



**Historische Versammlung in Alma-Ata:** Vertreter aus 134 Mitgliedsländern der WHO und von 67 UN- und Nichtregierungsorganisationen bekannten sich dort zur Basisgesundheitsversorgung auf Gemeindeebene.

### 30 JAHRE PRIMARY HEALTH CARE

# Die Neuauflage einer revolutionären Idee

Die Gesundheitskonferenz in Alma-Ata definierte 1978 Gesundheit als Menschenrecht. Man setzte auf Teilhabe und Basisgesundheitsdienste. Nun wird das Konzept wiederbelebt.

**D**as Jahr 2008 markiert nicht nur den 60. Geburtstag der Weltgesundheitsorganisation (WHO), sondern auch den 30. Jahrestag der Internationalen Konferenz zur primären Gesundheitsversorgung. Sie fand vom 6. bis 12. September 1978 in Alma-Ata (damals UdSSR) statt (1–3). Die WHO hatte sich in den ersten drei Jahrzehnten ihres Bestehens hauptsächlich mit technischen und krankheitsspezifischen Fragestellungen beschäftigt, wie zum Beispiel der Ausrottung der Pocken (2, 4). Währenddessen verstärkte sich aber international eine Diskussion über die Chancengleichheit aller Bevölkerungsgruppen und Länder im Entwicklungsprozess. Deshalb nahm sich die WHO von den 70er-Jahren an verstärkt dieses weit gefassten gesundheitspolitischen Mandats an, das bereits in ih-

rer Verfassung festgelegt war. Als oberstes Ziel benannte die Weltgesundheitsversammlung 1977 „Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000“. Um dieses Ziel zu erreichen, entwickelte die WHO das Konzept der primären Gesundheitsversorgung (5).

Vertreter aus 134 Mitgliedsländern der WHO und von 67 UN- und Nichtregierungsorganisationen verabschiedeten im Jahr 1978 die historische „Deklaration von Alma-Ata“ (6). Darin wurden bis heute hochaktuelle Aussagen getroffen:

- Gesundheit, definiert als Zustand vollständigen physischen, mentalen und sozialen Wohlbefindens, ist ein Menschenrecht. Sie kann nur erreicht werden, wenn der Gesundheitssektor mit allen anderen relevanten Sektoren (zum Beispiel Bildung, Landwirtschaft, Industrie) zusammenarbeitet.

- Die großen Unterschiede im Gesundheitsstatus der Bevölkerung in wohlhabenden Industrieländern und armen Ländern sind nicht akzeptabel.

- Alle Bürger haben das Recht und die Pflicht, sich an der Schaffung von Gesundheit zu beteiligen.

- Regierungen sind für die Gesundheit ihrer Bürger verantwortlich und sollten ihre nationale Gesundheitsplanung in angemessener Form auf Primary Health Care (PHC) ausrichten.

- PHC ist eine Basisgesundheitsversorgung auf Gemeindeebene, die auf wissenschaftlich begründeten, praktikablen, sozial akzeptablen und nachhaltig finanzierbaren Interventionen basiert. PHC ist ein integraler Bestandteil des Gesundheitssystems sowie der gesamten sozioökonomischen Entwicklung eines Landes.

- PHC beinhaltet die Erziehung zur Prävention und die Bekämpfung lokaler Gesundheitsprobleme, die Förderung gesunder Ernährung, die Sicherung der Trinkwasserversorgung und sanitären Maßnahmen, die Gesundheitsversorgung von Mutter und Kind einschließlich Familienplanung, Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten, die Prävention und Bekämpfung endemischer Erkrankungen, die Behandlung häufiger Erkrankungen und Verletzungen, die Versorgung

In den Jahrzehnten nach der Konferenz in Alma-Ata erfuhr das PHC-Konzept zahlreiche Modifikationen und entfernte sich zunehmend von seiner ursprünglich umfassenden sozialpolitischen Ausrichtung (5, 7). Die Dorfgesundheitsarbeiter beispielsweise stießen bei den Vertretern des modernen Gesundheitssystems nur auf begrenzte Akzeptanz; tatsächlich war ihre Effektivität aufgrund fehlender Motivation häufig nicht gewährleistet (1). Aus diesem und ähnlichen Gründen wurde

sprünglichen Idee wenig übrig geblieben. Das drückte sich unter anderem in dem Bericht der Weltbank aus, der unter dem Titel „Investing in Health“ das PHC-Konzept auf „Gesundheitsreformen“ und minimale „Gesundheitspakete“ reduzierte (10).

