

30 Jahre Primary Health Care

Uni-Tour 2008

GandHI, medico international, Inst. F. Sozialmedizin d. Charité

Andreas Wulf, medico international



medico international

Gliederung

- Gesundheitszustand der Welt
- Gesundheit als Menschenrecht / Gesundheit für Alle
- Soziale Determinanten der Gesundheit
- Primary Health Care
- Comprehensive vs. Selective PHC
- Neue Initiativen für Gesundheit
- Wiederbelebung des umfassenden PHC Konzepts

Der Gesundheitszustand der Welt

Fortschritte in Globaler Gesundheit

- Lebenserwartung weltweit stieg von 46 Jahren in den 1950ern auf 65 Jahren Ende der 1990er
- Kindersterblichkeit reduziert von erwarteten 17.5 auf knapp 10 Mio. pro Jahr
- Pockeneradikation und substantielle Kontrolle von Poliomyelitis (Kinderlähmung), Diphtherie, Pertussis (Keuchhusten), Masern, Onchocerciasis (Flußblindheit), Dracunculiasis durch Impfungen und Krankheitskontrollprogramme
- Behandlung von AIDS Kranken mit ARVs in EL massiv ausgeweitet: von 200.000 (2002) auf ca. 3 Mio Menschen (2007)
- Abnahme von Herz-Kreislaufferkrankungen von Männern in industrialisierten Ländern, Reduktion von Verkehrsunfällen

Aber ...

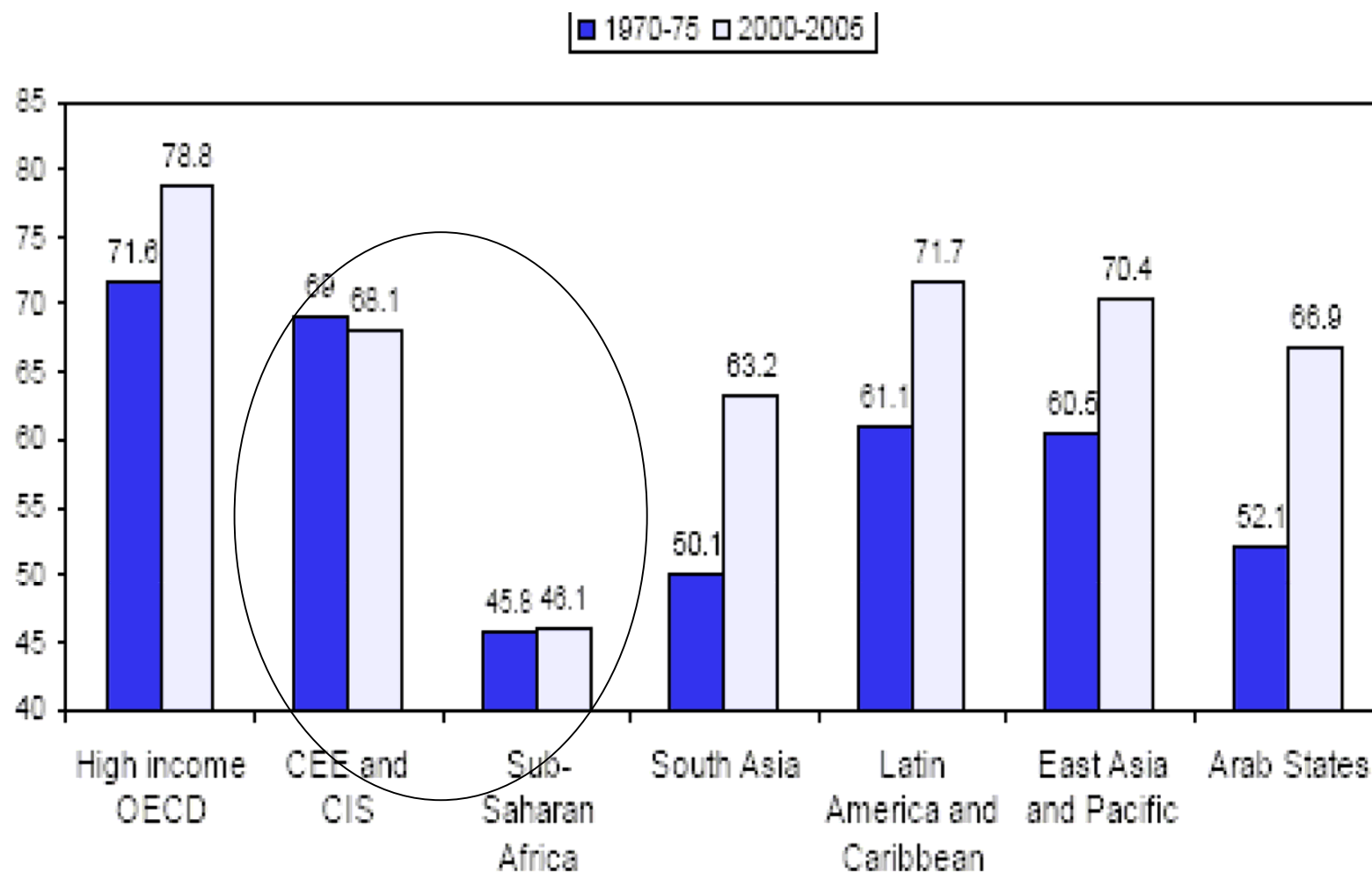
Massive Ungleichverteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken besteht weiterhin und steigt an – zwischen und innerhalb der Länder der Erde

Und

Zunahme von chronischen, nicht übertragbaren Krankheiten global, Asthma, Diabetes, Herz-Kreislaufkrankungen, Krebs – Doppelte Krankheitslasten durch „alte“ Infektions- und Armutskrankheiten und „neue“ Krankheiten durch städtische und industrielle Belastungen in den urbanen armutsgebieten (Slums) des Südens – Urbanisierung und Gesundheit

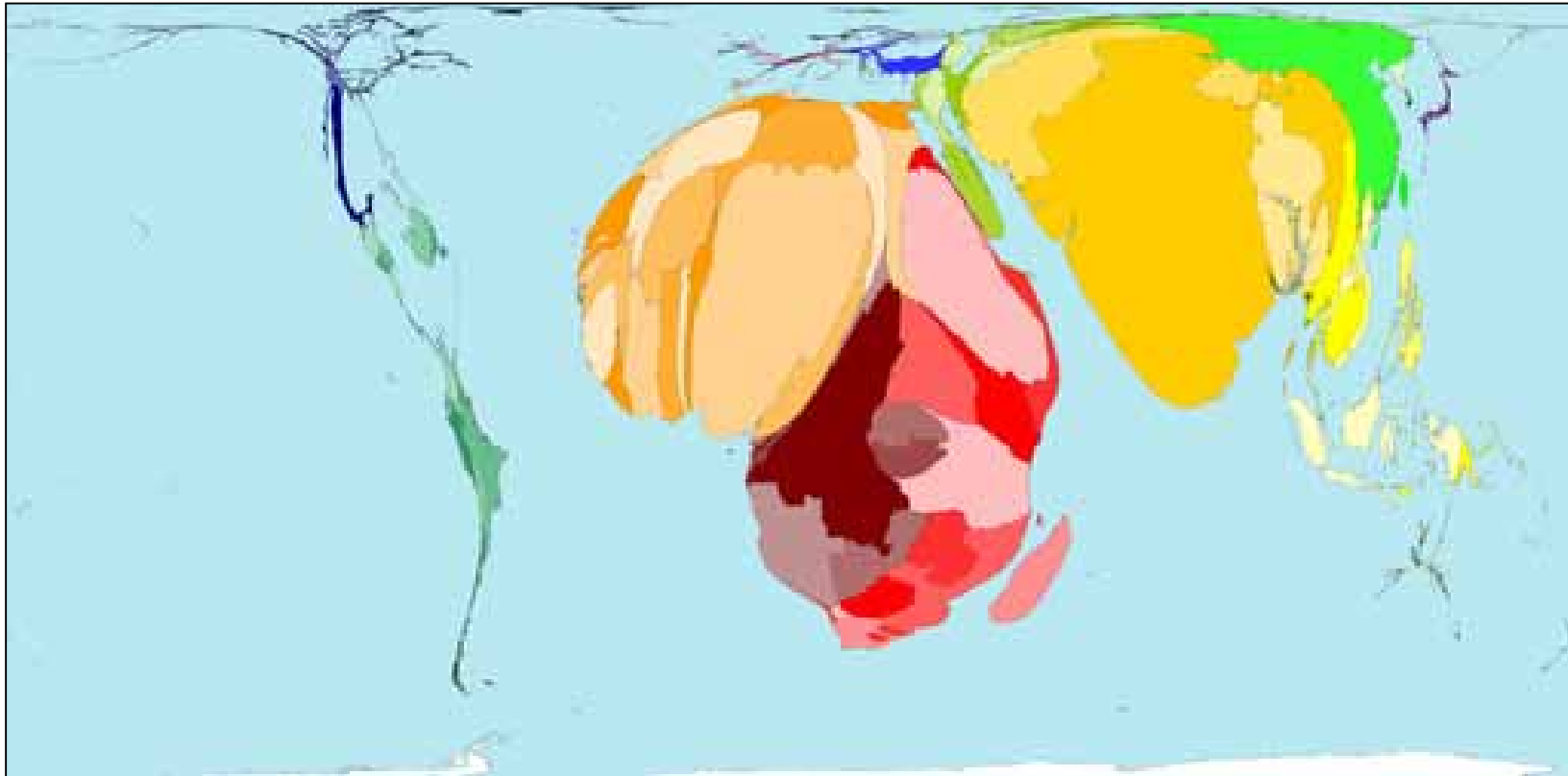
Despite successes, growing inequalities in global health

Figure 1: Life expectancy at birth by region, 1970–1975 and 2000–2005



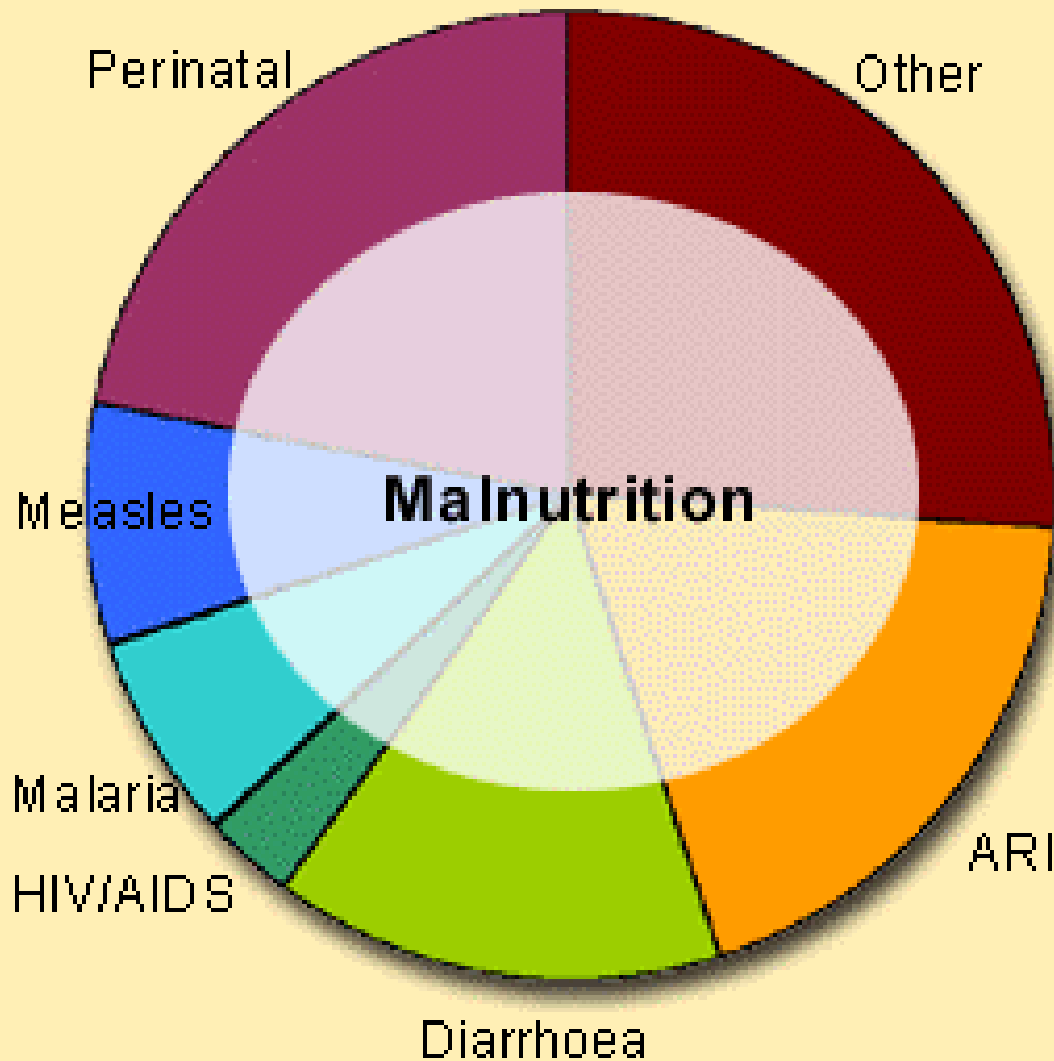
Source: UNDP, 2005.

