontinuierlichen Dialog mit den Betreuungseinrichtungen aktiv an der Formulierung und Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen beteiligt werden soll, blieb überwiegend ein Konzeptionswunsch. Das Prinzip der Partizipation der Bevölkerung des PHC-Konzepts wird heute mehr und mehr angesichts der gravierenden Finanzierungsprobleme des Gesundheitsdienstes in der Verlagerung der Behandlungskosten auf die Bevölkerung realisiert.

Die Koordination der verschiedenen im Gesundheitsbereich tätigen Dienste und Organisationen ist meist unbefriedigend, noch viel mehr die sogenannte „intersektorische“ Koordination, d.h. die gezielte Bündelung gesundheitsfördernder Beiträge anderer Sektoren – Bildung, Landwirtschaft, Infrastruktur, Wasser – mit denjenigen des Gesundheitssektors. Bislang ist es auch nicht befriedigend gelungen, die traditionellen Gesundheitssysteme in die Basisversorgung zu integrieren.

In den wenigsten Ländern ist es zu einer dauerhaften Umstrukturierung des staatlichen Haushalts weg vom kurativen und hin zu dem PHC-Bereich gekommen. Die Eliten sind primär an einer kurativen, hochtechnologisierten Versorgung interessiert. Hinzu kam, daß Weltwirtschafts- und Schuldenkrise sowie der schleichende Zerfall von Staatlichkeit, von politischen und administrativen Strukturen bis hin zu Bürgerkriegen¹⁰ die erforderlichen Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Primary Health Care derart verschlechterten (insbesondere in den afrikanischen Ländern), daß allein schon hierdurch an eine zügige Verwirklichung nicht zu denken war.

Bei einer versuchten flächendeckenden technischen Durchführung wurde das PHC-Konzept in der Regel auf eine „selektive Intervention“, d.h. auf die Bekämpfung ausgewählter Krankheiten und Gesundheitsprobleme, reduziert und generalstabmäßig „top down“/„vertikal“ implementiert. Basisgesundheitsysteme wurden administrativ und fachlich innerhalb des Gesundheitssystems als isolierte

Einheit realisiert, lösten sich bereits in der Durchführung oft in einzelne Programme wie Impfprogramme, Mutter- und Kindfürsorge etc. auf, die im besten Fall auf den verschiedenen institutionellen Ebenen integriert wurden.¹¹

Dies bedeutet, in den letzten Jahrzehnten fanden eher krankheitsorientierte, vertikale, zentralistische, von internationalen und bilateralen Geberorganisationen geförderte Programme Anwendung, als die Umsetzung des umfassenden gesundheitsorientierten, horizontalen, dezentralen, integralen wie partizipativen PHC-Konzepts. Diese ressourcenverschlingenden, kostenintensiven Krankheitsbekämpfungskonzepte mit ihrem von oben nach unten (widersprüchlich vor einigen Jahren als „Selective Primary Health Care“ bezeichneten) Ansatz, ausgerichtet jeweils auf unterschiedliche Krankheitskomplexe, entziehen sich der inhaltlichen Mitbestimmung und Mitverantwortung der Bevölkerung und schwächen (finanziell und materiell) die nationale Gesundheitspolitik, das betreffende Budget der jeweiligen Länder. Außerdem schufen diese meist von außen durchfinanzierten Programme vertikal angelegte Parallelstrukturen.

Das PHC-Konzept konnte bisher auch deshalb wenig Erfolge aufweisen, weil es auf Voraussetzungen aufbaut, die vom Gesundheitswesen alleine, das unglücklicherweise das Primat für das Konzept beansprucht, gar nicht kontrolliert werden kann. Voraussetzungen sind vielmehr, wie schon der damalige Generaldirektor der WHO, Halfdan Mahler, feststellte, veränderte wirtschaftliche und politische Rahmenbedingungen sowie eine veränderte nationale Entwicklungspolitik. Für die bisherige geringe Umsetzung des PHC-Konzeptes sind also der fehlende politische Wille sowie die politischen und ökonomischen Rahmenbedingungen wesentlich (mit)verantwortlich zu machen.

3. „Gesundheit für alle“ – eine konkrete Utopie!

