

## Primary Health Care (PHC) – Anspruch und Wirklichkeit

**PROSEMINAR WS 2007/2008**

**GESUNDHEITSMANAGEMENT**

**PROF. FLEBA, GREIFSWALD**

**LEHRSTUHL FÜR ALLG. BWL UND GESUNDHEITSMANAGEMENT**

## 1.EINLEITUNG

---

Was ist eigentlich aus „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ geworden? Sieben Jahre nach Ablauf der Frist steht die Mehrheit der Deutschen laut einer Studie des Allenbacher Instituts für Demoskopie und des Finanzdienstleisters MLP ihrem Gesundheitssystem skeptisch gegenüber. 84% der Bürger erwarten, dass die Sozialversicherungsbeiträge weiter steigen. 78% der Bevölkerung befürchten gar eine Zwei-Klassen-Medizin, in der nur noch die Besserverdiener sich eine adäquate medizinische Versorgung leisten können. (vgl. Bibliomed (o.J.) ) Länder mittleren und hohen Einkommens kämpfen mit einem unkontrollierten Anstieg der Gesundheitsausgaben, steigender Ineffizienz des Gesundheitswesens und einem wachsenden Vertrauensverlust der Bürger. (vgl. Global Health Watch (2005), S.55) Früher war dies vornehmlich ein Problem der Entwicklungsländer. Heute breitet es sich zunehmend auch in der „alten Welt“ aus. Geburtenrückgänge und die zunehmende Zahl der Rentner belasten die meisten europäischen Sozialsysteme stark. In Amerika macht Michael Moore das marode Gesundheitssystem der USA leinwandtauglich. Angesichts des gestiegenen Bewusstseins für die Gesundheitsprobleme der Welt rückt ein Konzept wieder ins öffentliche Interesse, das längst vergessen schien.

Diese Seminararbeit betrachtet das Primary Health Care (PHC) – Konzept im Kontext von „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Zunächst erfolgt im zweiten Kapitel die Einordnung des Konzeptes in den historischen Hintergrund, sowie die Definition und Erläuterung des Ansatzes. Teil der Erläuterung ist die Zerlegung des Konzeptes in seine drei Basisforderungen, deren Umsetzung im dritten Kapitel betrachtet wird. Das vierte Kapitel schließt sich mit der Kernfrage der Arbeit an: „Wird das PHC-Konzept seinem Anspruch gerecht?“ Zunächst wird in diesem Zusammenhang die ursprüngliche Zielsetzung von PHC, „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ zu verwirklichen, betrachtet. Anschließend erfolgt eine Beurteilung der generellen Wirksamkeit der Basisforderungen von PHC. Den Abschluss der Arbeit bildet Kapitel 5 mit der Frage, welche Chancen das Konzept zukünftig auch für Industrieländer bieten könnte.

# **1. DAS PRIMARY HEALTH CARE - KONZEPT**

---

## **2.1. Entstehungsgeschichte**

Ende der Sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts waren die Gesundheitssysteme rund um den Globus großen Belastungen ausgesetzt. Der weltweite Ausbau der krankenhausbasierten Gesundheitsversorgung hatte zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen geführt. Sozialversicherungssysteme waren oft den Besserverdienern vorbehalten. Viele Menschen konnten sich nur ineffektive und minderqualitative Krankenbehandlungen leisten. Die gravierendsten Probleme herrschten in den ärmeren Ländern. Die Gesundheitssysteme Afrikas, Asiens und Lateinamerikas schlossen den Großteil der Bevölkerung aus. Ländliche Gebiete waren vom staatlichen Gesundheitswesen meist vollständig abgeschnitten und konnten selbst die nötigste Grundversorgung nicht gewährleisten. (vgl. WHO 2000, S.13f.)

Im Kontext dieser Entwicklung wurde 1977 mit der World Health Assembly, Gesundheit als grundlegendes Menschenrecht und weltweites soziales Ziel anerkannt, welches essentiell für die Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse und Lebensqualität aller Menschen ist. Die WHO nahm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ als Hauptziel in die eigene Verfassung auf. Es sollte allen Menschen ermöglicht werden ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. (vgl. WHO 1998, S.140)

Ein Jahr später wurde das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ auf der Gemeinschaftskonferenz von WHO und UNICEF in Alma Ata wieder aufgegriffen. Angesichts der Definition von Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, mentalen und sozialen Wohls (vgl. WHO (2006a), Art.1), ein ehrgeiziges Vorhaben, welches mit Hilfe von Primary Health Care (PHC) realisiert werden sollte. (vgl. WHO (2006a), Art.5)

## **2.2. Charakterisierung von PHC**

Das Primary Health Care Konzept bezeichnet eine Entwicklungsstrategie zur Stärkung der Basisgesundheitsversorgung. Die WHO definiert es mit den Worten:

“Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods, and made universally accessible to individuals and families, at a cost they can afford.” (WHO (1998), S.141)

PHC stellt eine Abkehr vom westlichen, stark kurativ ausgerichteten Gesundheitssystem dar mit dem Ziel, Gesundheit für die breite Masse erreichbar und bezahlbar zu machen. (vgl. Medizinische Missionshilfe (o.J.) )

**Tab.1: Die 8 Elemente von Primary Health Care**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme</li> <li>2. Nahrungsmittelversorgung und Sicherung der Ernährung</li> <li>3. Trinkwasserversorgung und sanitäre Maßnahmen</li> </ol>	<p>Intersektoraler Bereich (Grundbedürfnisse), primäre Prävention</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mutter- und Kind-Gesundheitsversorgung einschließlich Familienplanung</li> <li>5. Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten</li> <li>6. Verhütung und Bekämpfung der örtlichen endemischen Krankheiten</li> </ol>	<p>Präventionsmedizin, integriert oder in vertikalen Programmen</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Behandlung gewöhnlicher Erkrankungen und Verletzungen in angemessener Form</li> <li>8. Versorgung mit essentiellen Medikamenten</li> </ol>	<p>Kurative Medizin auf Dorfebene mit Referenzsystem</p>

( Diesfeld, H.J. (1996), S.45 f.)

Das PHC-Konzept, auch Konzept der primären Gesundheitspflege genannt, sieht Gesundheit als Ergebnis medizinischer und vor allem nicht-medizinischer Einflussfaktoren, es stützt sich auf die in Tabelle 1 aufgezählten Elemente. Die acht Elemente verdeutlichen den starken Stellenwert der Prävention. Die im sektoralen Bereich beschriebenen Umweltbedingungen beeinflussen den Gesundheitszustand der Menschen maßgeblich. Mediziner schätzen, dass schlechte Umweltbedingungen für ein Viertel aller vermeidbaren Krankheiten direkt verantwortlich sind. In zwei Drittel der Fälle sind Kinder die Betroffenen. Vor allem Durchfall- und akute Atemwegserkrankungen sind typische Armutskrankheiten. (vgl. WHO 1998, S.123) Die Primärprävention beinhaltet die Sicherung der Grundbedürfnisse und existentielle hygienische Maßnahmen. Gegenüber der kurativen Medizin, die erst eingreift, wenn der Mensch bereits erkrankt ist, verursacht sie weitaus geringere Kosten. Diesfelds Handlungsempfehlungen für den kostengünstigen und effektiven Einsatz der Elemente in einem Entwicklungsland lauteten: „So viel primäre Prävention wie möglich, so viel sekundäre Prävention wie nötig und kurative Medizin wo Prävention nicht möglich ist.“

( Diesfeld, H.J. (2001), S.3)

Die 8 Elemente stellen Minimalforderungen für die Umsetzung von PHC dar. Um dem Anspruch des Konzeptes im vollen Umfang gerecht zu werden, müssen bei deren

Umsetzung 7 Prinzipien (im Anhang aufgeführt) gewahrt werden. Sie lassen sich mit den Schlagworten „soziale Gerechtigkeit, vorbeugende Gesundheitspflege, Teilhabe der Bevölkerung, intersektorale Kooperation, angepasste Technologie“... und ...“Nachhaltigkeit der Maßnahmen“ zusammenfassen. (Diesfeld, H.J. u.a.(1996), S.45f.)

Als essentielle Handlungsaufforderungen ergeben sich somit die Basisforderungen von Primary Health Care:

- (1) Primärprävention durch die Verbesserung sozio-ökonomischer Bedingungen
- (2) Beteiligung der Bevölkerung
- (3) Umstrukturierung des Gesundheitswesens von der Spitze zur Basis

(Medico International (2007) )

Die Verbesserung sozio-ökonomischer Bedingungen beinhaltet die Bekämpfung von Armut und Ungleichheit, sowie deren Folgen. PHC fordert die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse, ein Mindestmaß an Hygiene und freien Bildungszugang. Zudem fällt unter die erste Basisforderung auch die Bewusstmachung lokaler Gesundheitsprobleme und deren Bekämpfung. (vgl. Medico International (2007) ) Die zweite Basisforderung, nach der Einbindung der Bevölkerung in die Gesundheitspolitik, soll vor allem auf Gemeindeebene erfolgen. Sowohl die Mündigkeit der Bürger, als auch die Entwicklung aus eigener Kraft soll gefördert werden. (vgl. WHO (2006b), S.3) Die geforderte Umstrukturierung des Gesundheitswesens lässt sich wie folgt umschreiben:

„Der größte Teil der die Gesundheit fördernden Interventionen sollte auf der Basis nächstmöglichen Ebene stattfinden und von Mitarbeitern ausgeführt werden, die für die jeweils erforderlichen Maßnahmen am besten geeignet sind.“ (Diesfeld H.J. u.a. (1996), S.46)

### **3. DIE REALISATION DER BASISFORDERUNGEN DES PHC-KONZEPTE**

---

#### **3.1. Primärprävention durch die Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen**

##### ***3.1.1. Intersektoraler Bereich***

Armut gilt als Hauptkrankheitsursache. Sie führt zu Mangelernährung und allgemein einer schlechten Abdeckung der Grundbedürfnisse. Dies schwächt das Immunsystem der Betroffenen und macht sie anfällig für Krankheiten. (vgl. Global Health Watch (2005), S.3) Unterernährung ist verantwortlich für 12% aller Todesfälle weltweit und

Untergewicht ist die Ursache der Hälfte aller Todesfälle von Kleinkindern. (vgl. Global Health Watch (2005), S.225) Auch verunreinigtes Wasser, eine unzureichende Fäkalienentsorgung und mangelnde Umwelthygiene zählen zu den Krankheitsursachen, denen vor allem Menschen in ärmeren Gegenden ausgesetzt sind. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.91) Im Jahr 2000 starben schätzungsweise 2.213.000 Menschen an Durchfall und anderen Erkrankungen, die mit schlechter Wasser-, Sanitär- und Hygieneversorgung in Verbindung gebracht wurden. (vgl. Global Health Watch (2005), S.208) Eine wesentliche Forderung des PHC- Konzeptes ist somit die Befriedigung der Grundbedürfnisse der Bevölkerung nach ausreichend Nahrung, sauberem Wasser, verbesserter Hygiene, Wohnung und Bildung.