Kleinkindersterblichkeit (1-4 Jahre)



Territory size shows the proportion of all deaths of children aged over 1 year and under 5 years old, that occurred there in 2002.

An uncertain divide under-five deaths by cause, 1999



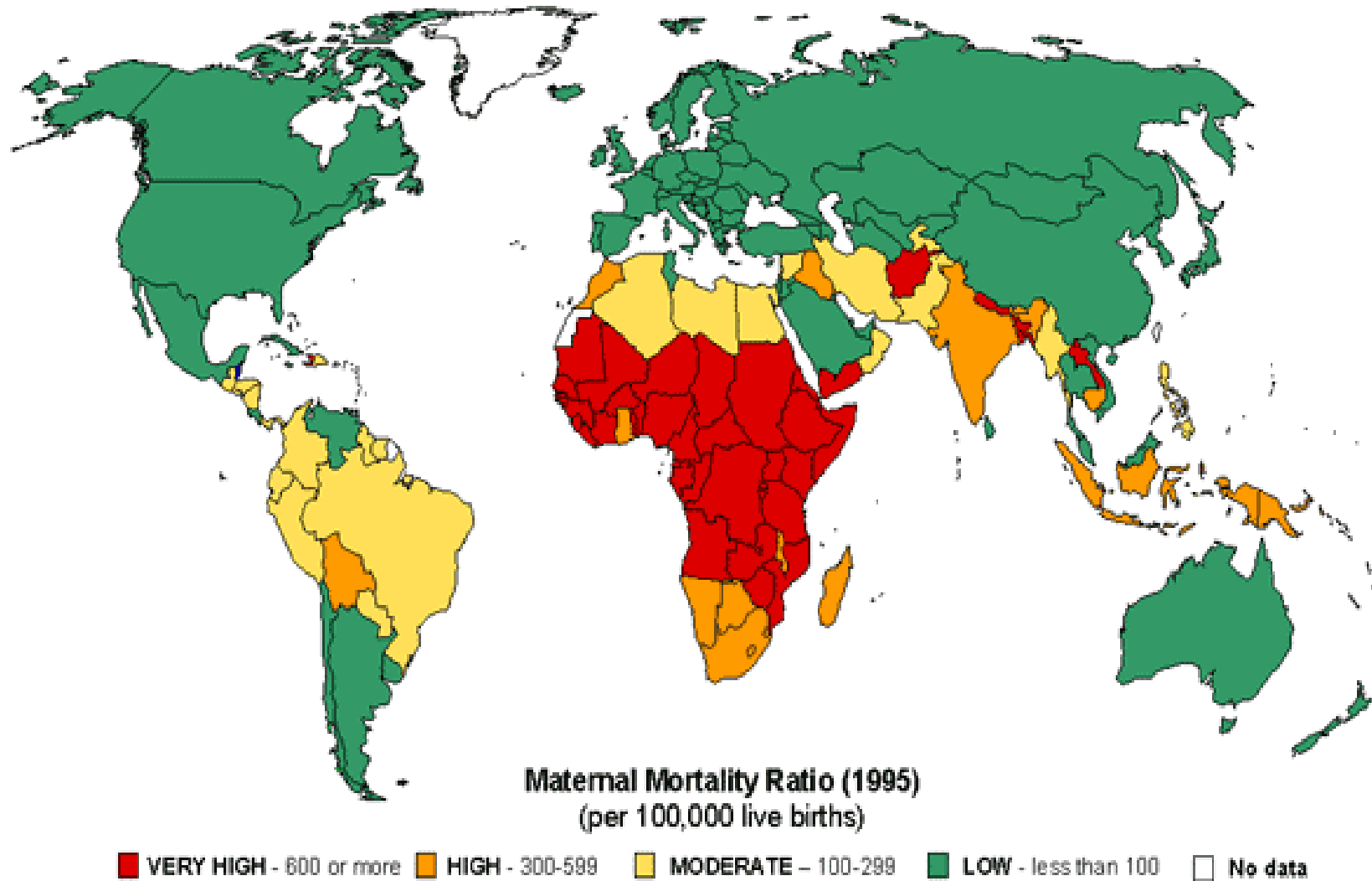
Tödliche Kinder- krankheiten

- Unterernährung
- Durchfall
- Atemwegsinfekte
- Masern
- Malaria
- Geburtsprobleme
- HIV - AIDS

Müttersterblichkeit

- Ca 500.000 Frauen sterben jährlich im Zusammenhang mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett, mehr als 99% davon in Entwicklungsländern
- Todesursachen: Blutungen, Infektionen, verzögerter Geburtsablauf
- Indikator für ein funktionierendes und integriertes Gesundheitssystem: kontinuierliche Betreuung, funktionierendes Notfallsystem müssen verlässlich gesichert sein

Müttersterblichkeit weltweit



Source: WHO, UNICEF, UNFPA, *Maternal Mortality in 1995: Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA*. Geneva, 2001

Müttersterblichkeit

Ländergruppe	Müttersterblichkeit (pro 100.000 Lebendgeburten)
Low human development index (z.b. Nepal, Zimbabwe, Äthiopien, Mozambik, Haiti)	500 - 900
Medium human development index (z.b. Vietnam, Syrien, Bolivien, Brasilien, Namibia, China)	50 - 200
High human development index (z.b. Frankreich, Japan, Schweden, USA, Tschechische Republik, Deutschland)	5 - 10

UNDP Human Development Report 2002, Annex

„The big killers“ AIDS, Tb, Malaria

- Ca. 33 Mio Menschen leben 2008 mit HIV/AIDS, ca. 2 Mio. Menschen sind 2007 an AIDS gestorben, 12 Mio Kinder sind AIDS Waisen in Subsahara-Afrika (SSA)
- Ca. 10 Mio. Menschen erkranken jährlich an Tb, ca 2 Mio. sterben daran, in SSA oft in Kombination mit HIV/AIDS, das das Immunsystem schwächt
- Ca. 300 Mio. Malariafälle /Jahr, ca. 1 Mio. Menschen sterben, vor allem kleine Kinder und Schwangere in SSA

The invisible Killers and Cripplers

An Herz-Kreislauf-erkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall) sterben 13 Mio. Menschen weltweit, an chronischen und akuten Atemwegserkrankungen 7,2 Mio. an den häufigsten Krebserkrankungen 2,3 Mio., 1,3 Mio. an Verkehrsunfällen

5,4 Mio Menschen sterben jährlich weltweit an den Folgen des Tabakrauches, dies könnte bis auf 8 Mio. Menschen in 2030 steigen, schätzt die WHO, da vor allem in Entwicklungsländern das Rauchen stark zunimmt, während es in den Industrieländern weiter zurückgeht

Deutliche Zunahme psychischer Erkrankungen weltweit – existentielle Unsicherheiten, Verdichtung/Beschleunigung von Arbeit und Leben, psychosozialer Stress

Gesundheit und Ernährung

Alte Probleme – neue Probleme

- Zahl der unterernährten Menschen sinkt seit den 90er Jahren nicht mehr – in den letzten Monaten wieder gestiegen durch gestiegene globale Nahrungsmittelpreise – knapp eine Milliarde Menschen hungern
- Massive Zunahme von „processed Food“ – durch Handelsliberalisierung wuchsen die Transnationalen Nahrungsmittelkonzerne (Cargill, Nestlé, Kraft, Unilever, und Handelsketten (Wal-Mart, Carrefour, Tesco, Metro), lokale Produzenten verlieren ihre Absatzmärkte, und macht die arme Bevölkerung verletzlich gegenüber globalen Preisschwankungen
- Fertignahrung fördert zugleich Fehlernährung (zu fett, zu süß, zu salzig), die zur „neuen Epidemie“ der Übergewichtigkeit beiträgt: 22 Mio. Kinder waren 2005 übergewichtig und für 2015 wird die Zahl der übergewichtigen Menschen weltweit auf 3 Mrd. ansteigen, schätzt die WHO

Gesundheit als Menschenrecht - Gesundheit für Alle ?

WHO Verfassung 1948

- **Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens** und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.
- **Das Genießen des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes Menschen**, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung. (...)
- Eine aufgeklärte öffentliche Meinung und **eine tätige Mitarbeit der Bevölkerung** sind für die Verbesserung der Gesundheit der Völker von höchster Wichtigkeit.
- Die **Regierungen tragen die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Völker**; sie können diese nur auf sich nehmen, wenn sie die geeigneten hygienischen und sozialen Vorkehrungen treffen.

Gesundheit ist Menschenrecht - Gesundheit für Alle!

Heißt nicht:

Alle haben das Recht, gesund zu sein, das wäre die biotechnologische Größenphantasie der Abschaffung der Krankheit

sondern

Gesellschaftliche Bedingungen sollen so gestaltet werden, dass alle den ihnen größtmöglichen Zustand an Gesundheit erreichen können

und

Zugang zu Versorgung im Krankheitsfall muß für alle gesichert sein – physische, soziale und finanzielle Barrieren müssen beseitigt werden

Forderungen an nationale und internationale Politik

„horizontale Gerechtigkeit“

- JedeR hat Zugang und Recht auf Versorgung
- Unabhängig von sozialem oder rechtlichen Status (Staatsbürgerschaft): Diskriminierungsverbot
- Unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen gleich (gute) Versorgung, keine Ungleichbehandlung

„vertikale Gerechtigkeit“ oder „distributive Gerechtigkeit“, Equity

Finanzierungssysteme für Gesundheitsdienste sollten solidarische Mechanismen haben, nicht: wer mehr zahlt, bekommt mehr, sondern: wer mehr hat, bezahlt mehr in die gemeinsame Sicherung (durch progressive Steuern, progressive Beiträge)

- Wer mehr braucht, bekommt mehr, als der der weniger braucht – Zuwendung, Unterstützung, Ausgleichsfunktion zur sozialer Ungleichheit, die umso kränker macht, je ärmer man ist.
- Im vorausschauenden (präventiven) Sinn auch: Ressourcen für Gesundheitsförderung dort einsetzen, wo sie am meisten gebraucht werden, bei denen mit dem größten Bedarf, die häufig am schwierigsten zu erreichen sind
- Beispiel: Zugang zu Gesundheitsversorgung für Obdachlose

Grundbedingungen für Gesundheit
sichern und verbessern:
Soziale Determinanten der Gesundheit

Krankheit ist ohne Politik nicht heilbar

*“Die tödliche Kombination von schlechten politischen und ökonomischen Strategien und ihrer Umsetzung ist in weitem Umfang verantwortlich für die Tatsache, dass die Mehrheit der Menschen in der Welt nicht die Gesundheit genießen können, die ihnen biologisch möglich ist. **Soziale Ungerechtigkeit tötet im großen Maßstab.***

WHO Commission of Social Determinants on Health, 2008

Und 150 Jahre zuvor

»Eine verheerende Epidemie und eine furchtbare Hungersnoth wütheten gleichzeitig unter einer armen, unwissenden und stumpfsinnigen Bevölkerung ...