Die weitere Entwicklung der internationalen Gesundheitspolitik ist geprägt von der Proklamation der acht Millenniumziele (Millennium Development Goals, MDG) durch die Vollversammlung der Vereinten Nationen im Jahr 2000. Darin finden sich sowohl Elemente der WHO-Verfassung als auch der Alma-Ata-Deklaration wieder. Die MDG umfassen die Beseitigung der extremen Armut, die allgemeine Primärschulbildung, die Gleichstellung der Geschlechter, die Senkung der Kindersterblichkeit, die Verbesserung der Müttergesundheit, die Bekämpfung von HIV/Aids, Malaria und anderen Krankheiten, die ökologische Nachhaltigkeit und eine globale Entwicklungspartnerschaft. Ergänzt wurden die MDG im Jahr 2001 durch den gemeinsamen Bericht von WHO, Weltbank und Harvard-Universität zu „Macroeconomics and Health“, in dem die Zusammenhänge zwischen Armut, Krankheit und sozioökonomischer Entwicklung detailliert beschrieben wurden (11). Dennoch kritisiert man an den MDG, sie seien im Vergleich zum ursprünglichen PHC-Konzept selektiv und weniger partizipativ (12).

Parallel zu den MDG entstanden in den vergangenen Jahren zahlreiche internationale Initiativen zur Verbesserung der globalen Gesundheitssituation. Große Stiftungen, wie die „Bill and Melinda Gates Foundation“, stellen Summen für Forschung und Entwicklung zur Verfügung, die das jährliche Budget der WHO übersteigen (7, 13). Nationale Initiativen, wie die der USA, finanzieren HIV/Aids- und Malaria-Kontrollprogramme in ausgewählten Ländern Afrikas (14, 15). Zahlreiche sogenannte Public Private Partnerships, wie die „Medicines for Malaria Venture“, tragen zur Entwicklung neuer Medikamente gegen sogenannte Armutskrankhei-

## Viele aus früherer Sicht ärztliche Aufgaben wurden an Krankenschwestern und Pfleger oder angelernte Dorfgesundheitsarbeiter übertragen.

mit essenziellen Medikamenten sowie funktionale und auf die Basisgesundheit ausgerichtete Strukturen im Gesundheitssystem. Dazu gehören auch angemessen ausgebildete und motivierte traditionelle und moderne Gesundheitsarbeiter.

PHC war in vielerlei Hinsicht revolutionär: Gesundheit wurde explizit als Menschenrecht definiert, soziale Gerechtigkeit galt als eine Voraussetzung für Gesundheit, Partizipation spielte eine zentrale Rolle bei der Schaffung von Gesundheit. Das legt bereits nahe, dass Gesundheit einen umfassenden, also keineswegs nur medizinischen Ansatz erforderte.

Ausgestaltet wurde das Konzept in den einzelnen Ländern auf sehr unterschiedliche Weise. Viele Industrienationen wie Deutschland ließen den Bekenntnissen zu PHC im eigenen Land kaum Taten folgen. Zahlreiche Entwicklungsländer dagegen richteten den Ausbau ihres Gesundheitssystems stark nach dem PHC-Modell aus. Viele aus früherer Sicht ärztliche Aufgaben, wie die Behandlung einfacher Erkrankungen oder die Gabe von Impfungen, wurden an Krankenschwestern und Pfleger oder angelernte Dorfgesundheitsarbeiter übertragen. Oft war es ein wichtiges Motiv, nach der Unabhängigkeit Gesundheit auch in die bis dahin besonders vernachlässigten ländlichen Regionen zu tragen.

schon wenige Jahre nach der Konferenz in Alma-Ata das „selektive“ PHC eingeführt, bei dem nur preiswerte und vermeintlich effektive Interventionen, wie zum Beispiel die Förderung des Stillens, die orale Rehydratation, Gewichtsmessungen und Impfungen bei Kindern, gefördert wurden (2, 8). Eine zunehmende Anzahl spezifischer vertikaler Krankheitsbekämpfungs- und Ausrottungsprogramme – Strategien, die die Geberländer bevorzugten – führte PHC letztendlich ad absurdum (9). Die Philosophie von Alma-Ata wurde schließlich auch ein Opfer des Kalten Krieges. Zu Beginn der 90er-Jahre war von der ur-