Das 20. Jahrhundert brachte eine enorme Verbesserung der allgemeinen Gesundheit für die meisten Menschen dieser Welt. Die großen Erfolge im Gesundheitswesen sind aber ungleich verteilt. Einem Fünftel der Menschheit stehen keine Gesundheitsdienste zur Verfügung, und der Hälfte fehlt es z.B. an wichtigen Medikamenten. In Abhängigkeit von

ihrer sozialen Lage sind Menschen vor Krankheit und Tod sozial ungleich: Die heutige Welt ist gekennzeichnet von gesundheitlichen Extremen. Diese Unterschiede sind im internationalen Maßstab extrem und spiegeln die krassen Gegensätze gesellschaftlicher Entwicklung und medizinischer Versorgung wider.¹²

„Gesundheit ist der Zustand des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens“, so die vielbeachtete Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Die medizinische Versorgung im kurativen Sinne ist dabei nur ein Faktor, der das Gesamtbild von Gesundheitszustand und Krankheitsgeschehen beeinflusst. Menschliches Wohlbefinden wird nur in zweiter Linie von Ärzten, Arzneimitteln oder Krankenhäusern beeinflusst. In erster Linie sind es ausreichende Ernährung und Einkommen, menschengerechte Wohnverhältnisse, angemessene Bildung für alle, gesellschaftliche Respektierung der Rechte des Menschen, soziale Gerechtigkeit, Frieden. Menschliche Gesundheit ist auf Engste mit der Triade von Ökonomie, Ökologie und Sozialem verwoben.

Zur Primary Health Care-Strategie, die die sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit berücksichtigt, gibt es keine sinnvolle Alternative, denn sie geht auf die entscheidenden Probleme ein, die dem Ziel „Gesundheit für alle“ im Wege stehen. Dies gilt zumindest so lange wie die Basisgesundheitsversorgung einer Bevölkerung nicht gesichert ist. Damit behält das PHC-Konzept bzw. die PHC-Strategie seine bzw. ihre Gültigkeit, auch wenn dessen/deren politischer Inhalt in Vergessenheit geraten ist. Dieser Prozeß setzt weitreichende politische ökonomische Umstrukturierungen voraus, was eine Bedrohung für jene darstellt, die am meisten vom gegenwärtigen Zustand profitieren. Es müssen auf nationaler wie internationaler Ebene Veränderungen sowohl in den sozialen, ökonomischen und politischen Strukturen, als auch auf der politischen Bewußtseins- und Willensebene stattfinden.

Die Verwirklichung von Gesundheit ist eine politische Aufgabe. Sie hat viel zu tun mit der gerechteren Verteilung der Grunderfordernisse, die Gesundheit möglich machen. Die Umsetzung der Erklärung von Alma Ata bedeutet(e) weitreichende politische und ökonomische Umstrukturierungen auf nationaler Ebene. Es verwundert nicht, daß die Umsetzung des PHC-Konzeptes auf Widerstand stößt, stellt es doch die vorhandenen Strukturen und

Interessen infrage. So impliziert es u.a. die Dezentralisierung der politischen Macht.

Die Situation der Gesundheitsversorgung einer Bevölkerung hat viel mit der gesamtgesellschaftlichen Lage zu tun. Einerseits liegen in vielen Ländern häufig hausgemachte Fehler und Mißwirtschaft vor, wie etwa die Vernachlässigung der Landwirtschaft und die damit nicht vorhandene Selbstversorgung, das Fehlen eines Produktionssystems, das die Grundbedürfnisse der Gesellschaft befriedigt, ungleiche Einkommensverteilung sowie unkontrollierte Pfründenwirtschaft bzw. ein politisches Patronagensystem, unsinnige Militärausgaben zulasten der Entwicklung eines Landes, eine vielfach ineffiziente Verwaltung; andererseits sind viele der polit-ökonomischen Krankheitssymptome Ausdruck eines chancenlosen Ringens mit dem übermächtigen Weltwirtschaftssystem (siehe das WTO-Gebahren). Fazit: Nicht nur eine staatspolitisch unverantwortliche, am Interesse der staatstragenden Eliten orientierte nationale Politik, sondern ebenso die Ressourcenausbeutung und das Diktat der Handelsbedingungen der Industrieländer sind für die aktuelle Situation vieler Länder verantwortlich.¹³

Eine Behebung dieser durch makroökonomische sowie interner sozio-ökonomischer Faktoren ausgelösten „Strukturkrise“ erfordert die nationale wie internationale Bereitschaft zur nationalen wie weltweiten wirtschaftlichen und sozialen Umstrukturierung.¹⁴ Soziale und ökonomische Entwicklung und eine gerechte, nach den Bedürfnissen der Bevölkerung orientierte Verteilung der Ressourcen sind Grundvoraussetzung dafür, das Ziel „Gesundheit für Alle“ zu verwirklichen. Soll „Gesundheit für Alle“ möglich werden, muß Gesundheit von den politisch Verantwortlichen in das Zentrum menschlicher Entwicklung gerückt werden. Dabei stellt Armutsbekämpfung eine notwendige Voraussetzung zum Erreichen von Gesundheit und eines menschenwürdigen Lebens dar.