*Dieses Volk ahnte nicht, dass **die geistige und materielle Verarmung**, in welche man sie hatte versinken lassen, zum grossen Theil die Ursachen des Hungers und der Krankheit waren ...«* **Rudolf**

Virchow, 1848

Rudolf Virchow über die Oberschlesische Flecktyphus (Rückfallfieber) -Epidemie 1848, R. Virchow, Gesammelte Abhandlungen aus den Gebieten der öffentlichen Medicin und der Seuchenlehre, Berlin 1879 , S, 321, 324

Soziale Determinanten der Gesundheit

- **Bildung** (Gesundheitswissen)
- **Ernährung** (Unter- und Fehlernährung, Kwashiorkor, Übergewicht, Diabetes)
- **Wohnverhältnisse** (Übertragung von Krankheiten, Schutz vor Kälte/Nässe)
- **Wasserversorgung, Sanitäre Einrichtungen** (v.a. wasserübertragenen Krankheiten, Cholera, Typhus, Rotaviren Durchfälle)
- **Umweltfaktoren** (Akute + chronische Atemwegserkrankungen durch Luftverschmutzung, industrielle Gifte)
- **Arbeitsbedingungen** (Überarbeitung, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten)
- **Unfallgefahren** (Verkehr, Arbeitsplatz)
- **Gewalt** (soziale & politische Gewalt, Kriege)
- **soziale Integration, Diskriminierung** (Zugang zur Gesundheitsversorgung)
- **psychosoziale Stressfaktoren** (soziale Gewalt, Zunahme von Suchtverhalten)

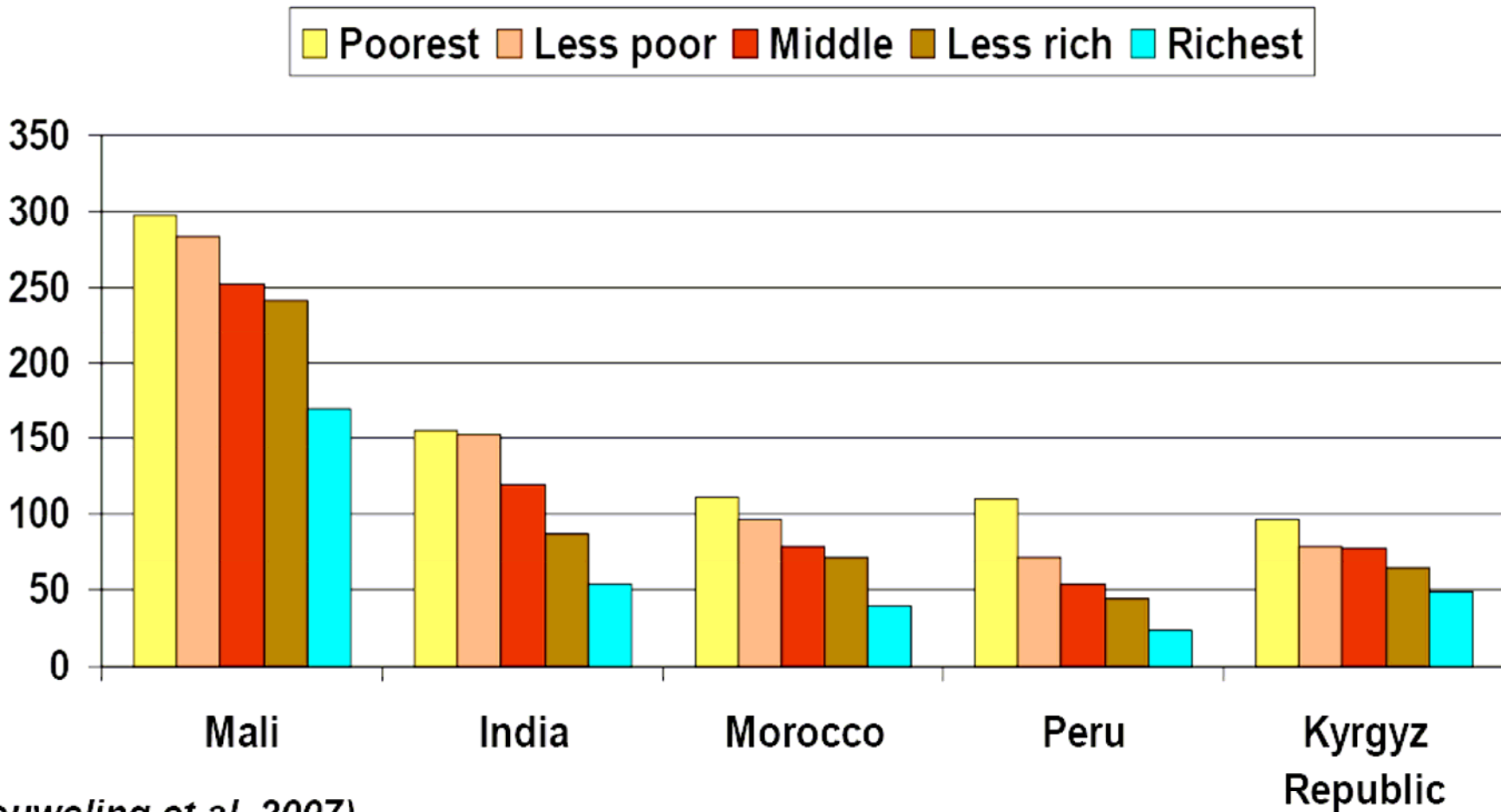
Unterschiede der Lebenserwartung /
Kindersterblichkeit zwischen armen und
reichen Ländern, aber auch innerhalb der
Länder entlang des sozialen Gradienten

Life expectancy at birth (men)

Glasgow, Scotland (deprived suburb)	54
India	61
Philippines	65
Korea	65
Lithuania	66
Poland	71
Mexico	72
Cuba	75
US	75
UK	76
Glasgow, Scotland (affluent suburb)	82

(WHO World Health Report 2006; Hanlon,P.,Walsh,D. & Whyte,B.,2006)

Under 5 mortality (per 1000 live births) by wealth group



(Houweling et al, 2007)

Quelle: WHO Commission on Social Determinants of Health, 2008

- Gesundheitspolitik, die sich am Ziel „Gesundheit für Alle“ orientiert, muss deshalb um die Verringerung dieses „sozialen Gradienten“ bei Krankheit und vorzeitigem Tod bemüht sein – und nicht nur um die Bewältigung ihrer gesundheitlichen Folgen:
- Man muß Menschen retten, die in den Fluß gefallen sind, aber man darf dabei nicht vergessen, dafür zu sorgen, dass das Ufer Stromaufwärts besser befestigt wird, damit sie nicht so oft hineinfallen

Untersuchung von Analyse und Lösungsebenen: Soziale Determinanten der Gesundheit – das Beispiel Tuberkulose

Analyse Ebene der Tuberkulose	Gewöhnliches Verständnis von Tuberkulose	Lösungen/Kontrollstrategien für Tuberkulose
Oberflächen Phänomen (medizinisches und public health Problem)	Infektionskrankheit / Erregertheorie	BCG, Fall findung und Antibiotikatherapie auf Haushaltsebene (DOTS)
Unmittelbare Ursache	Unterernährung /Geringe Widerstandskraft,schleche Wohnverhältnisse, geringes Einkommen, geringe Kaufkraft	Entwicklung und Sozialhilfe – Einkommensschaffende Maßnahmen, sozialer Wohnungsbau
Zugrunde liegende Ursachen (Symptom ungerechter Verhältnisse)	Armut / Verelendung, ungleicher Zugang zu Ressourcen	Landreformen, soziale Bewegungen für eine gerechtere Gesellschaft
Basis probleme (internationale problemebene)	Widersprüche und Ungleichheiten der sozio-ökonomischen und politischen systeme auf internationaler, nationaler and lokaler Ebene	Gerechtere internationale Beziehungen, Handelsbeziehungen ect.

Source: Community Health Cell, Narayan T.,1998

Why treat people...

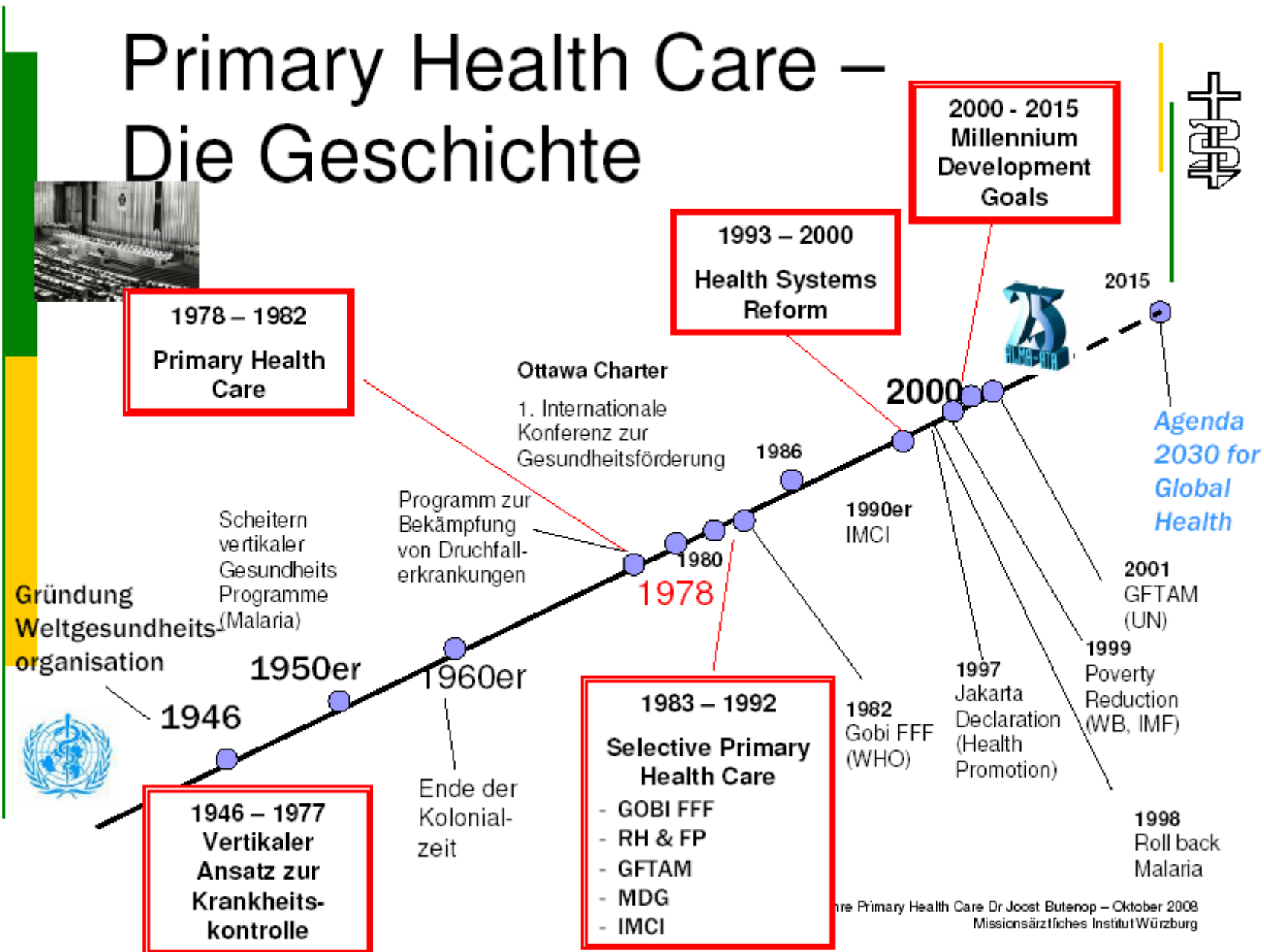


**then send them back
to the conditions that made them sick?**

WHO: Commission on Social Determinants of health, 2008

Primary Health Care

Primary Health Care – Die Geschichte



Barfußärzte und Community Health Worker



„Set focus of medical care in the country side“ (Mao, 1969)

Evidence base for PHC

- Seit Mitte der 60er Jahre zeigten die Fortschritte in einigen Ländern des Südens, besonders in der VR China, Costa Rica, Cuba, Sri Lanka, Kerala State (Indien) und auch lokale Community Based Health Programme in verschiedenen anderen Ländern die Potentiale von Basisgesundheitsprogrammen für die Verbesserung von umfassenden Gesundheitsindikatoren (Lebenserwartung, Mütter- und Kindersterblichkeit, Mortalitätsraten).
- **Dies allerdings nur, wenn sie einhergehen mit tiefgreifenden sozialen Veränderungen (Landreformen, Bildung, soziale Sicherung, Beteiligung von Gemeinden an Entscheidungsprozessen)**
- Zugleich wird das Scheitern von fokussierten Krankheitsprogrammen der WHO (vor allem Malaria, Tuberkulose) deutlich

The Primary Health Care Movement towards Health for All by 2000AD

Alma Ata, 1978



The International Conference on Primary Health Care calls for urgent action by all governments, all health and development workers, and the world community to protect and promote the health of all the people of the world by the year 2000.