Die Tabellen 2 und 3 stellen temporäre und regionale Unterschiede der Abdeckung der Primärbedürfnisse dar. Im Folgenden wird zunächst auf die Ernährungssicherheit Bezug genommen und anschließend auf die Trinkwasser- und Sanitärversorgung.

**Tab. 2: Befriedigung der Primärbedürfnisse im Zeitablauf**

alle Angaben in %	Untergewicht Kleinkinder	Untergewicht Neugeborener	Trinkwasserzugang (städtisch / ländlich)	Sanitärversorgung (städtisch / ländlich)
Global 1980	-	-	52 <sup>a</sup>	24 <sup>a</sup>
Global 1990*	31 <sup>b</sup> (1995)	17 <sup>a</sup>	75 <sup>a</sup>	71 <sup>a</sup>
Global 2000*	27 <sup>c</sup> (2002)	16	82 <sup>c</sup>	60 <sup>c</sup>
Global 2004*	17,8 (2005)	-	95 / 73	80 / 39

(<sup>a</sup> WHO 95; S.77/78 <sup>b</sup> WHO 98; S.132 <sup>c</sup> WHO 02; S.68 \* abweichende Jahreszahlen sind ausgewiesen)

**Tab. 3: Regionale Unterschiede in der Befriedigung der Primärbedürfnisse**

alle Angaben in %	Untergewicht Kleinkinder (2005)	Untergewicht Neugeborener (2000/2002)	Trinkwasserzugang (städtisch / ländlich) (2004)	Sanitärversorgung (städtisch / ländlich) (2004)
Global	17,8	16	95 / 73	80 / 39
Afrikanische Region	23,1	14	82 / 42	57 / 30
Region der Amerikaner	4,9	9	98 / 82	91 / 66
Südostasiatische Region	33,3	26	92 / 81	64 / 31
Europäische Region	-	8	99 / 86	96 / 77
Östliche Mittelmeerregion	15,1	17	94 / 77	88 / 43
Westliche Pazifikregion	6,2	8	94 / 69	76 / 34

(WHO (2007), S.54f.)

Aus der Tabelle 2 wird ersichtlich, dass der prozentuale Anteil untergewichtiger Kleinkinder und Neugeborener weltweit in den letzten Jahren leicht gesunken ist. Obwohl die Nahrungsmittelproduktion sich in den letzten 4 Jahrzehnten verdoppelt hat, (vgl. Global Health Watch (2005), S.226) kommt der Großteil der

Nahrungsmittelproduktion vorwiegend den reicheren Ländern zu Gute. Während sich der Anteil fettleibiger Menschen in den wohlhabenderen Regionen der Erde seit 1980 teilweise mehr als verdreifacht hat, (vgl. WHO (2002), S.60) stieg die Anzahl unterernährter Menschen in den späten Neunzigern sogar an. (vgl. Global Health Watch (2005), S.226) Diese ungleiche Verteilung der Nahrungsmittel spiegelt sich auch in den Daten von Tabelle 3 wieder. Die Ziele des Welternährungsgipfels, die Anzahl mangelernährter Menschen zwischen 1990 und 2015 um die Hälfte zu senken, werden voraussichtlich verfehlt werden. (BMZ (2002), S.5)

Obwohl aus Tabelle 2 hervorgeht, dass die Trinkwasser- und Sanitärversorgung in den vergangenen Jahrzehnten stark ausgebaut wurde, hatten 2003 über 1,2 Milliarden Menschen keinen Zugang zu sauberem Wasser. Ganze 4 Milliarden waren nicht an eine geordnete Abwasserentsorgung angeschlossen. (vgl. Socialwatch (2004), S.58) Die Entwicklung fiel in den letzten Jahren schwächer aus als erhofft, so dass das Millenniums-Entwicklungsziel, den Teil der Bevölkerung ohne Zugang zu sicherem Trinkwasser und sanitären Anlagen bis 2015 zu halbieren, nach den bisherigen Tendenzen um 600 Millionen Menschen verfehlt werden wird. (vgl. UNITED NATIONS (2007), S.25) Die Privatisierung des Wassersektors hat dazu geführt, dass viele Bürger in Entwicklungsländern einen Großteil ihres Einkommens für Wasser aufwenden müssen. (vgl. Global Health Watch (2005), S. 209f.) Zudem zeigt Tabelle 3, dass immer noch starke Unterschiede zwischen den Städten und den ländlichen Gegenden bestehen.

Die Einschulungsquoten sind in den letzten 30 Jahren deutlich gestiegen. So erhöhte sich die Anzahl der Grundschüler nach Angaben der UNESCO zwischen 1970 und 2000 um 400 Millionen weltweit. (vgl. BMZ (2004), S.8) Die Ergebnisse sind dennoch nicht zufriedenstellend. Das Millenniums-Entwicklungsziel, allen Kindern bis 2015 eine Basisschulbildung bieten zu können, kann nur mit erhöhten Anstrengungen noch erreicht werden. Nach wie vor sind Mädchen gegenüber ihren männlichen Altersgenossen benachteiligt und auch die Versorgung der ländlichen Gebiete weicht stark von den städtischen ab. (vgl. UNITED NATIONS (2007), S.11)

Es bleibt festzuhalten, dass in der Basisversorgung der Bevölkerung seit der Alma Ata-Konferenz große Fortschritte gemacht wurden, dennoch hat sich die Entwicklung in den meisten Bereichen im letzten Jahrzehnt verlangsamt. Das Erreichen insbesondere der

Millenniums-Entwicklungsziele gilt als unwahrscheinlich. Zudem ist die Nachhaltigkeit der Versorgung in der Zukunft stark gefährdet. Der Klimawandel (vgl. BMZ (2002), S.6) und das immense Bevölkerungswachstum in den afrikanischen Staaten südlich der Sahara sind nur einige zahlreicher Herausforderungen, denen sich die zukünftige Nahrungs- und Trinkwasserversorgung stellen muss. (vgl. Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2007), S.5)

### ***3.1.2. Ortsspezifische präventive Maßnahmen***

Die WHO zählt zur ersten Basisforderung des Primary Health Care – Konzeptes neben der Abmilderung armutsbedingter Mängel auch die Bestimmung und Verhütung regionalspezifischer Gesundheitsprobleme. (vgl. Medico International (2007), S.1) Einen herausgehobenen Stellenwert haben Impfungen als Präventionsmöglichkeit. Ihre Effektivität muss jedoch im Zusammenhang mit den allgemeinen Lebensbedingungen betrachtet werden. Sind die sozioökonomischen Bedingungen unbefriedigend, führen Impfprogramme zwar zu sinkenden Morbiditätsraten einzelner Krankheiten, die Gesamtsterblichkeit aber bleibt konstant. Die Menschen sterben lediglich an anderen Krankheiten. Impfungen entfalten demnach nur dann ihren maximalen Nutzen, wenn sie mit einer allgemeinen Steigerung der Lebensbedingungen einhergehen. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a.(1996), S.246f.)

Die weltweite Immunisierungsabdeckung hat sich seit der Alma Ata-Konferenz stark verbessert. Im Jahr 1974 rief die WHO das „Expanded Programme on Immunization“ (EPI) ins Leben, mit dem Ziel alle Kinder weltweit bis 1990 gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern und Tuberkulose zu impfen. 1974 waren nur etwa 5% aller Kinder gegen diese Krankheiten geimpft, 1995 hingegen über 80%. (vgl. WHO (1998), S.49 / Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.245) Heute ist EPI Teil des „Global Programme for Vaccines and Immunization“ (GPV), ein Gemeinschaftsprojekt mehrerer internationaler Organisationen. In einzelnen Entwicklungsländern existieren zusätzlich separate Impfprogramme. Sie unterliegen zwar der regionalen Leitung richten sich aber stark nach den Empfehlungen der WHO. Die Finanzierung der Immunisierung erfolgt im zunehmenden Maße aus den nationalen Gesundheitsbudgets. (vgl. Diesfeld H.J. u.a. (1996), S.245)

Wie Tabelle 4 anhand der Masernimmunisierung, der DTP-3 und der HepB3 zeigt, existierten auch im Jahr 2005 noch starke regionale Differenzen in der Immunisierungsabdeckung. Während in Afrika und Südostasien weniger als 70% der



Kleinkinder innerhalb des ersten Lebensjahres gegen Masern, Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten geimpft wurden, waren es in Amerika und Europa über 90%. Die Hepatitisimmunisierung zeigt eine parallele Entwicklung auf. Weltweit wurden gut die Hälfte der Kinder während des ersten Lebensjahres gegen Hepatitis geimpft. Afrika und Südostasien hängen auch hier weit hinter den Industrienationen zurück.