**Die Gesundheitsversorgung** von Mutter und Kind ist bis heute ein hochaktuelles Thema.





Foto: CHA

**Impfungen** gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten gehören mit zum Konzept der Primary Health Care.

ten bei (16). Der vom damaligen Generalsekretär der Vereinten Nationen, Kofi Annan, im Jahr 2000 initiierte und hauptsächlich von den G-8-Staaten finanzierte „Global Fund to Fight HIV/Aids, Tuberculosis and Malaria“ und die internationale Kooperation im Bereich der Impfungen, „GAVI Alliance“, sind neuartige und zusätzliche Finanzierungsinstrumente für Krankheitsbekämpfungsprogramme in Entwicklungsländern (7, 17, 18). Der Global Fund hat in den ersten fünf Jahren seines Bestehens bereits mehr als acht Milliarden US-Dollar zur Verfügung gestellt, mit denen eine erhebliche Ausweitung der Krankheitsbekämpfungsprogramme in den Zielländern finanziert wurde (16, 18). Die Gesamtleistungen für Entwicklungshilfe sind somit von rund sechs Milliarden US-Dollar im Jahr 2000 auf 14 Milliarden US-Dollar im Jahr 2005 gestiegen (7). Allerdings hängt die Nachhaltigkeit dieser Unterstützung von der Bereitschaft der Industrieländer ab, kontinuierlich ausreichend Geld zur Verfügung zu stellen (7, 19, 20).

### Eklatanter Fachkräftemangel

In den vergangenen Jahren ist allerdings deutlich geworden, dass viele Entwicklungsländer, insbesondere in Afrika südlich der Sahara, die MDG trotz erheblich ausgeweiteter Unterstützung nicht erreichen wer-

den (21–23). Als Hauptursache hierfür wurde, neben der politischen Instabilität einiger Länder, die fehlende Kapazität und Qualität existierender Gesundheitssysteme identifiziert. Hierzu gehört auch der durch die Globalisierung und den „Brain Drain“ geförderte eklatante Fachkräftemangel in den betroffenen Ländern (24, 25). Die WHO schätzt, dass in den 57 am stärksten betroffenen Ländern insgesamt 2,4 Millionen Ärzte, Krankenschwestern und -pfleger sowie Hebammen fehlen (26). Diese Problematik hat zu einer Wiederbelebung der Idee vom Dorfgesundheitsarbeiter und medizinischen Assistenten geführt sowie zu erneuten Bemühungen, die Strukturen und Aktivitäten der vertikalen Krankheitsbekämpfungsprogramme in die bestehenden Gesundheitssysteme zu integrieren (1, 27). Ohne eine deutliche Stärkung der Gesundheitsdienste in den betroffenen Ländern sind die bisherigen Erfolge der großen Programme zur HIV/Aids-Kontrolle durch antiretrovirale Medikamente und zur Ausrottung von Polio durch Impfungen nicht aufrechtzuerhalten (7, 28–32).

Unter der Führung von Margaret Chan und mit Blick auf die Entwicklung der MDG hat die WHO jetzt begonnen, das horizontal orientierte PHC-Konzept wiederzubeleben: „Ich glaube nicht, dass wir die MDG erreichen können, ohne

dass wir zu den Werten, Prinzipien und Methoden von PHC zurückkehren“, sagte Chan. Dies soll durch einen sogenannten diagonalen Ansatz geschehen, ohne die bestehenden und erfolgreichen vertikalen Ansätze zu unterdrücken (7, 8, 33). Chan wird bei dieser Neupositionierung von ihren Regionaldirektoren unterstützt (34). Die Erfolge mehrerer Schwellenländer wie Brasilien und von Industrieländern wie Spanien bei der Umsetzung von PHC sind hierbei wegweisend (3, 7, 33). Darüber hinaus sind neuerdings auch die großen Geldgeber spezifischer Programme, wie zum Beispiel der Global Fund und die GAVI Alliance, bereit, substanziiell in die Gesundheitssysteme zu investieren (8, 33).

Die Erkenntnis setzt sich durch, dass Gesundheitssysteme deutlich gestärkt werden müssen, um in Verbindung mit einer Wiederbelebung des PHC-Konzepts die Vision „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2015“ verwirklichen zu können.

### Führungsrolle für die WHO

Mit Blick auf die ständig steigende Zahl der beteiligten Organisationen, Programme, Initiativen und Partnerschaften sowie der alten (Malaria, HIV/Aids, andere Infektionskrankheiten und Mangelernährung) und neuen Herausforderungen (chronische Erkrankungen und Verkehrsunfälle, globale Erwärmung) für die internationale Gesundheit ist es unabdingbar, dass die WHO hierbei in ihren 193 Mitgliedsländern die Führungsrolle übernimmt (7, 36–47). Gleichzeitig müssen die wohlhabenden Industrienationen – darunter Deutschland – ihre Versprechen, wie die Erhöhung der Entwicklungshilfe auf 0,7 Prozent des Bruttoinlandsprodukts, einhalten. Durch höhere Beiträge zur Finanzierung können sie PHC stärken und damit dazu beitragen, dass die Gesundheitsversorgung in den ärmeren Ländern nachhaltig verbessert wird (20). ■

Prof. Dr. med. Olaf Müller  
Prof. Dr. med. Oliver Razum

 Literatur im Internet:  
[www.aerzteblatt.de/pp/lit0908](http://www.aerzteblatt.de/pp/lit0908)