Primary Health Care – die 5 Prinzipien

- **Gleichheit und Gerechtigkeit:** physische, soziale und finanzielle Zugänglichkeit der Gesundheitsdienste für alle: Accessible, Affordable, Priorisierung entlang des Bedarfs
- **Partizipation:** Gemeinden und Betroffene nehmen teil an Planungen, Entscheidungen, Durchführung von Gesundheitsaktivitäten: z.B. Gesundheitsräte
- **Interdisziplinärer Ansatz:** Koordinierte Aktivitäten mit andern Sektoren, zB. Landwirtschaft, Bildung, Wasser/Sanitation, Verkehr,
- **Angepasste Methoden:** regional, technisch und kulturell adequate Techniken sollen Vorrang haben, auch Respektierung lokalen Gesundheitswissens
- **Umfassender Gesundheitsbegriff:** Gesundheitsförderung, Krankheitsverhütung, Behandlung, Rehabilitation

Zentral: Die Partizipation und das Recht auf Gesundheit

- Community Health ist ein Prozess, die Menschen zu befähigen, gemeinsam ihre Verantwortung für ihre eigene Gesundheit ausüben und Gesundheit als ihr Recht einzufordern
- Der Community Health Ansatz schließt die Verstärkung der Autonomie des Individuums, der Familie und Community über Gesundheit und über die Organisationen, die Mittel, die Gelegenheiten, das Wissen und die unterstützenden Strukturen, die Gesundheit möglich machen”

Quelle: the Community Health Cell axioms – red book 1986, Bangalore, Indien,

Community Health Worker

“Befreier oder Diener” (David Werner, 1981)

- Die frühe Literatur zu PHC betont die Rolle der CHWs nicht nur (und möglicherweise nicht einmal in erster Linie) als Gesundheitsdienstleister, sondern auch als ein **Fürsprecher für das Gemeinwesen** (Community) und ein **Akteur des sozialen Wandels**:
 - Agiert als ein Sprachrohr der Community um gegen Ungleichheiten zu kämpfen und Rechte und Bedürfnisse der Community gegenüber staatlichen Strukturen einzufordern.
- Diese Sicht vertritt auch die Alma Ata Deklaration, die CHWs als eine der Schlüsselemente einer umfassenden Basisgesundheitspflege erkennt.

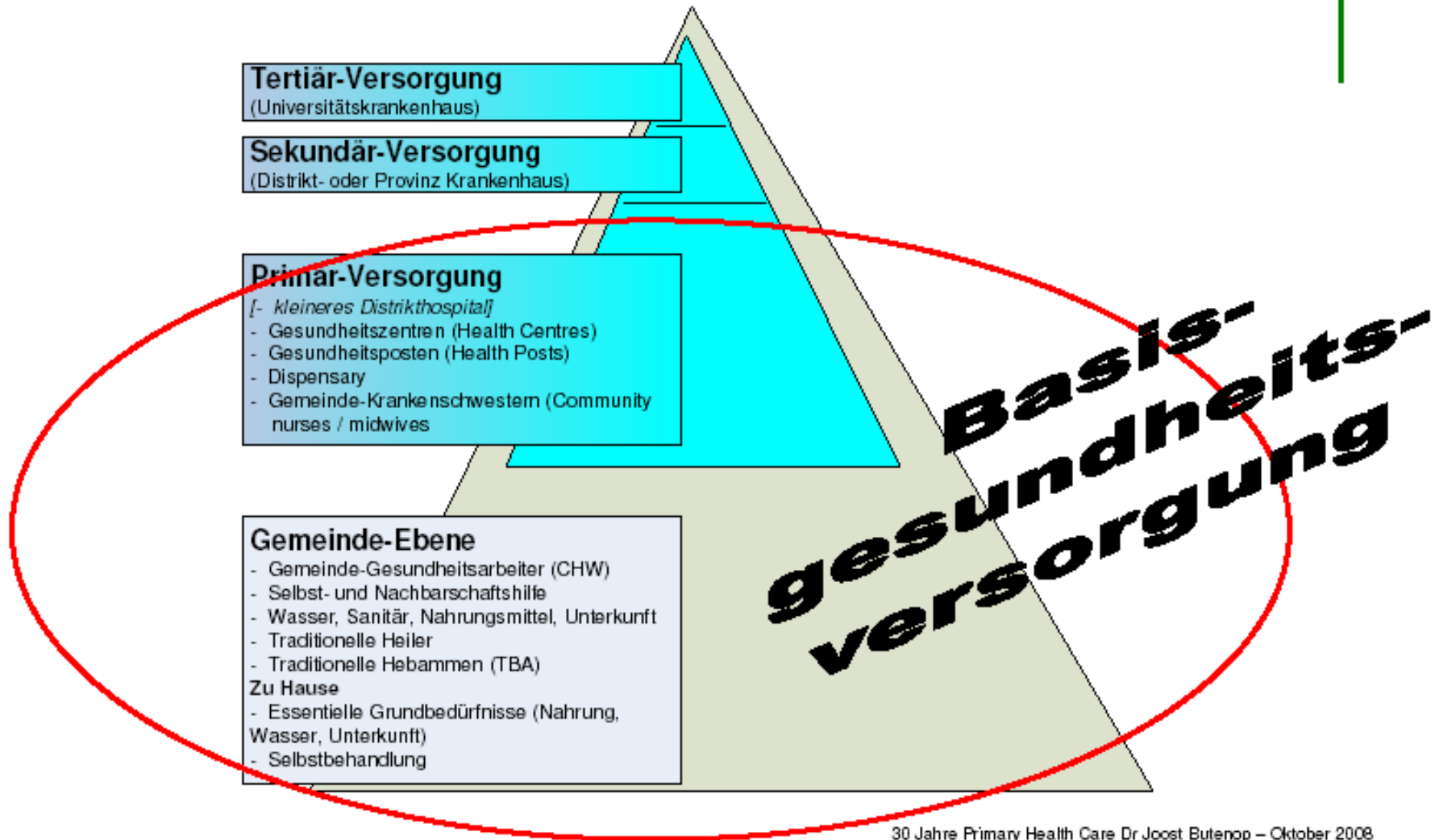
Beispiel für umfassende Gesundheitsstrategien: **Comprehensive management of diarrhoea**

REHABILITATIVE	CURATIVE	PREVENTIVE	PROMOTIVE
NUTRITION REHABILITATION	Oral Rehydration Therapy NUTRITION SUPPORT	EDUCATION FOR PERSONAL & FOOD HYGIENE MEASLES VACCINATION BREAST FEEDING	WATER SANITATION HOUSEHOLD FOOD SECURITY

Das Primary Health Care Modell – Die 8 Elemente

1. Aufklärung über vorherrschende Gesundheitsprobleme und Methoden ihrer Bekämpfung und Verhütung
2. sichere Nahrungsmittelversorgung und Ernährung
3. angemessene Versorgung mit sauberem Wasser und sanitärer Entsorgung
4. Mutter- und Kindfürsorge einschließlich Familienplanung
5. Impfungen gegen die wichtigsten ansteckenden Krankheiten
6. Vorbeugung und Bekämpfung lokaler Seuchen
7. angemessene Behandlung der üblichen Krankheiten und Verletzungen
8. sichere Versorgung mit unentbehrlichen Arzneimitteln

Gesundheitsversorgung



Umfassende PHC in der Praxis – **Gonoshasthaya Kendra** in Bangladesh

- Gegründet von bangladeshi Ärzten als medizinische Nothilfeorganisation im Unabhängigkeitskrieg gegen Pakistan 1971-72, Feldlazarette in Flüchtlingslagern
- Entwicklung eines umfassenden ländlichen Gesundheitsprogramms
- Im Zentrum steht die Ausbildung von jungen Frauen zu „Paramedics“, Community Health Workers, die selbständig mit intensiver Supervision die lokalen Gemeinden betreuen
- Regelmäßige Besuche in den Dörfern, mit Schwerpunkt auf Mutter-Kind Gesundheit, andere besonders Arme (Ultra Poor), Alte und Alleinstehende
- Intensive Schwangerenbetreuung, Geburtsvorbereitung, Begleitung der Geburt, Wochenbett, Neugeborenen Kooperation mit und Integration von traditionellen Hebammen, Gesundheitsaufklärung
- Etablierung von Gemeindegesundheitskomitees, gegenüber die Paramedics verantwortlich sind, und mit denen vor allem mütterliche und kindliche Todesfälle besprochen werden, um folgende Todesfälle zu verhindern. Auch Unterstützung dieser Komitees gegenüber dem öffentlichen Gesundheitssystem, um Vernachlässigungen in diesem zu beseitigen

Gonoshasthaya Kendra Cont.

- Referenzsystem durch eigene Fachärzte, Gesundheitszentren und zwei Krankenhäuser (in Savar und Dhaka) für Notfälle und operative Eingriffe. Dient auch als Ausbildungs Krankenhaus
- Etablierung eines eigenen Sozialversicherungssystems, um einen Teil der Kosten über regelmäßige, sozial angepasste Beiträge der Gemeinde abzudecken, auch kollektive Versicherungen von ArbeiterInnen der umliegenden Fabriken bei Dhaka.
- Etablierung eines Urban Health Programms in den 90er Jahren
- Erreichen aktuell ca. 600 Gemeinden mit 1 Mio Menschen
- Waren eines der Modellbeispiele für die WHO Strategie der PHC in den 70er Jahren
- Haben in ihren langjährigen Gemeindeprogrammen die Mütter- und Säuglingssterblichkeit deutlich unter den nationalen Stand reduzieren können – Erreichung der MDGs (s.u.) liegt in Sicht

Gonoshasthaya Kendra - Volksgesundheitszentrum



GK Paramedics Programm



Gesundheit zu den Menschen







GK Schwangerschaftsbetreuung



GK Trust – mehr als nur Medizin

- Bildungsangebote adaptiert an ländliche Lebensrealitäten und Ausbildung der eigenen Gesundheitskader – Grundbildung für arme Kindern, Paramedics, Pharmazeuten, PTA, MTA, ÄrztInnen, auch mit Stipendien für Studierende aus benachbarten Ländern
- Ausbildung in Handwerk und industrieller Produktion
- Einkommensschaffende Aktivitäten unterstützen - Mikrokreditprogramme
- Eigene Produktionszentren – Pharmazie, Textilproduktion, Holz- und Metallbau, Nahrungsmittel, Druckerei, deren Überschüsse die sozialen Programme von GK mitfinanzieren
- Aktive Frauenförderung in allen Bereichen von GK – Ausbildung, Produktion, Leitung
- Aktive Beteiligung an nationaler Medikamenten- und Gesundheitspolitik
- Verbunden mit internationalen Gesundheitsbewegungen - PHM

PHC – Arme Medizin für Arme oder Potential für Veränderung?



PHM Delegates at World Health Assembly
2007 with Halfdan T. Mahler

*„Eine funktionierende
Primary Health Care
Strategie kann es nur
geben, wenn sie im
Rahmen des Werte-
Systems von
Gesundheit für alle
erarbeitet wird“*

Halfdan T. Mahler, 2008
Generalsekretär der WHO
1973 - 1988

Comprehensive vs. Selective PHC

comprehensive PHC – selective PHC

1. Definition von Gesundheit

- cPHC orientiert sich am „vollständigen physischen, geistigen und sozialen Wohlergehen“ der WHO-Definition von Gesundheit
- sPHC versteht Gesundheit vorrangig als Abwesenheit von Krankheit

comprehensive PHC – selective PHC

2. Multisektoraler Ansatz

- cPHC umfasst Interventionen auch außerhalb des Gesundheitssektors, die mit anderen Akteuren koordiniert werden müssen (Wasserversorgung, Ernährungssicherung, Bildung) die wesentlichen Einfluß auf die Gesundheit haben
- sPHC orientiert sich an kosteneffektiven Gesundheitsinterventionen die gezielt Krankheiten verhindern und behandeln

comprehensive PHC – selective PHC

3. Partizipation/Empowerment

- cPHC will die Beteiligung der direkt Betroffenen und der Gemeinwesen fördern. Die Menschen sollen die Initiative ergreifen und ihre Gesundheitsbelange selbst formulieren und sich dafür einsetzen.
- sPHC lässt Gesundheitsexperten kosteneffektive Programme erarbeiten, die von medizinischem Fachpersonal durchgeführt werden

Selective Primary Health Care

- **Vorteile:** Pragmatische handlungsorientierte Vorgehensweise gegen die dringlichsten Gesundheitsprobleme mit raschen Ergebnissen statt langfristige komplexe Interventionen, die auf die Veränderungen sozialer, ökonomischer und kultureller Verhältnisse setzen.