**Tab. 4: Regionale Unterschiede in der Impfabdeckung**

alle Angaben in % (2005)	Impfung der Kleinkinder während des ersten Lebensjahres		
	Masern	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten	Hepatitis B (alle 3 Impfungen)
Global	77	78	55
Afrikanische Region	65	67	39
Region der Amerikaner	92	92	85
Südostasiatische Region	65	66	27
Europäische Region	93	95	76
Östliche Mittelmeerregion	82	82	74
Westliche Pazifikregion	87	87	76

(WHO (2007), S.44)

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Impfprogramme trotz der regionalen Differenzen große Erfolge zu verzeichnen haben. Einer der größten Erfolge der Immunisierung wurde bereits vor der Alma Ata-Konferenz erzielt – die Pockenausrottung. Der letzte bekannte Fall einer Pockeninfektion wurde 1977 registriert. (vgl. WHO (1998), S.10) Aktuelle Erfolge erzielen die Impfprogramme vor allem bei der Bekämpfung von Masern. Die Sterbefälle, welche Masern als Todesursache verzeichneten, sanken zwischen 2000 und 2005 um über 60%. (vgl. UNITED NATIONS (2007), S.5) Die Ausgaben für Präventionsmedizin als Ganzes fallen in den meisten Entwicklungsländern jedoch deutlich niedriger aus als empfohlen. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.185)

### **3.2. Partizipation der Bevölkerung**

Die zweite Basisforderung des PHC-Konzeptes hebt die Bedeutung der Einbeziehung der Gemeinde, für die Erkennung von Gesundheitsproblemen und die Entwicklung von Lösungsansätzen, hervor. Den Menschen wird das Recht zugesprochen und die Pflicht auferlegt, als Einzelner und in der Gemeinschaft an der Planung und Umsetzung der Gesundheitspflege mitzuwirken. All zu oft wird die Partizipation der Bevölkerung in der Realität jedoch nur auf die Beteiligung an der Finanzierung des Gesundheitssystems beschränkt. (vgl. WHO (2003), S.125)

Die Rezession Anfang der Achtziger Jahre trieb viele Entwicklungsländer, allen voran Mexiko, in eine Schuldenkrise. Die Weltbank und der Internationale Währungsfond gewährten Kredite an die die Bedingung geknüpft war, Strukturanpassungsmaßnahmen durchzuführen. (vgl. Global Health Watch (2005), S.23) Diese Maßnahmen schlossen erhebliche Ausgabenkürzungen (vgl. Global Health Watch (2005), S.60) im Sozial-, Gesundheits- und Bildungssektor ein. Dies führte zu massiven Einschnitten im Gesundheitswesen. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.55) Insbesondere die Medikamentenversorgung ländlicher Gebiete war äußerst mangelhaft. (vgl. WHO (1998), S.158) Die Konsequenz war die Verabschiedung der Bamako-Initiative, die die Erhöhung der Arzneimittelpreise vorsah. Der Aufschlag sollte der Anteilsfinanzierung von Betriebs- und Wiederbeschaffungskosten der Medikamentenversorgung dienen, sowie die bessere Abdeckung mit Gesundheitsleistungen in abgelegenen, ländlichen Gebieten sichern. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.55) Die Verfügbarkeit von Medikamenten hat sich daraufhin in Afrika verbessert, dennoch sie nach wie vor unzureichend. (vgl. WHO (1998), S.159) Die finanzielle Partizipation der Bevölkerung kann zum zweiseitigen Schwert werden. Sie muss sozial verträglich festgelegt sein, sonst bewirkt sie den Ausschluss der Armen von der Gesundheitsfürsorge. In den meisten Fällen hat sich die Einführung von Patientengebühren negativ auf die Gerechtigkeit ausgewirkt, da eine einkommensabhängige Gebührenzahlung an der mangelnden Überprüfbarkeit der Bedürftigkeit scheiterte. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.151ff.) Viele Organisationen, wie die Global Health Watch , kritisieren daher Patientengebühren. (vgl. Global Health Watch (2005), S.61ff.)

Die Beteiligung der Bevölkerung an gesundheitsrelevanten Entscheidungsprozessen wird hingegen allgemein als positiv betrachtet. Um sie zu erreichen, bedarf es der Überwindung zahlreicher Hindernisse. Besonders in ländlichen Gebieten besteht die Gefahr der Dominanz einflussreicher, wohlhabender gegenüber ärmeren Gruppen. (vgl. WHO (2003), S. 127) Eine weitere Barriere stellt die ungleiche Stellung von Mann und Frau dar. Auch heute noch gibt es keine Gesellschaft, in der für beide Geschlechter Chancengleichheit herrscht. Frauen werden im Bildungsbereich und in der Arbeitswelt benachteiligt. (vgl. BMZ (o.J.), S.8) In den Entwicklungsländern nehmen sie oft auch innerhalb der Familie eine untergeordnete Stellung ein. In den afrikanischen Staaten südlich der Sahara entscheidet laut einer Studie des International Food Policy Research Instituts, in bis zu Dreiviertel der Haushalte der Mann über die Gesundheitsversorgung der Frau. Wenn mehr Frauen eine eigene Entscheidungskompetenz zugesprochen

werden würde, wäre auch vielen Kindern geholfen, denn Frauen stellen eigene Bedürfnisse zu Gunsten der Versorgung der Familie oft zurück. (vgl. UNICEF (2007), S.3) Auch im Gesundheitswesen selbst sind Frauen in den leitenden Positionen untervertreten, während sie einen Großteil der einfachen Angestellten stellen. In der Folge werden Geschlechter- und Lebenszyklusfragen in der Arbeitskraftpolitik nicht berücksichtigt, was eine effiziente und effektive Entwicklung des Gesundheitssystems gefährdet. (vgl. WHO (2003), S.111)

Angesichts der weitverbreiteten Unterdrückung von Frauen kann von einer Beteiligung der ganzen Bevölkerung im Gesundheitssystem nicht die Rede sein. Viele Länder setzen sich aber zunehmend für die Partizipation der Bevölkerung ein, unter ihnen Bahrain, Ägypten, Oman und der Sudan. Auch Indien, Myanmar, Nepal und Thailand bemühen sich um Gemeindebeteiligung im Gesundheitswesen. (vgl. WHO (1998), S.152)

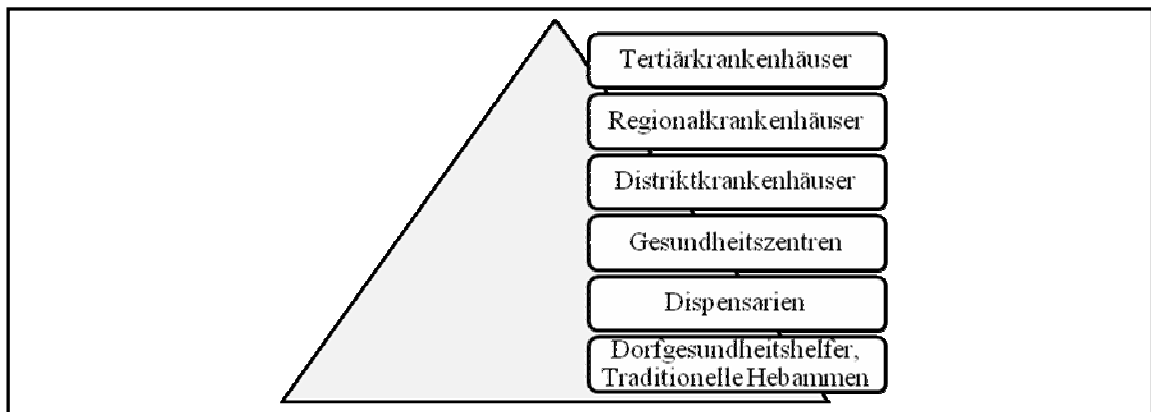
### **3.3 Umstrukturierung des Gesundheitssystems von der Basis zur Spitze**

Ein Großteil der Entwicklungsländer litt zu Zeiten der Alma Ata-Deklaration unter zentral organisierten Gesundheitssystemen. Nachteil dieser Organisationsform ist die ineffiziente Verwaltung und fehlende „Nachfragerorientierung“. Besonders in ländlichen Gebieten war die Gesundheitsversorgung mangelhaft. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a.(1996), S. 311) Um das Gesundheitssystem den Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen, fordert PHC die Umstrukturierung von der Basis zur Spitze. Das Gesundheitswesen soll die Versorgung der Masse der Bevölkerung gewährleisten. Durch den Abbau hochtechnologisierter Krankenhäuser in den Ballungsgebieten, welche vorwiegend den Eliten zu Gute kommen, werden Ressourcen freigesetzt, die in den Ausbau der Gesundheitsdienste auf Dorfebene gesteckt werden können. (vgl. Medico International (2007) )

Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems am Beispiel Tansanias. Die Pyramidenform verdeutlicht den Stellenwert der Ebenen. Je näher die Ebenen der Spitze sind, desto breiter das Einzugsgebiet und Leistungsspektrum der Institution. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.90ff.) Dorfgesundheitshelfer, Hebammen, Dispensarien, Gesundheitszentren und das Distriktkrankenhaus bilden zusammen die erste Ebene des Gesundheitssystems, den Gesundheitsdistrikt. Der Gesundheitsdistrikt bezeichnet eine personell und räumlich abgegrenzte Zielgruppe, die als gesundheitspolitische Verwaltungseinheit fungiert. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.

313ff.) Auf die Distriktebene folgen die sekundäre Versorgungsebene, repräsentiert durch die Regionalkrankenhäuser, und die tertiäre Versorgungsebene in Form der Tertiärkrankenhäuser. (vgl. Diesfeld, H.J. (1989), S.97-99)

**Abb. 1: Gesundheitspyramide Tansanias**



(Fleßa, S. (2002), S.89)

Da die hochtechnologisierten Krankenhäuser der sekundären und tertiären Ebene die Basisversorgung der Bevölkerung in Entwicklungsländern nicht gewährleisten können, fordert das PHC-Konzept deren Abbau oder Privatisierung zu Gunsten des Ausbaus der Services auf Distriktebene. (vgl. Medico International (2007) ) Die stärkere Gewichtung der untersten Ebene im Gesundheitssystem fordert PHC auch in Bezug auf die Personalstruktur. Primary Health-Arbeiter, wie Dorfgesundheitshelfer und traditionelle Hebammen, sind die bevölkerungsnahsten Vertreter des Gesundheitswesens und somit die zentrale Kraft des Gesundheitssystems. (vgl. WHO (1998), S.141)

Die Erfolge bei der Umsetzung der dritten Basisforderung des PHC-Konzeptes sind weltweit sehr unterschiedlich ausgefallen. Die stärksten Verbesserungen verzeichnet Südostasien. Der Region gelang es die absolute und relative Anzahl des traditionellen Gesundheitspersonals, sowie der alternativen Gesundheitsarbeiter zu steigern, die Ausbildung von Community Health- Arbeitern zu verstärken, sowie die Lehrpläne an die veränderten Bedingungen der Gesundheitsservices anzupassen. Auch in der Krankenhausstruktur hat sich das PHC-Konzept in Südostasien durchgesetzt. Insbesondere die Infrastruktur auf der ersten Versorgungsebene konnte ausgebaut werden. Aufgrund des starken Bevölkerungswachstums bestehen weiterhin starke Defizite in der Gesundheitsversorgung und Probleme, die Infrastruktur aufrecht zu erhalten. (vgl. WHO (2006), S.XVIII)

Auf dem amerikanischen Kontinent stellt sich die Entwicklung deutlich schlechter dar. Die Infrastrukturentwicklung stagniert, da die Budgets der Gesundheitsministerien zu niedrig sind und das Land auf der Ausbildung hochqualifizierter Arbeitskräfte beharrt. Primary Health Care, Gesundheitsmanagement und -politik wurden aus den Lehrplänen der amerikanischen Hochschulen ausgeklammert. (vgl. WHO (1998), S.148ff.)