Im Dezember 2001 hat die von Gro Harlem BRUNDTLAND beauftragte “Commission on Macroeconomics and Health” ihre Arbeit und Erkenntnisse über das Verhältniss von Gesundheit und Entwicklung vorgelegt.¹⁵ Die WHO meldet sich damit wieder in der internationalen Gesundheitspolitik zurück. Der Bericht hat den Titel “Investing in Health for Economic Development” und baut thematisch und inhaltlich auf den Bericht der Weltbank

von 1993 "Investing in Health"¹⁶. Die entscheidende konzeptionelle Neuerung ist die, daß der Bericht nicht nur belegt, daß Armut krank macht, sondern umgekehrt den Anspruch erhebt nachzuweisen, daß Investitionen in Gesundheit unmittelbar wirtschaftlichen Wachstum erzeugen: Zwischen schlechter Gesundheitslage, Armut und dem Mangel an wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit bestehen klare Zusammenhänge. Krankheit bedingt Armut und wirtschaftliche Unterentwicklung und deshalb trägt eine Verbesserung der Gesundheitssituation zur Verminderung der Armut bei.

Gesundheit ist ein integraler Bestandteil aller Entwicklungsprozesse eines Landes. Wirtschaft, Umwelt und Gesundheit sind aufs engste miteinander verbunden. Investitionen in die Gesundheit sind ein Beitrag zur Armutsbekämpfung. Sie versprechen eine Erhöhung der Lebenserwartung sowie der Lebensqualität und bewirken die Schaffung einer gesunden, produktiven Bevölkerung. Die Gesundheit als Mittel und Ziel der Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Lebensbedingungen. Gesundheit ist auch die Grundlage für nachhaltige soziale Entwicklung. Ein ungleicher Zugang zu den öffentlichen Gesundheitsdiensten wirkt sich auf das Allgemeinbefinden und die Leistungsfähigkeit der Menschen aus. Fehlende medizinische Grundversorgung kann permanente Auswirkungen auf die mentale und körperliche Gesundheit der Betroffenen haben.

„Gesundheit für Alle“ strebt ein stabiles Gesundheitsniveau an, das jedem erlaubt, ein sozial und ökonomisch produktives Leben zu führen. Globale Gesundheitspolitik, die eine umfassende Perspektive einnimmt, muß die zahlreichen für die Gesundheit entscheidenden Faktoren gleichermaßen mit einbeziehen: Sie reichen von Erziehung und Bildung, Ernährung, einem stabilen Ökosystem und nachhaltiger Ressourcennutzung bis hin zu sozialer Gerechtigkeit und Chancengleichheit, Wohnraum und Einkommen.

Um „Gesundheit für Alle“ zu verwirklichen, bedarf es erheblicher sozialer, ökonomischer und gesellschaftlicher Strukturveränderungen, die denjenigen im Norden wie im Süden, die von Ungleichheit und Ungerechtigkeit profitieren und einen befriedigenden Gesundheitszustand der Gesamtbevölkerung verhindern, nicht genehm sind. Es bedarf stabiler politischer Rahmenbedingungen und einer langfristig günstigen wirtschaftlichen Entwicklung.

Derzeit sind die Gesundheitsdienste länderintern wie im Nord-Süd-Verhältnis durch eine starke Asymmetrie zugunsten der Wohlhabenderen gekennzeichnet. Der Anspruch hinsichtlich der Gesundheitssysteme muß auf mehr Verteilungsgerechtigkeit/Chancengleichheit im Zugang und auf mehr Effizienz/Qualitätsverbesserung liegen. Die Gesundheitsdienste müssen in integrierter Weise präventive, kurative und rehabilitative Funktionen haben.