GOBI-(FFF): Die 7 Wunderwaffen von UNICEF gegen die Kindersterblichkeit

Growth Monitoring (Überwachung des kindlichen Wachstums und Gedeihens)

Oral Rehydration Therapy (Durchfallbehandlung durch Ausgleich des Flüssigkeits- und Elektrolytverlustes)

Breast Feeding (Förderung des mehrmonatigen Stillens der Neugeborenen)

Immunisation (Impfprogramme gegen die häufigsten Krankheiten)

Food supplements (Nahrungsergänzungen)

Female Education (Grund- und Ausbildung für Frauen)

Family Planning (Familienplanung)

Beeindruckende Evidenz ...

Zwischen 50 und 70% aller Kindlichen Todesfälle können vermieden werden durch:

- Orale Rehydratation (15%)
- Stillen (13%)
- Insektizid impregnierte Bettnetze gegen Malaria (7%)
- Verbesserte zusätzliche Ernährung (6%)
- Präventive zusätzliche Zink gabe (9%)
- Antibiotika gegen neonatale Sepsis (6%)
- Antibiotika gegen Lungenentzündungen (6%)
- Antimalaria Behandlung (5%)

Quelle: The Lancet Child Survival Series 2003

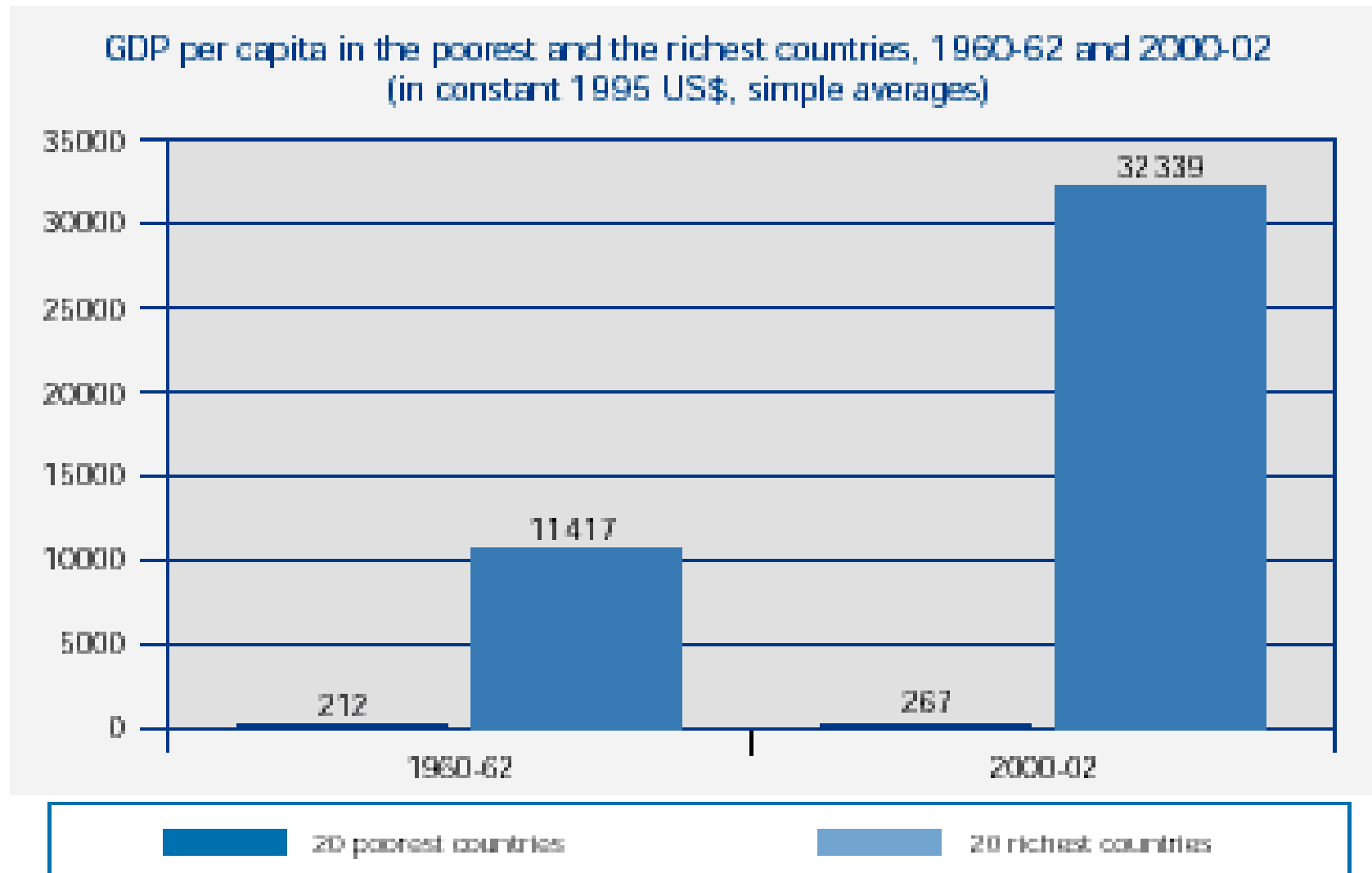
Aber...

- „Kosteneffektivität“ – der zentrale Maßstab zur Beurteilung selektiver Gesundheitsaktivitäten führt zur Fokussierung auf kurative Maßnahmen – die sich besser messen und bewerten lassen - zur Vernachlässigung der weiteren, komplexen effekte von strukturellen Verbesserungen:
- ORS und Händewaschen vs. Verbesserte Wasser- und Sanitärer Versorgungsstrukturen
- Gefahr der Fragmentierung von Gesundheitssystemen in Einzelprogramme, hohe „Transaktionskosten“ und Konkurrenz bei vielen gleichzeitigen Initiativen, die von den gleichen Gesundheitsarbeitern durchgeführt werden sollen

Keine akademische Diskussion sondern konkrete (Gesundheits)politik

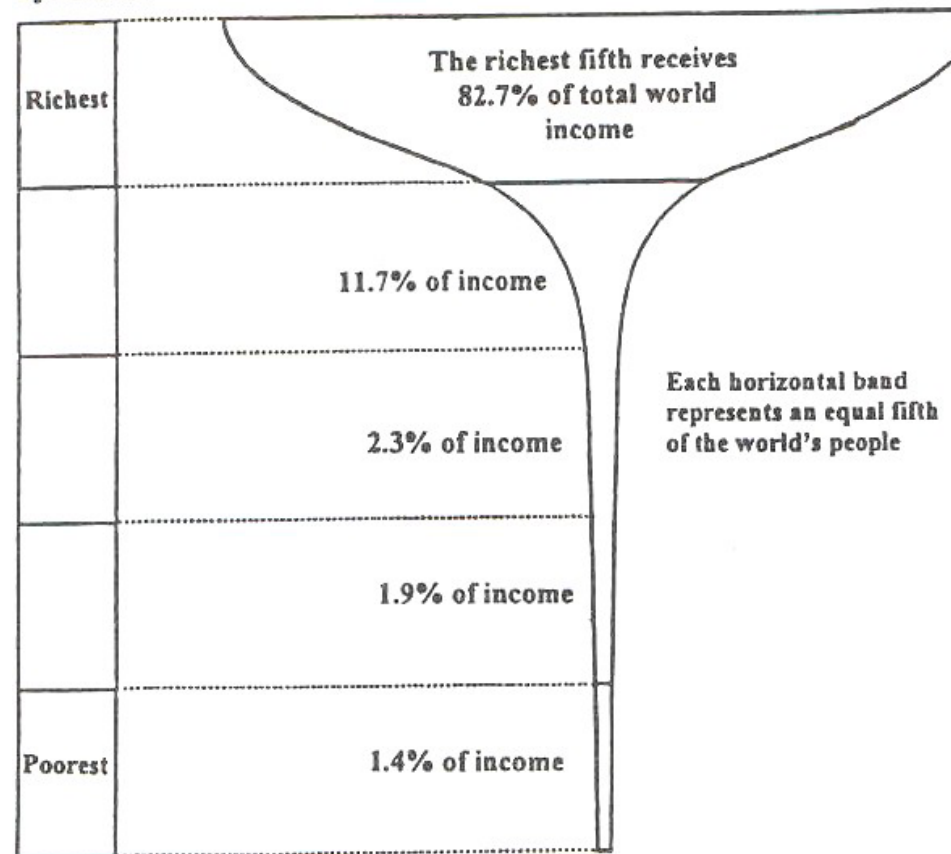
- In vielen EL brechen während der 80er/90er Jahre durch die Verschuldungskrise die öffentlichen Mittel für soziale Dienste weg. Für neue Kredite zur Bedienung des Schuldendienstes machen die internationalen Finanzierungsorganisationen Weltbank und IWF strenge Auflagen zur staatlichen Ausgabenreduktion und Förderung des Privatsektors und Integration in den Weltmarkt: Strukturanpassungsprogramme.
- Abbau und Privatisierung von staatlichen Diensten (Gesundheit / Bildung / Infrastruktur wie Wasserversorgung)
- Auswirkungen auf Gesundheitsdienste, Gesundheitsfinanzierung, Gesundheitspersonal, Versorgungskonzepte

Die Kluft zwischen Globalisierungsgewinnern und -verlierern hat sich massiv vergrößert



Source: Based on a sample of 94 countries and territories with continuous time-series data from 1960 to 2002, as available from World Bank World Development Indicators 2003 (online version).

..and unequal distribution of global income



Sub-Saharan African Country *per capita* expenditures on health (1997-2000)

Recommended expenditure: >\$60/capita (Brundtland);
>\$34/capita (CMH)

Number of countries	Amount of spending
4	> \$60
2	\$34 - \$60
11	\$12 - \$34
18	< \$12
13	Data not available or population <1.5 million

Health Sector Reforms

- Staat nicht mehr als Anbieter, sondern nur noch als Käufer und Regulator von Gesundheitsdiensten, oder Public-private Mix Modelle
- **Folge:** Nur (betriebs)wirtschaftlich erfolgreiche Anbieter setzen sich durch: Ärzte/Krankenhäuser bleiben in der Stadt, wo Patienten ihre Dienstleistungen bezahlen können, keine flächendeckende Versorgung zu gewährleisten
- **Konsequenz:** Spaltung in teure, übertechnologisierte Gesundheitsdienste für die Wohlhabende Minderheit und unterfinanzierte, vernachlässigte Dienste für die Armen

Gesundheitsfinanzierung

- Verstärkte Finanzierung der Gesundheitsdienste durch Nutzergebühren und Zuzahlungen statt staatlicher Zuschüsse,
- **Folge:** Gesundheitsausgaben vor allem für kurative Dienste im Krankheitsfall, Arme fallen aus der Gesundheitsversorgung raus, wenn sie es sich nicht leisten können, oder verlieren ihre finanziellen Ressourcen: der Teufelskreis aus Armut – Krankheit – Armut schließt sich:
- 100 Mio. Menschen geraten jährlich durch „katastrophische Krankheitskosten“ in Armut und Verschuldung