Noch schlechter ist die Situation in Afrika. Krankenhäuser verschlingen in dieser Region immer noch den Großteil des Gesundheitsbudgets, zudem herrscht ein starker Mangel an Gesundheitspersonal. (vgl. WHO (1998), S.148ff.) Extreme Unterbezahlung, unkooperatives Management, ungenügende soziale Anerkennung und geringe Karrierechancen (vgl. WHO (2006), S.XVIII) sind Gründe für die Migration der hochqualifizierten Gesundheitsarbeiter. (vgl. WHO (2003), S.112) Beinahe alle Länder leiden unter einer Fehlverteilung, die durch die Konzentration der Gesundheitsservices in den Städten und ländliche Defizite gekennzeichnet ist. (vgl. WHO (2006), S.XVIII)

In Europa verläuft die Umstrukturierung des Gesundheitswesens verhältnismäßig erfolgreich. Es konnten Krankenhäuser abgebaut werden und Fächer, wie general practise und family medicine wurden in die medizinischen Studienpläne aufgenommen. (vgl. WHO (1998), S.148ff.)

Die östlichen Mittelmeerstaaten haben in die Ausbildung von Gesundheitspersonal investiert, besonders die Zahl der Krankenschwestern und Hebammen ist gestiegen. Trotzdem ist die Zusammensetzung des Gesundheitspersonals in vielen Ländern suboptimal. In einigen Staaten gibt es mehr Ärzte als Krankenschwestern. Ein weiteres Problem ist die Konzentration des Gesundheitspersonals in den Städten. Die Regierungen bemühen sich aber, Anreize für die Arbeit in den ländlichen Gebieten zu setzen. Die medizinische Infrastruktur konnte in der jüngeren Vergangenheit ausgebaut werden. Wie im PHC-Konzept vorgeschlagen, erfolgte der Ausbau der unteren Ebene des Gesundheitssystems stärker, als der Ausbau von Sekundär- und Tertiärkrankenhäusern. (vgl. WHO (1998), S.148ff.)

In der Gegend des Westpazifiks ist die Schlüsselstrategie zum Ausbau des Gesundheitswesens die Weiterbildung des Personals. In China, Kambodscha, auf den Philippinen und den Kiribatiinseln wird der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals starke Bedeutung beigemessen. (vgl. WHO (1998), S.149)

Trotz der erzielten Fortschritte in einigen Regionen der Erde, ist der Ausbau der Basis des Gesundheitswesens weltweit weiter ungenügend. Die Ausgaben für Krankenhäuser

sind in den meisten Entwicklungsländern nach wie vor zu hoch. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.196) Aktuell zeichnet sich in den Entwicklungsländern zudem der Trend ab, das medizinische Hochschulwesen zu fördern, statt in die Ausbildung alternativer Hilfsberufe zu investieren. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.206f.) Dieses Verhalten behindert die Dezentralisierung der Gesundheitsdienste. Das größte Hindernis für den Ausbau der Basisgesundheitsversorgung, liegt aber im allgemeinen Personalmangel des Gesundheitswesens.

Tabelle 5 zeigt, dass über ein Drittel der Staaten weltweit unter Personalmangel leidet. Mehr als 60% der betroffenen Staaten befinden sich in Afrika. Auch die relative Unterbesetzung trifft Afrika besonders stark, dicht gefolgt von der westlichen Pazifikregion. Doch selbst Amerika, die Region, die den geringsten prozentualen Mangel aufweist, hat einen zusätzlichen Bedarf von 40%.

**Tab. 5: geschätzter Mangel an Ärzten, Krankenschwestern und Hebammen**

	Anzahl der Länder		Länder mit einem Mangel an Gesundheitspersonal		
	alle Länder	Länder mit Personalmangel	gesamtes Personal	geschätzter Mangel	benötigtes Personal (%)
Global	192	57	3.355.728	2.358.470	70
Afrikanische Region	46	36	590.198	817.992	139
Region der Amerikaner	35	5	93.603	37.886	40
Südostasiatische Region	11	6	2.332.054	1.164.001	50
Europäische Region	52	0	-	-	-
Östliche Mittelmeerregion	21	7	312.613	306.031	98
Westliche Pazifikregion	27	3	27.260	32.560	119

(WHO (2006), S.13)

Die Arbeitskraftdichte ist weltweit zu gering um die Abdeckung der Bevölkerung mit den Basisgesundheitsdienstleistungen sicher zu stellen. Insbesondere die Versorgung der ländlichen Gebiete ist gefährdet. (vgl. WHO (2006), S.XVIII)

#### **4. VERGLEICH VON ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT**

##### **4.1. „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“**

Im Kontext der Kampagne „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, wurde Gesundheit anhand der Indikatoren, Lebenserwartung bei Geburt, Neugeborenen- und Kindersterblichkeitsrate festgemacht. Die Zielvorgaben aller Länder für das Jahr 2000 waren, eine durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt von über 60 Jahren, eine

Säuglingssterblichkeit von weniger als 5% und eine Kindersterblichkeit bis zum 5. Lebensjahr von weniger als 7%. (vgl. WHO (1998), S.7) Die folgende Tabelle gibt den prozentualen Anteil der Weltbevölkerung wieder, die in Ländern leben, welche die jeweiligen Zielkriterien erfüllen.

**Tab. 6: Fortschritte bei der Umsetzung der Ziele von „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ im Zeitablauf**

alle Angaben in %	Teil der Bevölkerung, die in Ländern lebte, die folgende Ziele verwirklichen konnten:		
	Lebenserwartung bei Geburt von über 60 Jahren	Kindersterblichkeit der Unterfünfjährigen unter 7%	Säuglingssterblichkeit unter 5%
Global 1955	32	30	19
Global 1975	60	53	30
Global 1995	86	64	60
Global 2025 (Schätzung)	96	94	94

(WHO (1998), S.7)

Wie Tabelle 6 verdeutlicht, ist der relative Teil der Menschen, deren Heimatstaaten die Ziele von „Health for all“ verwirklichen konnten, zwischen 1975 und 1995 weltweit gestiegen. Der Zeitraum von 1955 und 1975, vor der Implementierung der PHC-Strategie, verzeichnet jedoch ebenso einen deutlichen Anstieg. Die Umsetzung der Ziele in allen Ländern bis zum Jahr 2000 konnte nicht erreicht werden. Aus den World Health Statistics 07 geht hervor, dass mindestens 43 der 194 WHO-Mitgliedsstaaten auch 5 Jahre nach Beginn des neuen Jahrtausends keines der Ziele verwirklichen konnten. (vgl. WHO (2007), S.22ff.)

Historische Gründe für die Mindererfüllung der Vorsätze zum Jahr 2000 waren die Ölkrise 1979 bis 1981. Sie führten zur Rezession in den Industriestaaten und damit zur Krise in den Entwicklungsländern. Besonders Lateinamerika und die afrikanischen Staaten südlich der Sahara hatten mit sinkender Exportnachfrage und einem Preisverfall in den Hauptwirtschaftszweigen zu kämpfen. In vielen Entwicklungsländern kam es zur Stagnation des Wirtschaftswachstums, sinkenden Staatseinnahmen und somit zu Ausgabenkürzungen in der Basisgesundheitsversorgung. (vgl. Global Health Watch (2005), S.59f.)

Als weiterer Grund für die Verfehlung der Gesundheitsziele zur Jahrtausendwende wird die Abkehr vom PHC-Konzept Anfang der Achtziger aufgeführt. PHC ist ein Entwicklungskonzept, das nur langfristig seine volle Wirksamkeit entfalten kann. Kurzfristige Erfolge waren für die Wähler in den ersten Jahren nicht erkennbar. Die von

PHC geforderte Dezentralisation bestärkte zudem die Angst zentralistisch organisierter Regierungen in ihrer Macht geschwächt zu werden. Lösung versprach damals das Selective Primary Health Care-Konzept (vgl. Diesfeld, H.J. (1989), S.127ff.). Dessen vertikaler Ansatz stellt das Pedant zum integrativen Ansatz von PHC dar. Das Konzept beschränkt sich auf Kampagnen gegen einzelne Krankheiten. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.52) Diese reduzieren zwar die Morbiditätsraten der fokussierten Krankheiten, sie bewirkten jedoch keine nachhaltige Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes. (Medico International (2007) ) Seit Ende der Achtziger konnte sich das PHC-Konzept wieder verstärkt durchsetzen. (vgl. Diesfeld, H.J. (1989), S.127ff.)

Aufgrund der inkonsequenten Umsetzung des PHC-Konzeptes in den Anfangsjahren, kann vom Scheitern des Ziels „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ nicht auf die Unwirksamkeit des Konzeptes geschlossen werden. Bis heute konnten die Basisforderungen des PHC-Konzeptes nicht in allen Teilen der Erde vollständig umgesetzt werden. (vgl. Kapitel 4) Zukünftig besteht für die Wirkung somit noch Verbesserungspotential.

#### **4.2 Prinzipielle Wirksamkeit der einzelnen Basisforderungen**

Infektionen sind die häufigste Krankheitsursache in Entwicklungsländern. Aufgrund ihrer hohen Fallsterblichkeit sind sie für den Großteil der Todesfälle in Niedriglohnländern verantwortlich. Infektionskrankheiten können relativ wirksam und kostengünstig eingedämmt werden. Bei niedrigen Gesundheitsbudgets sollten ihrer Bekämpfung die meisten Mittel zugeteilt werden, um die Anzahl der Todesfälle zu minimieren. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.173-176)

Präventivmedizin ist für die Verminderung der Inzidenz übertragbarer Krankheiten wesentlich effektiver als für die chronisch-degenerativer Erkrankungen. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.179) Wie das Beispiel Chinas zeigt, nehmen die Mortalitätsraten chronisch-degenerativer Krankheiten mit steigendem Einkommen der Länder und somit wachsendem Gesundheitsbudgets der Länder zu. (vgl. Barnum, H., Kutzin, J. (1993), S.49) Dennoch führt die vergleichsweise hohe marginale Kosteneffektivität präventiver Maßnahmen (vgl. Barnum, H., Kutzin, J. (1993), S.59ff.) dazu, dass das optimale prozentuale Präventionsbudget, unter der Maßgabe der Minimierung der Sterbefälle, bis zu einem Budget von 75 US\$ sogar noch ansteigt. Die Konzentration auf Präventionsmedizin ist somit nicht nur für Entwicklungsländer, sondern auch für Länder



mittleren Einkommens, effizient. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.180f.) Die erste Basisforderung des PHC-Konzeptes primärpräventive Maßnahmen zu verstärken, erhöht somit die Gesundheit im Sinne der Reduktion von Todesfällen.