Wir leben zurzeit von der trügerischen Hoffnung, alle kollektiv entstanden Probleme am kostengünstigsten und effektivsten durch Privatisierung lösen zu können.¹⁷ Allgemeines Kennzeichen dieser Entwicklung ist die Konfrontation von Markt und Staat, von Privatwirtschaft und öffentlichen Sektor, von Individuum und Gesellschaft, von Privatem und Öffentlichem, von Egoismus und Solidarität. Der Mensch wird auf das Konstrukt des homo oeconomicus reduziert.

Der Rückzug des Staates aus seiner sozialen, kollektiven wie solidarischen Verantwortung und die Dominanz privatwirtschaftlicher Akteure verstärkt die fortschreitende Privatisierung des Gesundheitssektors, vertieft die vielfach schon bestehende Spaltung bzw. Zerteilung des Gesundheitssystem. Statt eines Gesundheitssystems, daß alle Menschen versorgt, etabliert sich ein gewinnorientiertes System. Behandelt wird, wer es sich leisten kann. Von diesem System profitiert im Regelfall nur die wohlhabenden Bevölkerungsteile, den einkommensschwachen Schichten fehlen die finanziellen Mittel, um in die Kundenrolle schlüpfen und kompetente Gesundheitsdienstleistungen am Markt einkaufen zu können.¹⁸

Grundsätzlich sind die Rollen von Staat und Privatsektor komplementär – wenn der Staat die regulierenden Rahmenbedingungen setzt, d.h die Handlungskompetenz dazu besitzt. Privatisierung ist nicht in sich das Problem, wenn die gesamtgesellschaftliche Steuerung und Gestaltung im Blick aufs Gemeinwohl aller Bevölkerungsschichten erhalten bleibt und somit die negativen Begleiterscheinungen der Privatisierung aufgefangen werden. Der Staat und seine Institutionen müssen in Systemen, die Marktmechanismen und Privatisierungsstrategien anwenden, eine verstärkte Rolle im Bereich der Regulierung spielen. Eine sinnvolle, für alle hilfreiche Privatisierung geht nicht ohne eine Reform der Institutionen, also ohne Stärkung ihrer Kontroll-

funktion und damit auch nicht ohne Stärkung des öffentlichen Sektors, d.h. einer aktiven Rolle des Staates¹⁹. Diese Regulationsanforderung ist gleichsam die andere Seite einer Privatisierung, beides gehört zusammen wie siamesische Zwillinge.

In vielen Ländern der Welt fehlt aber der regulative Ordnungsrahmen für Privatisierungen, die erforderliche Handlungskompetenz und Kontrollfähigkeit der staatlichen Institutionen. Der Staat ist zu schwach für die Steuerungs- und Regulierungsfunktionen sowie für die Aufgaben der Qualitätssicherung, für die effektive Regulierung des privaten medizinischen Sektors, für die Wahrnehmung sozialer Sicherungs- und Ausgleichsfunktionen. Wenn das staatliche Regulierungsmandat nicht vorhanden ist, dann vergrößert die „unsichtbare Hand des Marktes“ (Adam SMITH 1776) auch im Gesundheitswesen eher die Kluft zwischen guter und schlechter Versorgung. Die Gemeinschaftsaufgabe Gesundheit läßt sich nicht allein mit marktwirtschaftlichen Mitteln regeln. Soziale Probleme zu privatisieren, sie der privatwirtschaftlichen Rationalität zu unterwerfen, z.Z. die vorherrschende Devise in den nördlichen Industrieländern, vergrößert insbesondere in vielen Ländern des Südens infolge der vorliegenden politischen Verhältnisse die „Apartheid“ im Gesundheitssektor. Die Sozialpolitik ist eine gesellschaftlich ungünstige Spielweise des Homo oeconomicus. Der Privatisierungswahn zersetzt den Gemeinwohlaspekt sowie die Fragen nach den Lebenszweck ökonomischen Handelns.

4. Fazit

Die in der Erklärung von Alma Ata (1978)²⁰ enthaltenen Konzeption ist auch heute noch die Basis für die Diskussion über Strategien zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Gesamtbevölkerung; sie ist die Grundlage für eine universelle, umfassende Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care). Hier wurde der sektorübergreifende Ansatz für eine *integrierte Gesundheitspolitik* und für ein *Konzept der Primärversorgung* gelegt, welcher die Mängel eines zu starken Vertrauens in technologische Lösungen und in die Hochleistungsmedizin zu vermeiden suchte. Eine einseitige Orientierung an einem wissenschaftlich-technischem Medizinmodell der Industriestaaten muß einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit weichen, das neben

den bio-medizinischen auch die sozio-ökonomischen und geistig-seelischen Krankheitsursachen berücksichtigt.