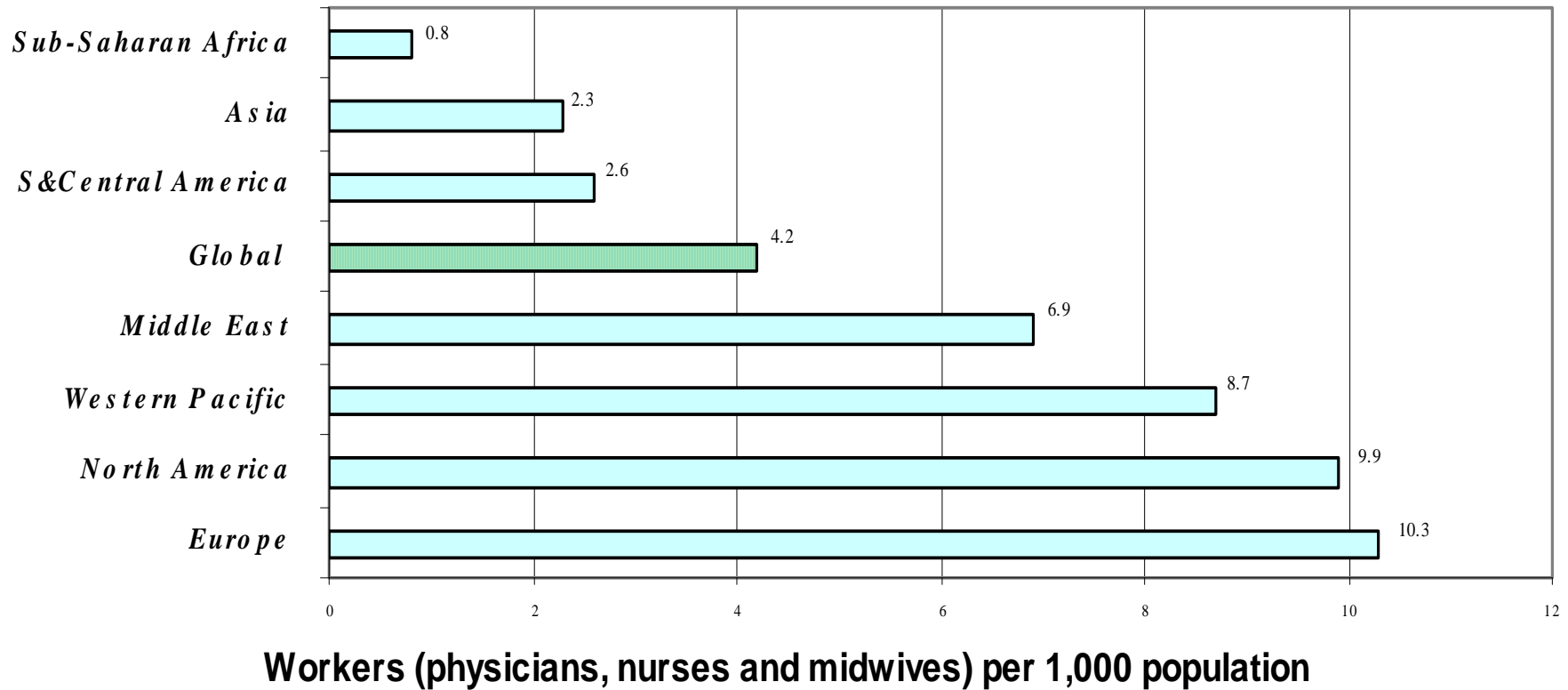
Human Resource Crisis

- **längerfristig:** Gesundheitspersonal wandert aus unterfinanzierten in besser bezahlte Bereiche ab: vom Land in die Stadt, von Basisdiensten in spezielle Programme, von öffentlichen in private Einrichtungen, von armen in weniger arme Länder (Tanzania – Südafrika – Australien)
- massiver Braindrain: schätzungsweise 4,2 Mio. Gesundheitsprofessionelle fehlen allein in Sub-Sahara Afrika, die vom Braindrain am stärksten betroffene Weltregion.

Migration von Gesundheitsprofessionellen aus Afrika

- Zwischen 1985 and 1995 verließen 60% von Ghanas Medizinabsolventen das Land
- Während der 1990er verlor Zimbabwe 840 von 1,200 Absolventen der medizinischen Fakultät
- 2,114 Krankenschwestern aus Südafrika wanderten 2001 nach Großbritannien aus

Human Resources for Health Density by Regions



Patienten als Kunden

- Kommerzialiserte Gesundheitsangebote können von den Patienten in ihrer Notwendigkeit und Qualität oft schwer oder gar nicht beurteilt werden und können nicht nur überflüssig und kostspielig, sondern auch gefährlich sein:
- irrationaler Arzneimittelgebrauch, (eine Folge sind zunehmende Antibiotikaresistenzen)
- operative Geburtshilfe (profitabler und besser planbar als natürliche Geburt: Ansteigende Kaiserschnittraten in privatisierten Gesundheitssystemen mit Narkose und OP Risiko, auch Erhöhung des Risikos bei weiteren Geburten)

Neue Initiativen für Gesundheit weltweit

Milleniumsentwicklungsziele (bis 2015)

1. Extreme Armut und Hunger beseitigen, Halbierung der Zahl der Menschen, die von weniger als 1 USD/Tag leben
2. Grundbildung für alle Kinder erreichen
3. Geschlechtergleichstellung und Stärkung von Frauen
4. **Senkung der Kleinkindersterblichkeit um 2/3 (von Stand 1990)**
5. **Senkung der Müttersterblichkeit um $\frac{3}{4}$ (von Stand 1990)**
6. **Bekämpfung von wichtigen Infektionskrankheiten, weitere Ausbreitung von HIV/AIDS stoppen**
7. Nachhaltige Entwicklung fördern (Zugang zu Wasser, Verbesserung der Lebensbedingungen in städtischen Slums, Nutzung regenerativer Énergien und deren Zugang für die Armen)
8. Globale Entwicklungspartnerschaften aufbauen (Entschuldung, mehr Entwicklungshilfe, bessere Welthandelsbeziehungen für die EL)

PHC to MDG – was ist neu?

PHC

MDG

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Promotion of food supply and nutrition | ↔ | 1. Beseitigung v. Armut und Hunger |
| 2. Education | ↔ | 2. Primarschulbildung |
| 3. Maternal and child health care | ↔ | 3. Gleichstellung der Geschlechter |
| 4. Immunisation | ↔ | 4. Senkung der Kindersterblichkeit um 2/3 |
| 5. Prevention & control | ↔ | 5. Verbesserung der Gesundheit von Müttern |
| 6. Treatment | ↔ | 6. Trendumkehr bei von HIV/Aids , Malaria und anderen Krankh. |
| 7. Essential drugs | ↔ | 7. Sicherung der ökologischen Nachhaltigkeit (Trinkwasser) |
| 8. Supply of safe water / basic sanitation | ↔ | 8. Aufbau einer weltweiten Entwicklungspartnerschaft |

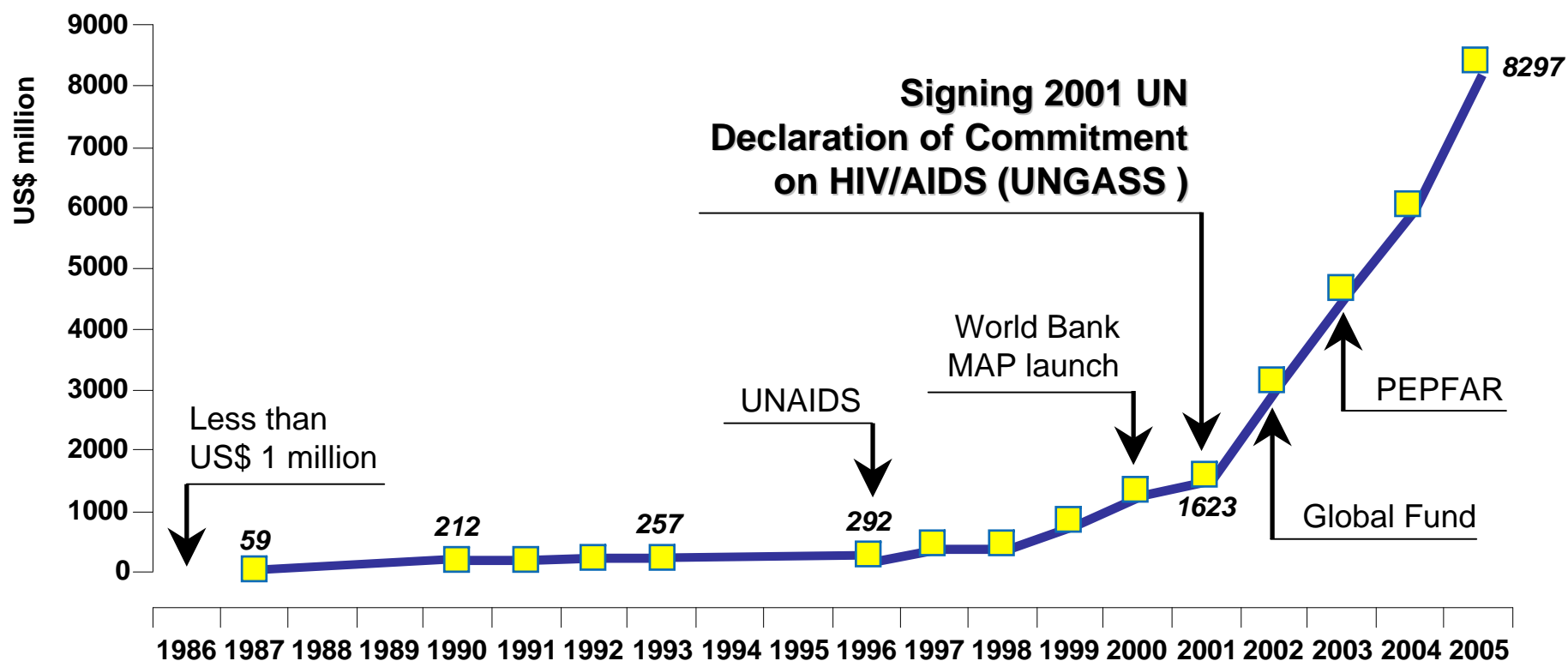
Enorme Zunahme der internationalen Mittel und Akteure

International Development Assistance for Health: von 2,5 Mrd \$ (1990) auf 14 Mrd. \$ (2006) für bilaterale und multilaterale Gesundheits-Programme und Budgethilfen

Private Philantropy: Gates Foundation bewilligt insgesamt 2,25 Mrd. USD in 2006 für 185 Gesundheitsprojekte und Programme

90 Global Health Partnerships und Finanzierungsagenturen (Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria, Global Alliance for Vaccines and Immunisation, Stop TB, Roll back Malaria, International AIDS Vaccine Initiative, International Trachoma Initiative, Global Alliance for Improved Nutrition)