Gesundheitsdienstleistungen sollten immer auf der niedrigsten Versorgungsebene angeboten werden, die kompetent genug ist diese durchzuführen. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.188ff.) Die Behandlung auf den höheren Ebenen ist stets kosten- und personalintensiver. (vgl. Diesfeld, H.J. (1989), S.99) Präventionsmaßnahmen und einfache Standardinterventionen, wie die Durchfallbehandlung durch orale Rehydratation, können durch lokale Gesundheitsdienste, wie Dispensarien und Gesundheitszentren, erfolgreich behandelt werden. (vgl. Barnum, H., Kutzin, J. (1993), S.49)

Budget für Präventionen sollte folglich auch der untersten Versorgungsebene zugesprochen werden.

In der Kurativmedizin nimmt die Bedeutung der unteren Versorgungsebenen mit steigendem Gesundheitsbudget ab. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.186ff.) Lineare Optimierungsmodelle empfehlen, unter der Zielsetzung die Morbidität zu senken, ab einem Budget von 5 US\$ pro Kopf, einen Teil des Budgets der sekundären und tertiären Ebene zuzuteilen. Da dieser prozentuale Anteil, selbst bei hohen Bevölkerungszahlen, einem sehr niedrigen absoluten Betrag entspricht, kann davon in der Realität kein Großkrankenhaus betrieben werden. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.194)

Der laut Analyse optimale Anteil der Sekundär- und Tertiärkrankenhäuser am Gesamtbudget kurativer Dienste schwankt stark. Für die Reduktion der Sterbefälle sollte das Budget für die sekundäre und tertiäre Versorgungsebene aber, bei einem Gesundheitsbudget von weniger als 100 US\$ pro Kopf, stets weniger als 50% betragen. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.193) Die Primärprävention wird unter der Maßgabe der Kosteneffizienz fast ausschließlich auf der primären Versorgungsebene geleistet.

Folglich fällt bezogen auf das Budget kurativer Dienste und erst recht hinsichtlich des Gesamtbudgets, der optimale Anteil der primären Versorgungsebene höher aus als der Anteil der höheren Ebenen.

Interpretiert man die Anzahl der Todesfälle als Indikator für Gesundheit, dann bewirkt die Umstrukturierung der Gesundheitssysteme für Länder mit einem Gesundheitsbudget von unter 100 US\$ pro Kopf, die Erhöhung der Gesundheit. Für höhere Gesundheitsbudgets steigt die Kosteneffektivität von Großkrankenhäusern. Sie muss

aber nicht zwangsläufig die Bedeutung der unteren Gesundheitsdienstleistungen übersteigen.

Einen generellen Nachweis der Wirksamkeit der zweiten Basisforderung des PHC-Konzeptes kann diese Arbeit, aufgrund fehlender Vergleichsstudien, nicht leisten. Derartige Analysen müssten zahlreiche Praxisbeispiele für Gemeindepartizipation gegenüberstellen und deren Erfolge auswerten. In der Literatur finden sich jedoch vereinzelt Berichte über Projekte auf Dorfebene die sehr positive Auswirkungen auf die Lebensverhältnisse und die Gesundheit der Gemeinde hatten. Die WHO führt als Beispiel das Dorf Kosha im Sudan an. Dort gelang es mit Unterstützung durch das Basic Development Needs Programm, die Gemeinde aktiv in Entwicklungs- und Gesundheitsfragen einzubeziehen. Dies bewirkte eine wesentliche Verbesserung der sozioökonomischen Bedingungen und der medizinischen Vorsorge und Versorgung der Dorfbewohner. Der Erfolg des Projektes hat fünf Nachbardörfer dazu angespornt, diese Form der Partizipation auch ohne Interventionen durch nationale Programme einzuführen. (vgl. WHO (2003), S.126)

Das PHC-Konzept als Ganzes führt nachweislich zu geringeren Gesundheitskosten, einer niedrigeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und einem verbesserten Gesundheitsstatus. (vgl. WHO (2003), S.108)

## **5. CHANCEN UND GRENZEN DES PHC-KONZEPTES**

---

Auch wenn Primary Health Care in der Vergangenheit nur unzureichend umgesetzt wurde (vgl. Fleßa, S. (2002), S.196), zeigen Modellprojekte wie Kosha, dass eine Umsetzung möglich ist. (vgl. WHO (2003), S.126) Auch die Wirksamkeit des Konzeptes hat sich in der Realität bestätigt. (vgl. WHO (2003), S.108) Die Abkehr vom kurativen krankenhausbasierten Gesundheitssystem setzt finanzielle Reserven frei, die für präventive Maßnahmen und den Ausbau der unteren Versorgungsebene genutzt werden können. Nicht-krankenhausbasierte Interventionen gelten nachweislich als kostenwirksamer und gerechter (vgl. Barnum, H., Kutzin, J. (1993), S.62), da sie einem größeren Teil der Bevölkerung zu Gute kommen. (Medico International (2007) )

Die Nutzung von Rationalisierungsreserven kann auch die Effizienz der Gesundheitssysteme wohlhabender Industriestaaten erhöhen. Die optimale Verteilung der Finanzmittel auf die unterschiedlichen Gesundheitssektoren ist jedoch nicht für alle

Staaten die selbe. „Eine goldene Regel der Ressourcenverteilung existiert nicht.“ (Fleßa, S.(2002), S.182) Das in vielen Industriestaaten Rationalisierungspotential besteht, geht aus einem UNICEF-Bericht hervor, dem zu Folge die Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben nicht zwangsläufig auch die besten Ergebnisse liefern. So schneidet zum Beispiel Deutschland, trotz wesentlich höherer Mittelaufwendungen für die Gesundheit, deutlich schlechter ab, als Schweden und Dänemark. (vgl. Unicef (2007a), S.4)

Obwohl die Rationalisierung von Prozessen, deren Output steigert, sollte nicht vergessen werden, dass auch die Effizienzsteigerung nur eine begrenzte Verbesserung bedingen kann. Ein Großteil der Weltbevölkerung leidet aktuell unter dem zunehmenden Einkommensgefälle sowohl zwischen Entwicklungsländern und Industriestaaten, als auch innerhalb der Länder selbst. (vgl. Global Health Watch (2005), S.4) Um den steigenden Ansprüchen gerecht zu werden, muss PHC konsequent als Entwicklungsstrategie auf allen Ebenen implementiert werden. (Medico International (2007) ) Soziale Mobilität muss gefördert werden, um Entwicklung aus eigener Kraft auch für ärmere Menschen zu ermöglichen.

Die Gesundheitspolitik darf sich nicht damit begnügen, die Symptome von Armut und Krankheit abzumildern, sondern muss deren Ursachen bekämpfen.

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 der 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 (u.a. 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 Gemeinwesen 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 besonders 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 im gleichen 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 Basis nächstmöglichen Ebene stattfinden und von Mitarbeitern ausgeführt werden, die für die jeweils erforderlichen Maßnahmen am besten ausgebildet sind.

## Primary Health Care (PHC) – Anspruch und Wirklichkeit

**PROSEMINAR WS 2007/2008**

**GESUNDHEITSMANAGEMENT**

**PROF. FLEBA, GREIFSWALD**

**LEHRSTUHL FÜR ALLG. BWL UND GESUNDHEITSMANAGEMENT**

## 1.EINLEITUNG

---

Was ist eigentlich aus „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ geworden? Sieben Jahre nach Ablauf der Frist steht die Mehrheit der Deutschen laut einer Studie des Allenbacher Instituts für Demoskopie und des Finanzdienstleisters MLP ihrem Gesundheitssystem skeptisch gegenüber. 84% der Bürger erwarten, dass die Sozialversicherungsbeiträge weiter steigen. 78% der Bevölkerung befürchten gar eine Zwei-Klassen-Medizin, in der nur noch die Besserverdiener sich eine adäquate medizinische Versorgung leisten können. (vgl. Bibliomed (o.J.) ) Länder mittleren und hohen Einkommens kämpfen mit einem unkontrollierten Anstieg der Gesundheitsausgaben, steigender Ineffizienz des Gesundheitswesens und einem wachsenden Vertrauensverlust der Bürger. (vgl. Global Health Watch (2005), S.55) Früher war dies vornehmlich ein Problem der Entwicklungsländer. Heute breitet es sich zunehmend auch in der „alten Welt“ aus. Geburtenrückgänge und die zunehmende Zahl der Rentner belasten die meisten europäischen Sozialsysteme stark. In Amerika macht Michael Moore das marode Gesundheitssystem der USA leinwandtauglich. Angesichts des gestiegenen Bewusstseins für die Gesundheitsprobleme der Welt rückt ein Konzept wieder ins öffentliche Interesse, das längst vergessen schien.

Diese Seminararbeit betrachtet das Primary Health Care (PHC) – Konzept im Kontext von „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“. Zunächst erfolgt im zweiten Kapitel die Einordnung des Konzeptes in den historischen Hintergrund, sowie die Definition und Erläuterung des Ansatzes. Teil der Erläuterung ist die Zerlegung des Konzeptes in seine drei Basisforderungen, deren Umsetzung im dritten Kapitel betrachtet wird. Das vierte Kapitel schließt sich mit der Kernfrage der Arbeit an: „Wird das PHC-Konzept seinem Anspruch gerecht?“ Zunächst wird in diesem Zusammenhang die ursprüngliche Zielsetzung von PHC, „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ zu verwirklichen, betrachtet. Anschließend erfolgt eine Beurteilung der generellen Wirksamkeit der Basisforderungen von PHC. Den Abschluss der Arbeit bildet Kapitel 5 mit der Frage, welche Chancen das Konzept zukünftig auch für Industrieländer bieten könnte.