Es geht um das *fundamentale Menschenrecht Gesundheit*. Dies haben die 61 Gründungsstaaten der Internationalen Gesundheitskonferenz 1946 in New York anlässlich der Verabschiedung der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation mit eindrucksvollen Weitblick proklamiert.²¹ Es geht um das Erreichen einer größeren sozialen Gerechtigkeit im gesundheitlichen Status der Weltbevölkerung („Justice for Health“), um soziale Verantwortlichkeit und Mitmenschlichkeit.

Gesundheit ist eine soziale, ökonomische und politische Aufgabe. „Gesundheit für Alle bedeutet, mächtige Interessen herauszufordern, der Globalisierung entgegenzuwirken und politische wie ökonomische Prioritäten drastisch zu verschieben“, so haben es die Vertreter/innen von Gesundheitsinitiativen und Basisgruppen aus 93 Ländern im Dezember 2000 auf der „Weltgesundheitsversammlung von unten“ in Bangladesh – getragen von People’s Health Movement (PHM) – in ihrem umfassenden sozialen Aktionsprogramm „Gesundheitscharta der Menschen“ (People’s Health Charta) formulierten.²²

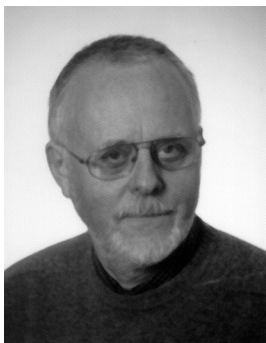
Bei der Gesundheitsförderung – anstelle von „Krankenversorgungssystemen“, worauf Hans Jochen DIESFELD immer aufmerksam machte – geht um die Schaffung von sozialen Strukturen, „die unsere Gesundheit fördern und vor Krankheit schützen“, so Rudolf Virchow 1851, als er auf die politische Verantwortung der Medizin und der öffentlichen Gesundheitsförderung hinwies. Es war die Zeit, die auf Immanuel Kant verwies, der schon 1773 im kategorischen Imperativ auf das soziale Recht auf Gesundheitsförderung aufmerksam machte. Das Recht auf eine würdige Existenz für alle Menschen und die besondere Unterstützung der Schwachen und Benachteiligten – uns somit wider die selektive Ein- und Ausgrenzung von Menschen in einer globalen Gesellschaft.

Gesundheit ist ein Indikator für soziale Ungleichheit und ein Symbol der Suche nach gerechter Verteilung. Adäquate Gesundheitsversorgung ist eine Bedürfnis, das Millionen von Männern und vor allem Frauen und Kindern in den wirtschaftlich ärmsten Ländern der Welt weiterhin verwehrt wird. Das Menschenrecht Gesundheit ist unabdingbar für das globale friedliche Zusammenleben der Men-

schen in sozialer Gerechtigkeit.²³ Es ist höchste Zeit, Begriffe wie Gerechtigkeit und Sozialstaat in der öffentlichen Diskussion zu rehabilitieren. Heute ist keine Rede mehr von konsequenten Umverteilungen und weltweiter sozialer Reform. Die soziale und gesellschaftliche Dimensionen von Gesundheit und Krankheit, die politischen und ökonomischen Ungerechtigkeiten, die vorherrschende strukturelle Gewalt, müssen wieder stärker thematisiert werden.

Anmerkungen:

1. DIESFELD Hans Jochen 1996. Die Entwicklung der WHO. Von der Seuchenbekämpfung zum "Primary Health Care"-Konzept. In SCHOTT H. (Hg). *Meilensteine der Medizin*. Dortmund: Harenberg.
2. WHO/UNICEF 1978. *Alma Ata 1978, Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care*. Genf ... sowie WHO 1978. *Primary Health Care. A Joint Report by the Director-General of the WHO and the Executive Director of the UNICEF*. Genf/New York.
3. Siehe NEWELL K.W. 1975. Health by the people, in: WHO, Health by the people: 191 - 202, Genf sowie Health by the people, WHO Chronicle (29): 161-167.
4. WHA 30.43, Mai 1977.
5. WHO/UNICEF 1978, siehe Literatur (2).
6. DIESFELD Hans Jochen 1996. Das "Primary Health Care"- (PHC-)Konzept. In DIESFELD H.-J. et al (Hg). *Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern*. Berlin, Heidelberg: Springer.
7. Siehe u.a. WHO 1998. *The world health report 1998. Life in the 21st. century. A vision for all*. Genf sowie WHO 1999. *The world health report 1999. Making a difference*. Genf.
8. WHO 1987. Declaration of Harare Conference on Strengthening District Health Systems based on Primary Health Care. *WHO FORUM* 8.
9. WHO 1986. *Health and Welfare Canada*. Can. Publ. Health Assoc. Ottawa Charter for Health Promotion. 17-21. Nov. 1986. Ottawa.
10. HAMPEL Dieter 2003. Der Mythos vom Staat als Entwicklungsagentur. *Ärzte-Info* Nr.33: 31-34 (Heidelberg).
11. Zur kontrovers geführten Diskussion um "selective" versus "comprehensive Primary Health Care" siehe u.a. RIFKIN S. and WAL G. 1986. Why Health improves: Defining the issues concerning "Comprehensive Primary Health Care and Selective Primary Health Care". *Social Science & Medicine* 23,6: 559-566.
12. HAMPEL, Dieter 2000. Zur Gesundheitslage in Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas. *Ärzte-Info* Nr.24: 1-9 (Heidelberg).
13. HAMPEL, Dieter 2001. Wesentliche Voraussetzungen für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas, Teil I. *Ärzte-Info* Nr.25: 1-9 (Heidelberg).
14. HAMPEL Dieter 2001. Wesentliche Voraussetzungen für eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in Ländern Afrikas, Asiens und Lateinamerikas, Teil II. *Ärzte-Info* Nr. 26: 1-8 (Heidelberg).
15. COMMISSION ON MACROECONOMICS AND HEALTH 2001. *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, Report of the Commission on Macroeconomics and Health Chaired by Jeffrey D. Sachs, presented to Gro Harlem Brundtland, Director-General of the World Health Organization, on 20 December 2001 (<http://www3.who.int/whosis/cmh>).
16. WORLD BANK 1993. *World Development Report 1993, Investing in health*. New York.
17. Siehe u.a. REIMON Michael & FELBER Christian 2003. *Schwarzbuch Privatisierung. Wasser, Schulen, Krankenhäuser – Was opfern wir dem freien Markt?* Wien: Carl Ueberreuter.
18. Siehe u.a. Social Watch Report 2003, Instituto del Tercer Mundo, Montevideo (<http://www.socialwatch.org>).
19. HAMPEL Dieter 2003. Die Rolle des Staates im Entwicklungsprozess. *Ärzte-Info* Nr.32: 15-21 (Heidelberg).
20. siehe in diesem Heft S. 17/18
21. WHO 1946. *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June 1946*. New York.
22. Weitere Informationen sowie Volltext der „Gesundheitscharta der Menschen“ auf der medico-homepage von medico international (<http://www.medico.de>) oder direkt über People's Health Movement (<http://phmovement.org>).
23. Siehe u.a. WHO 2002. *Health as a bridge to peace* (<http://www.who.int/disasters/bridge.cfm>).



Dieter Hampel, Soziologe. Lehrtätigkeit an der Universität Antofagasta/Chile (1968-1971, Vermessungsingenieur/Photogrammetrie), anschließend Soziologie-Studium in Frankfurt und an der FU, dann Aufbau und Leitung der Kontakt- und Informationsstelle für Fachkräfte der Entwicklungsdienste (1979-1988) mit der Aufgabe: Unterstützung der zurückgekehrten Fachkräfte bei der entwicklungspolitischen Bildungs- und Informationsarbeit in Deutschland, Konzeption und verantwortliche Leitung von Seminaren sowie Erstellung von Publikationen. Seit 1988 wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Abteilung Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen, hier Leiter des Ärzteprogramms/Reintegrationsprogramms für Medizinstudierende sowie Ärzte/Ärztinnen aus Afrika, Asien und Lateinamerika (ein gemeinsames Programm mit DSE/InWent), Aufgabe: konzeptionelle Entwicklung und verantwortliche Leitung von reintegrationsvorbereitenden Ausbildungsangeboten (Seminaren/Kursen) sowie Erstellung von Publikationen. Langjährigere freier Mitarbeiter der Zeitschrift „Entwicklungspolitik“.

Abt. Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen ATHÖG
 ÄRZTEPROGRAMM / Universität Heidelberg
 Im Neuenheimer Feld 324, D-69120 Heidelberg
 Telefon +49-6221-567190 / Fax +49-6221-564918
dieter.hampel@urz.uni-heidelberg.de