Total annual resources available for AIDS 1986 2005

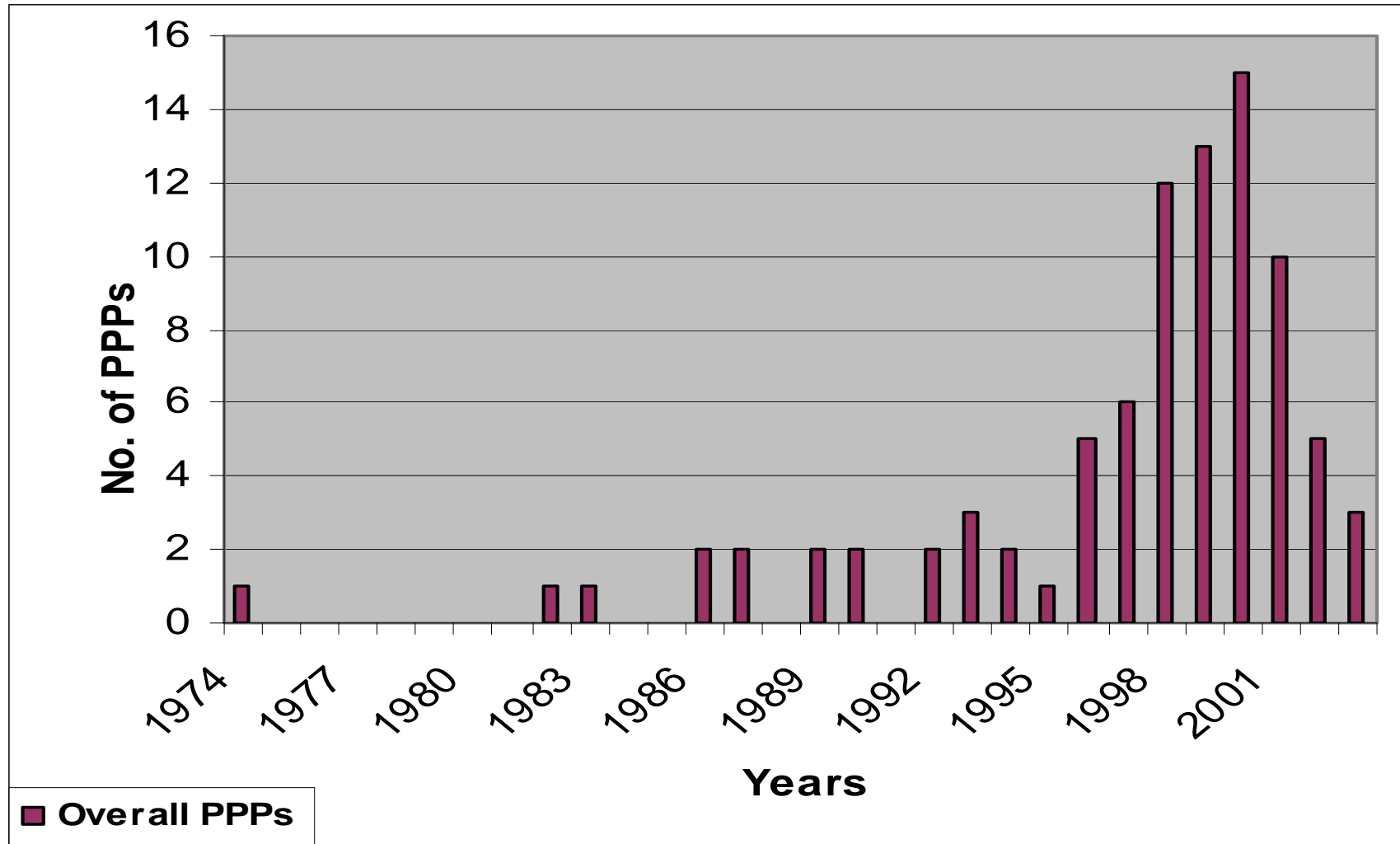


Notes: [1] 1986-2000 figures are for international funds only
 [2] Domestic funds are included from 2001 onwards

[i] 1996-2005 data: Extracted from 2006 Report on the global AIDS epidemic (UNAIDS, 2006)

[ii] 1986-1993 data: AIDS in the World II. Edited by Jonathan Mann and Daniel J. M. Tarantola (1996)

GHPs, established 1974-2003, (overall) <www.ippph.org>



Kategorien und Ziele der Globalen Gesundheitsinitiativen

1. Produkt (Medikament oder Impfstoff) Entwicklung (33)

Eg International AIDS Vaccine Initiative (IAVI), Medicines for Malaria venture,

2. Verbessertes Zugang zu Gesundheitsprodukten (26)

Eg African Programme for Onchocerciasis Control (APOC), International Trachoma Initiative

3. Globale Koordinationen einschl. finanzierungsagenturen (11)

Eg The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria (**GFATM**), Global Alliance for Vaccines and Immunization (**GAVI Alliance**), Roll Back Malaria Global Partnership (**RBM**), Stop TB Partnership (**Stop TB**), Global Alliance for Improved Nutrition (**GAIN**)

4. Gesundheitssystemstärkung (9)

Global Health Workforce Alliance, Partnership for Maternal, Newborn and Child health

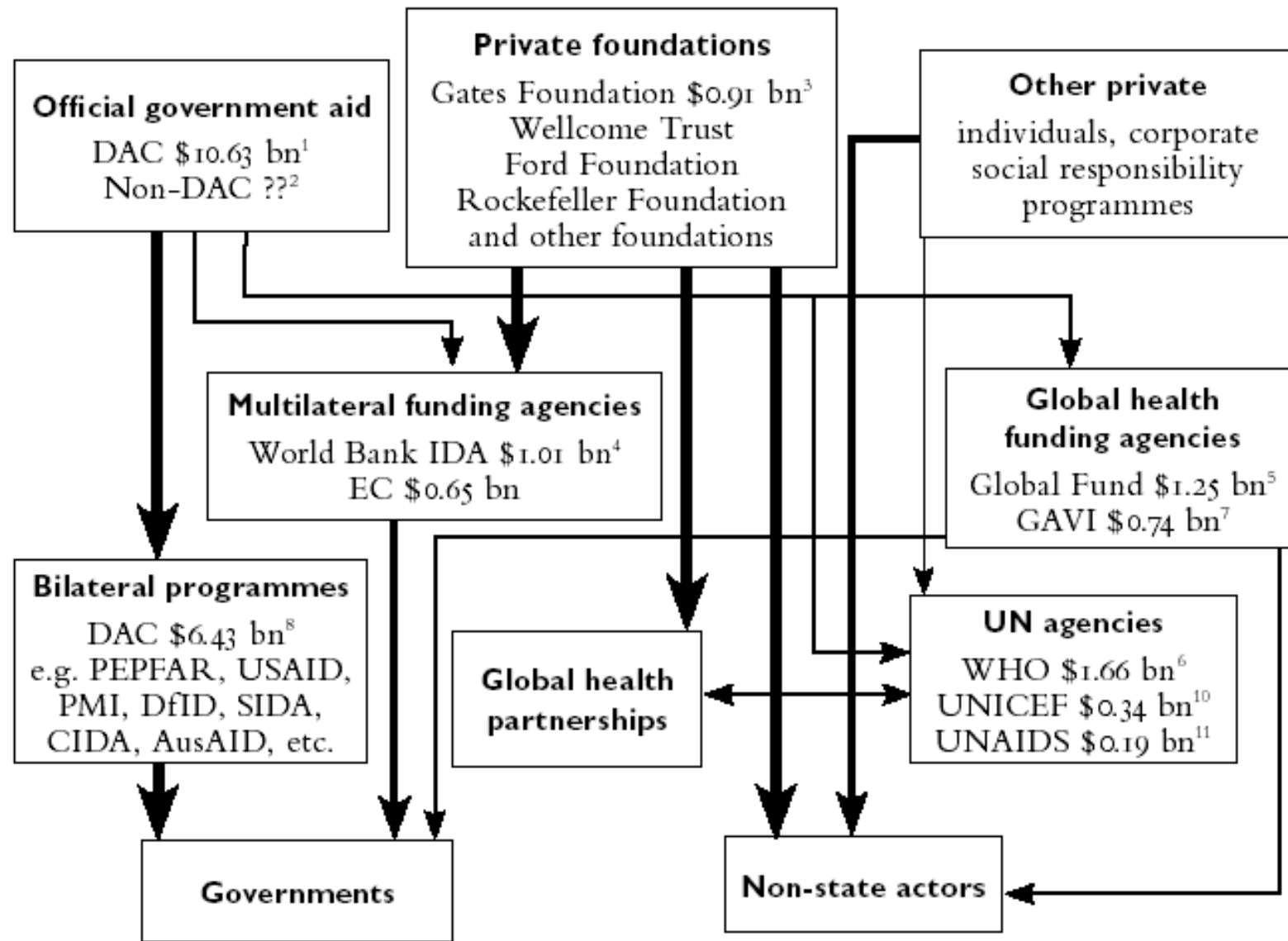
5. Öffentliches Campaigning und Advocacy (8)

E.g. Action for Global Health (Gates funded)

Analyse und Kritik von Global Public-Private Health Partnerships

- Integration von Privatwirtschaft (Pharmaunternehmen, Nahrungsmittelkonzerne, IT-Unternehmen) und privaten Gebern (Gates Foundation!) – Win-Win-Situationen entwickeln
- **Problem: Win-Win klappt vor allem bei produktorientierten Initiativen:** Impfstoffe, Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel – Nachhaltigkeit fraglich und Kontrolle der Profitinteressen der Privatunternehmen kaum realisierbar – Beispiel Pneumokokken-Vaccine
- **Konkurrenz der Initiativen umeinander** – wer am meisten Lärm macht, bekommt am meisten Mittel – aktuell diskutiert am Beispiel AIDS

Akteure und Finanzierung 2006



Überkomplexe Globale Gesundheitsarchitektur

- 26 UN-Organisationen (WHO, UNICEF, Weltbank, IWF, UNAIDS,
- 40 bilaterale u. Multilaterale Geber (OECD Länder, EC, andere)
- 20 globale und regionale Funds
- 90 Globale Gesundheitsinitiativen
- Große NGOs (Ärzte ohne Grenzen, Oxfam, Save the Children, Care International, International Planned Parenthood Federation usw.)

Geber Praxis

- 5 größte Belastungen für LMICs*:
 1. Geber bestimmen Prioritäten und Systeme
 2. Schwierigkeiten mit Geber prozeduren
 3. Unkoordinierte Geber Praxis
 4. Übermässige Beanspruchung von Regierungs/Minsteriums Zeit
 5. Verzögerung in Auszahlungen

*Survey of 11 recipient countries, cited in: Guidelines for harmonising donor practices for effective aid delivery; OECD Development Assistance Comittee, 2003, Brugha 2007

Folgen der GHI und der Vielzahl von Gebern auf Gesundheitssysteme von Empfängerländern

- In 2000 produzierte Tanzania 2.400 Vierteljahresberichte für separate gesponserte Projekte und empfing 1.000 Geberbesuchstreffen (Labonte, 2005, presentation to Nuffield Trust, UK)
- Von den globalen Gesundheitsinitiativen werden aktuell 24 parallel in Tanzania durchgeführt (Wemos 2005)

Harmonierungsversuche

- The „Three ones“ der AIDS Geber: Eine Aktionsprogramm, ein nationales Koordinierungskomitee, ein Monitoring und Evaluierungssystem
- Neues Koordinierungsgremium der „Health 8“: WHO, GFATM, GAVI, UNPF, World Bank, UNAIDS, UNICEF, Gates Foundation
- Kritik: zu viele Akteure, kein Konsens zu einer kohärenten Gesundheitssystementwicklung (öffentlich? Privat?) keine existierende Monitoring- und öffentliche kontrollinstrumente für die großen Programme

Wiederbelebung des
umfassenden PHC Konzepts?

The First Global People's Health Assembly December, 2000



- In 2000 Dec, 1500 health activists from 75 countries met in Savar, Bangladesh to discuss the challenge of attaining Health for All, Now!
- Endorsed the People's Health Charta
- Continued as the People's Health Movement (PHM)
- www.phmovement.org



People's Health Charta

Gesundheit ist eine soziale, ökonomische und politische Aufgabe und ist vor allem ein Menschenrecht.

Ungleichheit, Armut, Ausbeutung, Gewalt und Ungerechtigkeit sind Ursache von Krankheit und Tod bei allen denen, die in Armut oder am Rande der Gesellschaft leben.

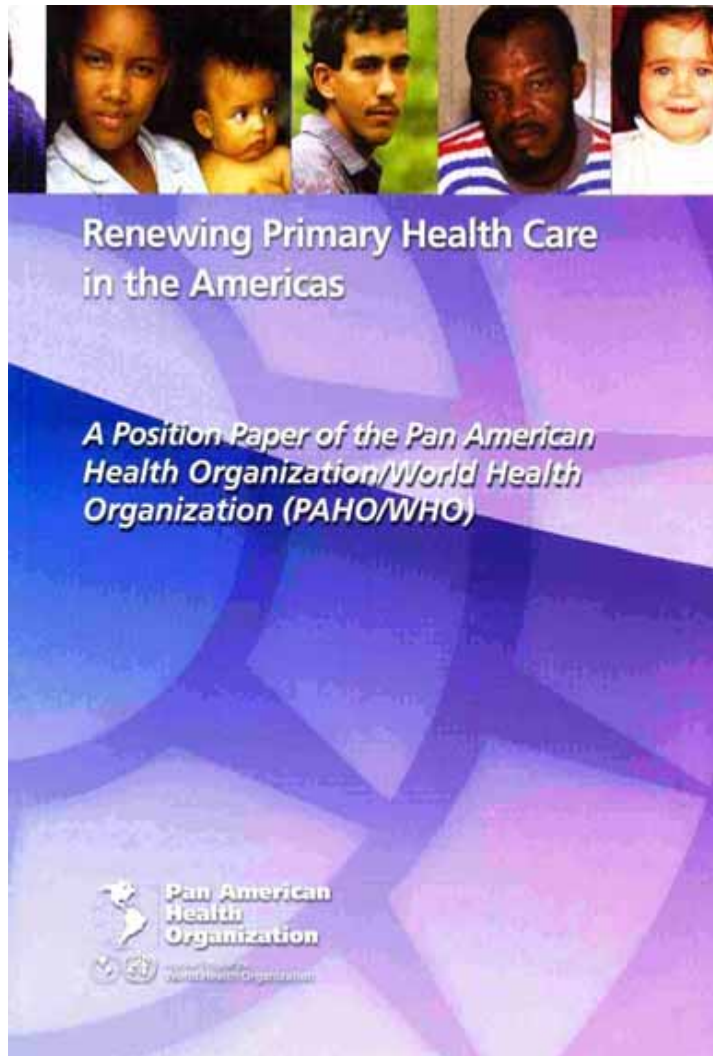
Gesundheit für alle bedeutet, mächtige Interessen herauszufordern, der Globalisierung entgegenzuwirken und politische wie ökonomische Prioritäten drastisch zu verschieben