# **1. DAS PRIMARY HEALTH CARE - KONZEPT**

---

## **2.1. Entstehungsgeschichte**

Ende der Sechziger Jahre des letzten Jahrhunderts waren die Gesundheitssysteme rund um den Globus großen Belastungen ausgesetzt. Der weltweite Ausbau der krankenhausbasierten Gesundheitsversorgung hatte zu einer Kostenexplosion im Gesundheitswesen geführt. Sozialversicherungssysteme waren oft den Besserverdienern vorbehalten. Viele Menschen konnten sich nur ineffektive und minderqualitative Krankenbehandlungen leisten. Die gravierendsten Probleme herrschten in den ärmeren Ländern. Die Gesundheitssysteme Afrikas, Asiens und Lateinamerikas schlossen den Großteil der Bevölkerung aus. Ländliche Gebiete waren vom staatlichen Gesundheitswesen meist vollständig abgeschnitten und konnten selbst die nötigste Grundversorgung nicht gewährleisten. (vgl. WHO 2000, S.13f.)

Im Kontext dieser Entwicklung wurde 1977 mit der World Health Assembly, Gesundheit als grundlegendes Menschenrecht und weltweites soziales Ziel anerkannt, welches essentiell für die Befriedigung der menschlichen Grundbedürfnisse und Lebensqualität aller Menschen ist. Die WHO nahm „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ als Hauptziel in die eigene Verfassung auf. Es sollte allen Menschen ermöglicht werden ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen. (vgl. WHO 1998, S.140)

Ein Jahr später wurde das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ auf der Gemeinschaftskonferenz von WHO und UNICEF in Alma Ata wieder aufgegriffen. Angesichts der Definition von Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, mentalen und sozialen Wohls (vgl. WHO (2006a), Art.1), ein ehrgeiziges Vorhaben, welches mit Hilfe von Primary Health Care (PHC) realisiert werden sollte. (vgl. WHO (2006a), Art.5)

## **2.2. Charakterisierung von PHC**

Das Primary Health Care Konzept bezeichnet eine Entwicklungsstrategie zur Stärkung der Basisgesundheitsversorgung. Die WHO definiert es mit den Worten:

“Primary health care is essential health care based on practical, scientifically sound and socially acceptable methods, and made universally accessible to individuals and families, at a cost they can afford.” (WHO (1998), S.141)



PHC stellt eine Abkehr vom westlichen, stark kurativ ausgerichteten Gesundheitssystem dar mit dem Ziel, Gesundheit für die breite Masse erreichbar und bezahlbar zu machen. (vgl. Medizinische Missionshilfe (o.J.) )

**Tab.1: Die 8 Elemente von Primary Health Care**

<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme</li> <li>2. Nahrungsmittelversorgung und Sicherung der Ernährung</li> <li>3. Trinkwasserversorgung und sanitäre Maßnahmen</li> </ol>	<p>Intersektoraler Bereich (Grundbedürfnisse), primäre Prävention</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>4. Mutter- und Kind-Gesundheitsversorgung einschließlich Familienplanung</li> <li>5. Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten</li> <li>6. Verhütung und Bekämpfung der örtlichen endemischen Krankheiten</li> </ol>	<p>Präventionsmedizin, integriert oder in vertikalen Programmen</p>
<ol style="list-style-type: none"> <li>7. Behandlung gewöhnlicher Erkrankungen und Verletzungen in angemessener Form</li> <li>8. Versorgung mit essentiellen Medikamenten</li> </ol>	<p>Kurative Medizin auf Dorfebene mit Referenzsystem</p>

( Diesfeld, H.J. (1996), S.45 f.)

Das PHC-Konzept, auch Konzept der primären Gesundheitspflege genannt, sieht Gesundheit als Ergebnis medizinischer und vor allem nicht-medizinischer Einflussfaktoren, es stützt sich auf die in Tabelle 1 aufgezählten Elemente. Die acht Elemente verdeutlichen den starken Stellenwert der Prävention. Die im sektoralen Bereich beschriebenen Umweltbedingungen beeinflussen den Gesundheitszustand der Menschen maßgeblich. Mediziner schätzen, dass schlechte Umweltbedingungen für ein Viertel aller vermeidbaren Krankheiten direkt verantwortlich sind. In zwei Drittel der Fälle sind Kinder die Betroffenen. Vor allem Durchfall- und akute Atemwegserkrankungen sind typische Armutskrankheiten. (vgl. WHO 1998, S.123) Die Primärprävention beinhaltet die Sicherung der Grundbedürfnisse und existentielle hygienische Maßnahmen. Gegenüber der kurativen Medizin, die erst eingreift, wenn der Mensch bereits erkrankt ist, verursacht sie weitaus geringere Kosten. Diesfelds Handlungsempfehlungen für den kostengünstigen und effektiven Einsatz der Elemente in einem Entwicklungsland lauteten: „So viel primäre Prävention wie möglich, so viel sekundäre Prävention wie nötig und kurative Medizin wo Prävention nicht möglich ist.“

( Diesfeld, H.J. (2001), S.3)

Die 8 Elemente stellen Minimalforderungen für die Umsetzung von PHC dar. Um dem Anspruch des Konzeptes im vollen Umfang gerecht zu werden, müssen bei deren

Umsetzung 7 Prinzipien (im Anhang aufgeführt) gewahrt werden. Sie lassen sich mit den Schlagworten „soziale Gerechtigkeit, vorbeugende Gesundheitspflege, Teilhabe der Bevölkerung, intersektorale Kooperation, angepasste Technologie“... und ...“Nachhaltigkeit der Maßnahmen“ zusammenfassen. (Diesfeld, H.J. u.a.(1996), S.45f.)

Als essentielle Handlungsaufforderungen ergeben sich somit die Basisforderungen von Primary Health Care:

- (1) Primärprävention durch die Verbesserung sozio-ökonomischer Bedingungen
- (2) Beteiligung der Bevölkerung
- (3) Umstrukturierung des Gesundheitswesens von der Spitze zur Basis

(Medico International (2007) )

Die Verbesserung sozio-ökonomischer Bedingungen beinhaltet die Bekämpfung von Armut und Ungleichheit, sowie deren Folgen. PHC fordert die Befriedigung menschlicher Grundbedürfnisse, ein Mindestmaß an Hygiene und freien Bildungszugang. Zudem fällt unter die erste Basisforderung auch die Bewusstmachung lokaler Gesundheitsprobleme und deren Bekämpfung. (vgl. Medico International (2007) ) Die zweite Basisforderung, nach der Einbindung der Bevölkerung in die Gesundheitspolitik, soll vor allem auf Gemeindeebene erfolgen. Sowohl die Mündigkeit der Bürger, als auch die Entwicklung aus eigener Kraft soll gefördert werden. (vgl. WHO (2006b), S.3) Die geforderte Umstrukturierung des Gesundheitswesens lässt sich wie folgt umschreiben:

„Der größte Teil der die Gesundheit fördernden Interventionen sollte auf der Basis nächstmöglichen Ebene stattfinden und von Mitarbeitern ausgeführt werden, die für die jeweils erforderlichen Maßnahmen am besten geeignet sind.“ (Diesfeld H.J. u.a. (1996), S.46)

### **3. DIE REALISATION DER BASISFORDERUNGEN DES PHC-KONZEPTES**

---

#### **3.1. Primärprävention durch die Verbesserung sozioökonomischer Bedingungen**

##### ***3.1.1. Intersektoraler Bereich***

Armut gilt als Hauptkrankheitsursache. Sie führt zu Mangelernährung und allgemein einer schlechten Abdeckung der Grundbedürfnisse. Dies schwächt das Immunsystem der Betroffenen und macht sie anfällig für Krankheiten. (vgl. Global Health Watch (2005), S.3) Unterernährung ist verantwortlich für 12% aller Todesfälle weltweit und

Untergewicht ist die Ursache der Hälfte aller Todesfälle von Kleinkindern. (vgl. Global Health Watch (2005), S.225) Auch verunreinigtes Wasser, eine unzureichende Fäkalienentsorgung und mangelnde Umwelthygiene zählen zu den Krankheitsursachen, denen vor allem Menschen in ärmeren Gegenden ausgesetzt sind. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.91) Im Jahr 2000 starben schätzungsweise 2.213.000 Menschen an Durchfall und anderen Erkrankungen, die mit schlechter Wasser-, Sanitär- und Hygieneversorgung in Verbindung gebracht wurden. (vgl. Global Health Watch (2005), S.208) Eine wesentliche Forderung des PHC- Konzeptes ist somit die Befriedigung der Grundbedürfnisse der Bevölkerung nach ausreichend Nahrung, sauberem Wasser, verbesserter Hygiene, Wohnung und Bildung.

Die Tabellen 2 und 3 stellen temporäre und regionale Unterschiede der Abdeckung der Primärbedürfnisse dar. Im Folgenden wird zunächst auf die Ernährungssicherheit Bezug genommen und anschließend auf die Trinkwasser- und Sanitärversorgung.

**Tab. 2: Befriedigung der Primärbedürfnisse im Zeitablauf**

alle Angaben in %	Untergewicht Kleinkinder	Untergewicht Neugeborener	Trinkwasserzugang (städtisch / ländlich)	Sanitärversorgung (städtisch / ländlich)
Global 1980	-	-	52 <sup>a</sup>	24 <sup>a</sup>
Global 1990*	31 <sup>b</sup> (1995)	17 <sup>a</sup>	75 <sup>a</sup>	71 <sup>a</sup>
Global 2000*	27 <sup>c</sup> (2002)	16	82 <sup>c</sup>	60 <sup>c</sup>
Global 2004*	17,8 (2005)	-	95 / 73	80 / 39

(<sup>a</sup> WHO 95; S.77/78 <sup>b</sup> WHO 98; S.132 <sup>c</sup> WHO 02; S.68 \* abweichende Jahreszahlen sind ausgewiesen)

**Tab. 3: Regionale Unterschiede in der Befriedigung der Primärbedürfnisse**

alle Angaben in %	Untergewicht Kleinkinder (2005)	Untergewicht Neugeborener (2000/2002)	Trinkwasserzugang (städtisch / ländlich) (2004)	Sanitärversorgung (städtisch / ländlich) (2004)
Global	17,8	16	95 / 73	80 / 39
Afrikanische Region	23,1	14	82 / 42	57 / 30
Region der Amerikaner	4,9	9	98 / 82	91 / 66
Südostasiatische Region	33,3	26	92 / 81	64 / 31
Europäische Region	-	8	99 / 86	96 / 77
Östliche Mittelmeerregion	15,1	17	94 / 77	88 / 43
Westliche Pazifikregion	6,2	8	94 / 69	76 / 34

(WHO (2007), S.54f.)

Aus der Tabelle 2 wird ersichtlich, dass der prozentuale Anteil untergewichtiger Kleinkinder und Neugeborener weltweit in den letzten Jahren leicht gesunken ist. Obwohl die Nahrungsmittelproduktion sich in den letzten 4 Jahrzehnten verdoppelt hat, (vgl. Global Health Watch (2005), S.226) kommt der Großteil der

Nahrungsmittelproduktion vorwiegend den reicheren Ländern zu Gute. Während sich der Anteil fettleibiger Menschen in den wohlhabenderen Regionen der Erde seit 1980 teilweise mehr als verdreifacht hat, (vgl. WHO (2002), S.60) stieg die Anzahl unterernährter Menschen in den späten Neunzigern sogar an. (vgl. Global Health Watch (2005), S.226) Diese ungleiche Verteilung der Nahrungsmittel spiegelt sich auch in den Daten von Tabelle 3 wieder. Die Ziele des Welternährungsgipfels, die Anzahl mangelernährter Menschen zwischen 1990 und 2015 um die Hälfte zu senken, werden voraussichtlich verfehlt werden. (BMZ (2002), S.5)

Obwohl aus Tabelle 2 hervorgeht, dass die Trinkwasser- und Sanitärversorgung in den vergangenen Jahrzehnten stark ausgebaut wurde, hatten 2003 über 1,2 Milliarden Menschen keinen Zugang zu sauberem Wasser. Ganze 4 Milliarden waren nicht an eine geordnete Abwasserentsorgung angeschlossen. (vgl. Socialwatch (2004), S.58) Die Entwicklung fiel in den letzten Jahren schwächer aus als erhofft, so dass das Millenniums-Entwicklungsziel, den Teil der Bevölkerung ohne Zugang zu sicherem Trinkwasser und sanitären Anlagen bis 2015 zu halbieren, nach den bisherigen Tendenzen um 600 Millionen Menschen verfehlt werden wird. (vgl. UNITED NATIONS (2007), S.25) Die Privatisierung des Wassersektors hat dazu geführt, dass viele Bürger in Entwicklungsländern einen Großteil ihres Einkommens für Wasser aufwenden müssen. (vgl. Global Health Watch (2005), S. 209f.) Zudem zeigt Tabelle 3, dass immer noch starke Unterschiede zwischen den Städten und den ländlichen Gegenden bestehen.

Die Einschulungsquoten sind in den letzten 30 Jahren deutlich gestiegen. So erhöhte sich die Anzahl der Grundschüler nach Angaben der UNESCO zwischen 1970 und 2000 um 400 Millionen weltweit. (vgl. BMZ (2004), S.8) Die Ergebnisse sind dennoch nicht zufriedenstellend. Das Millenniums-Entwicklungsziel, allen Kindern bis 2015 eine Basisschulbildung bieten zu können, kann nur mit erhöhten Anstrengungen noch erreicht werden. Nach wie vor sind Mädchen gegenüber ihren männlichen Altersgenossen benachteiligt und auch die Versorgung der ländlichen Gebiete weicht stark von den städtischen ab. (vgl. UNITED NATIONS (2007), S.11)

Es bleibt festzuhalten, dass in der Basisversorgung der Bevölkerung seit der Alma Ata-Konferenz große Fortschritte gemacht wurden, dennoch hat sich die Entwicklung in den meisten Bereichen im letzten Jahrzehnt verlangsamt. Das Erreichen insbesondere der

Millenniums-Entwicklungsziele gilt als unwahrscheinlich. Zudem ist die Nachhaltigkeit der Versorgung in der Zukunft stark gefährdet. Der Klimawandel (vgl. BMZ (2002), S.6) und das immense Bevölkerungswachstum in den afrikanischen Staaten südlich der Sahara sind nur einige zahlreicher Herausforderungen, denen sich die zukünftige Nahrungs- und Trinkwasserversorgung stellen muss. (vgl. Deutsche Stiftung Weltbevölkerung (2007), S.5)

### ***3.1.2. Ortsspezifische präventive Maßnahmen***

Die WHO zählt zur ersten Basisforderung des Primary Health Care – Konzeptes neben der Abmilderung armutsbedingter Mängel auch die Bestimmung und Verhütung regionalspezifischer Gesundheitsprobleme. (vgl. Medico International (2007), S.1) Einen herausgehobenen Stellenwert haben Impfungen als Präventionsmöglichkeit. Ihre Effektivität muss jedoch im Zusammenhang mit den allgemeinen Lebensbedingungen betrachtet werden. Sind die sozioökonomischen Bedingungen unbefriedigend, führen Impfprogramme zwar zu sinkenden Morbiditätsraten einzelner Krankheiten, die Gesamtsterblichkeit aber bleibt konstant. Die Menschen sterben lediglich an anderen Krankheiten. Impfungen entfalten demnach nur dann ihren maximalen Nutzen, wenn sie mit einer allgemeinen Steigerung der Lebensbedingungen einhergehen. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a.(1996), S.246f.)

Die weltweite Immunisierungsabdeckung hat sich seit der Alma Ata-Konferenz stark verbessert. Im Jahr 1974 rief die WHO das „Expanded Programme on Immunization“ (EPI) ins Leben, mit dem Ziel alle Kinder weltweit bis 1990 gegen Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten, spinale Kinderlähmung, Masern und Tuberkulose zu impfen. 1974 waren nur etwa 5% aller Kinder gegen diese Krankheiten geimpft, 1995 hingegen über 80%. (vgl. WHO (1998), S.49 / Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.245) Heute ist EPI Teil des „Global Programme for Vaccines and Immunization“ (GPV), ein Gemeinschaftsprojekt mehrerer internationaler Organisationen. In einzelnen Entwicklungsländern existieren zusätzlich separate Impfprogramme. Sie unterliegen zwar der regionalen Leitung richten sich aber stark nach den Empfehlungen der WHO. Die Finanzierung der Immunisierung erfolgt im zunehmenden Maße aus den nationalen Gesundheitsbudgets. (vgl. Diesfeld H.J. u.a. (1996), S.245)

Wie Tabelle 4 anhand der Masernimmunisierung, der DTP-3 und der HepB3 zeigt, existierten auch im Jahr 2005 noch starke regionale Differenzen in der Immunisierungsabdeckung. Während in Afrika und Südostasien weniger als 70% der

Kleinkinder innerhalb des ersten Lebensjahres gegen Masern, Diphtherie, Tetanus und Keuchhusten geimpft wurden, waren es in Amerika und Europa über 90%. Die Hepatitisimmunisierung zeigt eine parallele Entwicklung auf. Weltweit wurden gut die Hälfte der Kinder während des ersten Lebensjahres gegen Hepatitis geimpft. Afrika und Südostasien hängen auch hier weit hinter den Industrienationen zurück.

**Tab. 4: Regionale Unterschiede in der Impfabdeckung**

alle Angaben in % (2005)	Impfung der Kleinkinder während des ersten Lebensjahres		
	Masern	Diphtherie, Tetanus, Keuchhusten	Hepatitis B (alle 3 Impfungen)
Global	77	78	55
Afrikanische Region	65	67	39
Region der Amerikaner	92	92	85
Südostasiatische Region	65	66	27
Europäische Region	93	95	76
Östliche Mittelmeerregion	82	82	74
Westliche Pazifikregion	87	87	76

(WHO (2007), S.44)

Zusammenfassend ist zu sagen, dass die Impfprogramme trotz der regionalen Differenzen große Erfolge zu verzeichnen haben. Einer der größten Erfolge der Immunisierung wurde bereits vor der Alma Ata-Konferenz erzielt – die Pockenausrottung. Der letzte bekannte Fall einer Pockeninfektion wurde 1977 registriert. (vgl. WHO (1998), S.10) Aktuelle Erfolge erzielen die Impfprogramme vor allem bei der Bekämpfung von Masern. Die Sterbefälle, welche Masern als Todesursache verzeichneten, sanken zwischen 2000 und 2005 um über 60%. (vgl. UNITED NATIONS (2007), S.5) Die Ausgaben für Präventionsmedizin als Ganzes fallen in den meisten Entwicklungsländern jedoch deutlich niedriger aus als empfohlen. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.185)

### **3.2. Partizipation der Bevölkerung**

Die zweite Basisforderung des PHC-Konzeptes hebt die Bedeutung der Einbeziehung der Gemeinde, für die Erkennung von Gesundheitsproblemen und die Entwicklung von Lösungsansätzen, hervor. Den Menschen wird das Recht zugesprochen und die Pflicht auferlegt, als Einzelner und in der Gemeinschaft an der Planung und Umsetzung der Gesundheitspflege mitzuwirken. All zu oft wird die Partizipation der Bevölkerung in der Realität jedoch nur auf die Beteiligung an der Finanzierung des Gesundheitssystems beschränkt. (vgl. WHO (2003), S.125)

Die Rezession Anfang der Achtziger Jahre trieb viele Entwicklungsländer, allen voran Mexiko, in eine Schuldenkrise. Die Weltbank und der Internationale Währungsfond gewährten Kredite an die die Bedingung geknüpft war, Strukturanpassungsmaßnahmen durchzuführen. (vgl. Global Health Watch (2005), S.23) Diese Maßnahmen schlossen erhebliche Ausgabenkürzungen (vgl. Global Health Watch (2005), S.60) im Sozial-, Gesundheits- und Bildungssektor ein. Dies führte zu massiven Einschnitten im Gesundheitswesen. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.55) Insbesondere die Medikamentenversorgung ländlicher Gebiete war äußerst mangelhaft. (vgl. WHO (1998), S.158) Die Konsequenz war die Verabschiedung der Bamako-Initiative, die die Erhöhung der Arzneimittelpreise vorsah. Der Aufschlag sollte der Anteilsfinanzierung von Betriebs- und Wiederbeschaffungskosten der Medikamentenversorgung dienen, sowie die bessere Abdeckung mit Gesundheitsleistungen in abgelegenen, ländlichen Gebieten sichern. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.55) Die Verfügbarkeit von Medikamenten hat sich daraufhin in Afrika verbessert, dennoch sie nach wie vor unzureichend. (vgl. WHO (1998), S.159) Die finanzielle Partizipation der Bevölkerung kann zum zweiseitigen Schwert werden. Sie muss sozial verträglich festgelegt sein, sonst bewirkt sie den Ausschluss der Armen von der Gesundheitsfürsorge. In den meisten Fällen hat sich die Einführung von Patientengebühren negativ auf die Gerechtigkeit ausgewirkt, da eine einkommensabhängige Gebührenzahlung an der mangelnden Überprüfbarkeit der Bedürftigkeit scheiterte. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.151ff.) Viele Organisationen, wie die Global Health Watch , kritisieren daher Patientengebühren. (vgl. Global Health Watch (2005), S.61ff.)