People's Health Movement:

vergangene und aktuelle Aktivitäten und Kampagnen

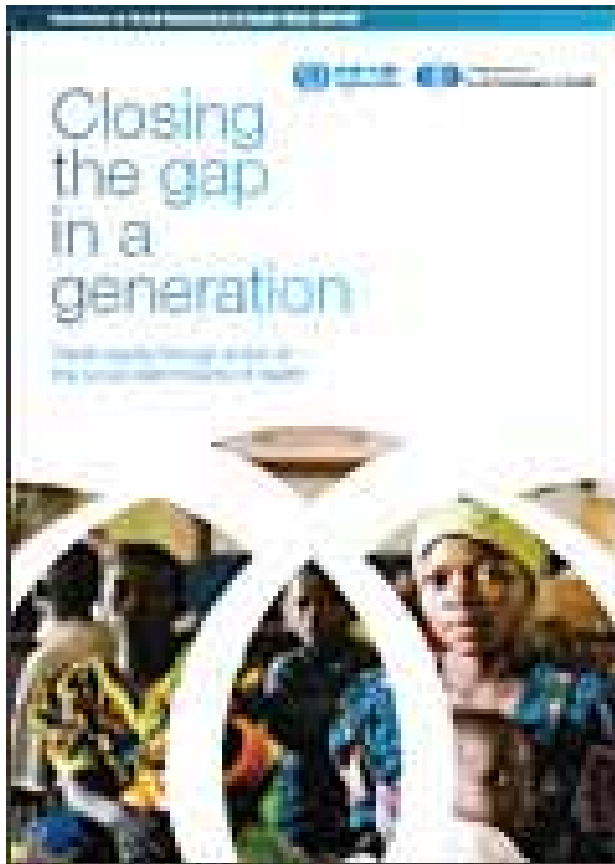
- **“HEALTH NOW!”**, **"No War, No WTO, campaign for People's Health"** unterstützt die globalen Anti-Kriegs Kampagnen
- **World Health Assembly** 2003 erfolgreich lobbiiert durch das PHM für eine verstärkte Resolution und Aktivitäten zur 25 Jahre Feier der Alma Ata Erklärung. Fortgesetztes **WHO lobbying**.
- PHM präsent bei den **Weltsozialforen** in India, 2004, Kenia 2006, Porto Alegre 2007 and regionale Foren
- **International People's Health University**, seit 2005 Kurzcourse (1-2 Wochen) für junge GesundheitsaktivistInnen (Ecuador, Indien, Bangladesh, Ägypten, Brasilien, USA, Kanada)
- Teil des **Global Health Watch** Konsortiums
- **Right to Health Campaign** in 15 Ländern

PAHO Report zu Primary Health Care 2007



Erkennt die Rolle des PHM in der Entwicklung eines neuen menschenrechtlich fundierten Gesundheitsansatzes für Primary Health Care – mit der Notwendigkeit, die weiteren sozialen Determinanten der Gesundheit anzugehen

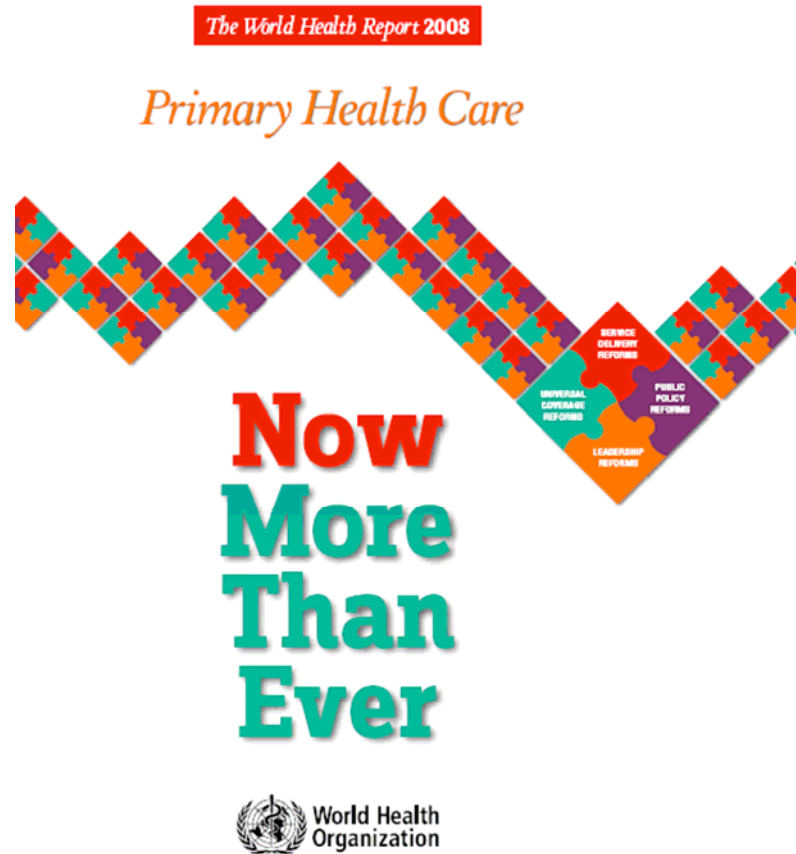
Soziale Ungerechtigkeit tötet Menschen im großen Maßstab



"(The) toxic combination of bad policies, economics, and politics is, in large measure responsible for the fact that a majority of people in the world do not enjoy the good health that is biologically possible, Social injustice is killing people on a grand scale "

Abschlussbericht der WHO Commission on Social Determinants of Health: Closing the Gap in a Generation - Health Equity through Action on the Social Determinants of Health, September 2008 http://www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html

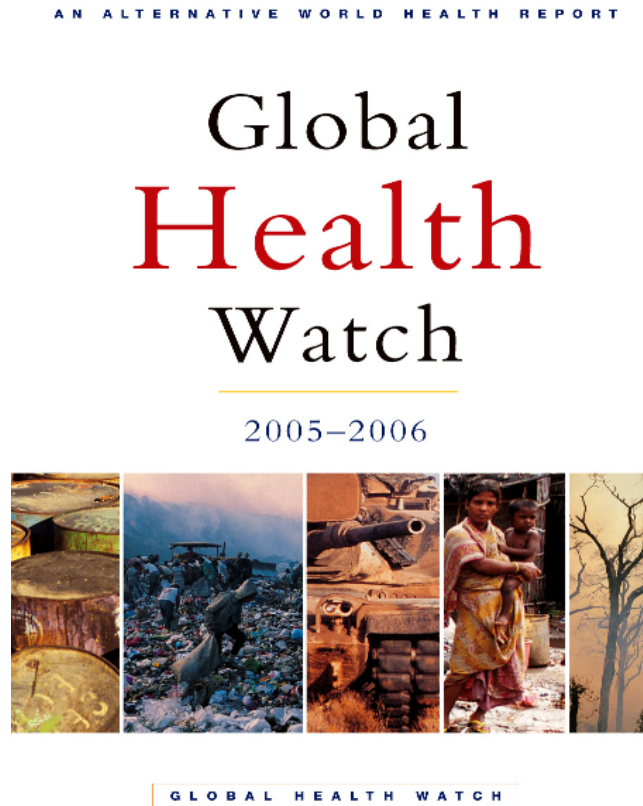
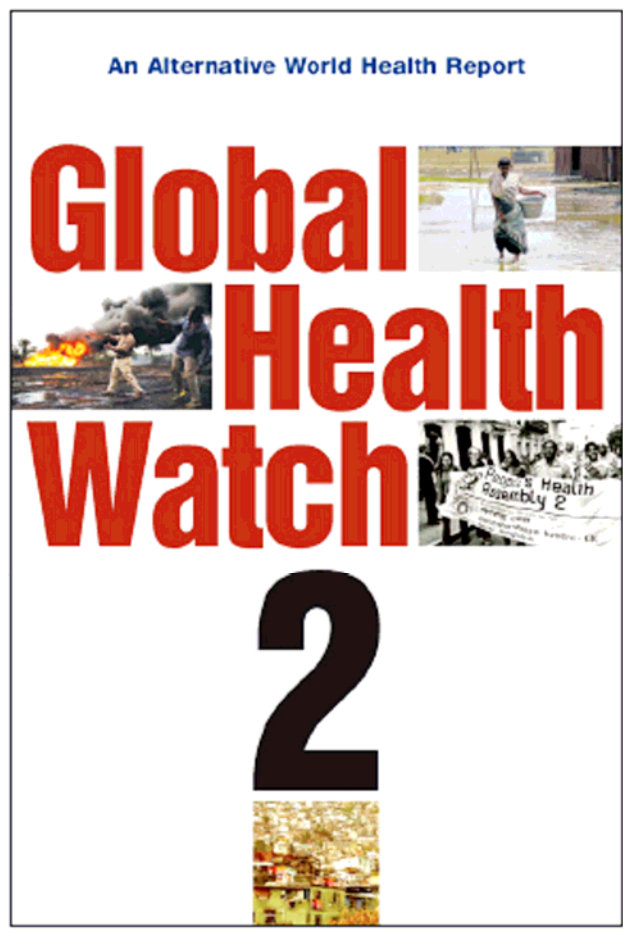
Primary Health Care: Now more than ever



„We are, in effect, encouraging countries to go back to the basics“

Dr. Margaret Chan,
Director General of the
World Health Organisation,
2008

Announcing Global Health Watch 2 2008-09



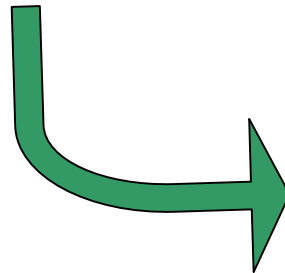


People's Health
Movement



**Viele weitere
Einzelpersonen von
Universitäten und NGOs**

Secretariat



Was ist 'alternativ' an dem Report?

- Explizit politisch
- Kein Konsens report, sondern eine klare normative position / Prinzipien
 - nicht-neoliberal
 - Gerechtigkeits Fokus, nicht nur pro-poor (redet auch über den Reichtum)
 - Globalisierung
- Radikal
- Soziale und politische Determinanten werden betont
- Multi-sectoral
- Accountability instrument – Will die Akteure der internationalen Gesundheitsarena in ihren Handlungen beobachten und zur Verantwortung ziehen

GHW2 Inhalt

A: An alternative paradigm for development

C: Beyond health care

- C1 Carbon trading and climate change
- C2 Terror, war and health
- C3 Reflections on globalisation, trade, food and health
- C4 Urbanisation
- C5 The sanitation and water crisis
- C6 Oil extraction and health in the Niger delta
- C7 Humanitarian aid
- C8 Education

B: The health care sector

- B1 Health systems advocacy
- B2 Mental health: culture, language and power
- B3 Access to health care for migrants and asylum-seekers
- B4 Prisoners
- B5 Medicine

GHW2 Inhalt

D: Holding to account

- D1 *Global health governance*
 - D1.1 The global health landscape
 - D1.2 The World Health Organization
 - D1.3 The Gates Foundation
 - D1.4 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
 - D1.5 The World Bank
- D2 *Government aid*
 - D2.1 US foreign assistance and health
 - D2.2 Canadian and Australian health aid
 - D2.3 Security and health
- D3 *Transnational corporations*
 - D3.1 Protecting breastfeeding
 - D3.2 Tobacco control: moving governments from inaction to action

E: Postscript: Resistance

Erfolge in der Anerkennung und in
der internationalen Rhetorik –
Umsetzung in die Praxis?

Druck von unten bleibt notwendig!

Vielen Dank!

Kontakt und Infos:

www.medico.de

wulf@medico.de



medico international