Die Beteiligung der Bevölkerung an gesundheitsrelevanten Entscheidungsprozessen wird hingegen allgemein als positiv betrachtet. Um sie zu erreichen, bedarf es der Überwindung zahlreicher Hindernisse. Besonders in ländlichen Gebieten besteht die Gefahr der Dominanz einflussreicher, wohlhabender gegenüber ärmeren Gruppen. (vgl. WHO (2003), S. 127) Eine weitere Barriere stellt die ungleiche Stellung von Mann und Frau dar. Auch heute noch gibt es keine Gesellschaft, in der für beide Geschlechter Chancengleichheit herrscht. Frauen werden im Bildungsbereich und in der Arbeitswelt benachteiligt. (vgl. BMZ (o.J.), S.8) In den Entwicklungsländern nehmen sie oft auch innerhalb der Familie eine untergeordnete Stellung ein. In den afrikanischen Staaten südlich der Sahara entscheidet laut einer Studie des International Food Policy Research Instituts, in bis zu Dreiviertel der Haushalte der Mann über die Gesundheitsversorgung der Frau. Wenn mehr Frauen eine eigene Entscheidungskompetenz zugesprochen

werden würde, wäre auch vielen Kindern geholfen, denn Frauen stellen eigene Bedürfnisse zu Gunsten der Versorgung der Familie oft zurück. (vgl. UNICEF (2007), S.3) Auch im Gesundheitswesen selbst sind Frauen in den leitenden Positionen untervertreten, während sie einen Großteil der einfachen Angestellten stellen. In der Folge werden Geschlechter- und Lebenszyklusfragen in der Arbeitskraftpolitik nicht berücksichtigt, was eine effiziente und effektive Entwicklung des Gesundheitssystems gefährdet. (vgl. WHO (2003), S.111)

Angesichts der weitverbreiteten Unterdrückung von Frauen kann von einer Beteiligung der ganzen Bevölkerung im Gesundheitssystem nicht die Rede sein. Viele Länder setzen sich aber zunehmend für die Partizipation der Bevölkerung ein, unter ihnen Bahrain, Ägypten, Oman und der Sudan. Auch Indien, Myanmar, Nepal und Thailand bemühen sich um Gemeindebeteiligung im Gesundheitswesen. (vgl. WHO (1998), S.152)

### **3.3 Umstrukturierung des Gesundheitssystems von der Basis zur Spitze**

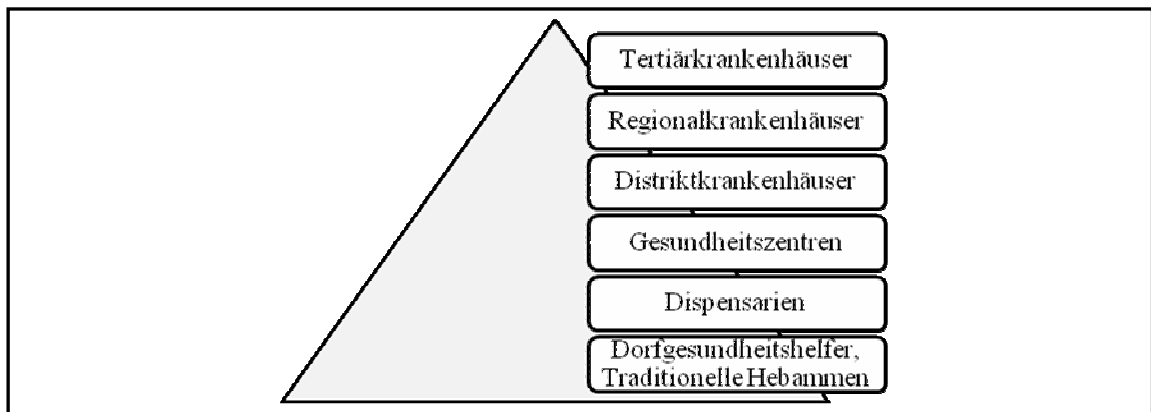
Ein Großteil der Entwicklungsländer litt zu Zeiten der Alma Ata-Deklaration unter zentral organisierten Gesundheitssystemen. Nachteil dieser Organisationsform ist die ineffiziente Verwaltung und fehlende „Nachfragerorientierung“. Besonders in ländlichen Gebieten war die Gesundheitsversorgung mangelhaft. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a.(1996), S. 311) Um das Gesundheitssystem den Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen, fordert PHC die Umstrukturierung von der Basis zur Spitze. Das Gesundheitswesen soll die Versorgung der Masse der Bevölkerung gewährleisten. Durch den Abbau hochtechnologisierter Krankenhäuser in den Ballungsgebieten, welche vorwiegend den Eliten zu Gute kommen, werden Ressourcen freigesetzt, die in den Ausbau der Gesundheitsdienste auf Dorfebene gesteckt werden können. (vgl. Medico International (2007) )

Abbildung 1 zeigt die verschiedenen Ebenen des Gesundheitssystems am Beispiel Tansanias. Die Pyramidenform verdeutlicht den Stellenwert der Ebenen. Je näher die Ebenen der Spitze sind, desto breiter das Einzugsgebiet und Leistungsspektrum der Institution. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.90ff.) Dorfgesundheitshelfer, Hebammen, Dispensarien, Gesundheitszentren und das Distriktkrankenhaus bilden zusammen die erste Ebene des Gesundheitssystems, den Gesundheitsdistrikt. Der Gesundheitsdistrikt bezeichnet eine personell und räumlich abgegrenzte Zielgruppe, die als gesundheitspolitische Verwaltungseinheit fungiert. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.



313ff.) Auf die Distriktebene folgen die sekundäre Versorgungsebene, repräsentiert durch die Regionalkrankenhäuser, und die tertiäre Versorgungsebene in Form der Tertiärkrankenhäuser. (vgl. Diesfeld, H.J. (1989), S.97-99)

**Abb. 1: Gesundheitspyramide Tansanias**



(Fleßa, S. (2002), S.89)

Da die hochtechnologisierten Krankenhäuser der sekundären und tertiären Ebene die Basisversorgung der Bevölkerung in Entwicklungsländern nicht gewährleisten können, fordert das PHC-Konzept deren Abbau oder Privatisierung zu Gunsten des Ausbaus der Services auf Distriktebene. (vgl. Medico International (2007) ) Die stärkere Gewichtung der untersten Ebene im Gesundheitssystem fordert PHC auch in Bezug auf die Personalstruktur. Primary Health-Arbeiter, wie Dorfgesundheitshelfer und traditionelle Hebammen, sind die bevölkerungsnahsten Vertreter des Gesundheitswesens und somit die zentrale Kraft des Gesundheitssystems. (vgl. WHO (1998), S.141)

Die Erfolge bei der Umsetzung der dritten Basisforderung des PHC-Konzeptes sind weltweit sehr unterschiedlich ausgefallen. Die stärksten Verbesserungen verzeichnet Südostasien. Der Region gelang es die absolute und relative Anzahl des traditionellen Gesundheitspersonals, sowie der alternativen Gesundheitsarbeiter zu steigern, die Ausbildung von Community Health- Arbeitern zu verstärken, sowie die Lehrpläne an die veränderten Bedingungen der Gesundheitsservices anzupassen. Auch in der Krankenhausstruktur hat sich das PHC-Konzept in Südostasien durchgesetzt. Insbesondere die Infrastruktur auf der ersten Versorgungsebene konnte ausgebaut werden. Aufgrund des starken Bevölkerungswachstums bestehen weiterhin starke Defizite in der Gesundheitsversorgung und Probleme, die Infrastruktur aufrecht zu erhalten. (vgl. WHO (2006), S.XVIII)

Auf dem amerikanischen Kontinent stellt sich die Entwicklung deutlich schlechter dar. Die Infrastrukturentwicklung stagniert, da die Budgets der Gesundheitsministerien zu niedrig sind und das Land auf der Ausbildung hochqualifizierter Arbeitskräfte beharrt. Primary Health Care, Gesundheitsmanagement und -politik wurden aus den Lehrplänen der amerikanischen Hochschulen ausgeklammert. (vgl. WHO (1998), S.148ff.)

Noch schlechter ist die Situation in Afrika. Krankenhäuser verschlingen in dieser Region immer noch den Großteil des Gesundheitsbudgets, zudem herrscht ein starker Mangel an Gesundheitspersonal. (vgl. WHO (1998), S.148ff.) Extreme Unterbezahlung, unkooperatives Management, ungenügende soziale Anerkennung und geringe Karrierechancen (vgl. WHO (2006), S.XVIII) sind Gründe für die Migration der hochqualifizierten Gesundheitsarbeiter. (vgl. WHO (2003), S.112) Beinahe alle Länder leiden unter einer Fehlverteilung, die durch die Konzentration der Gesundheitsservices in den Städten und ländliche Defizite gekennzeichnet ist. (vgl. WHO (2006), S.XVIII)

In Europa verläuft die Umstrukturierung des Gesundheitswesens verhältnismäßig erfolgreich. Es konnten Krankenhäuser abgebaut werden und Fächer, wie general practise und family medicine wurden in die medizinischen Studienpläne aufgenommen. (vgl. WHO (1998), S.148ff.)

Die östlichen Mittelmeerstaaten haben in die Ausbildung von Gesundheitspersonal investiert, besonders die Zahl der Krankenschwestern und Hebammen ist gestiegen. Trotzdem ist die Zusammensetzung des Gesundheitspersonals in vielen Ländern suboptimal. In einigen Staaten gibt es mehr Ärzte als Krankenschwestern. Ein weiteres Problem ist die Konzentration des Gesundheitspersonals in den Städten. Die Regierungen bemühen sich aber, Anreize für die Arbeit in den ländlichen Gebieten zu setzen. Die medizinische Infrastruktur konnte in der jüngeren Vergangenheit ausgebaut werden. Wie im PHC-Konzept vorgeschlagen, erfolgte der Ausbau der unteren Ebene des Gesundheitssystems stärker, als der Ausbau von Sekundär- und Tertiärkrankenhäusern. (vgl. WHO (1998), S.148ff.)

In der Gegend des Westpazifiks ist die Schlüsselstrategie zum Ausbau des Gesundheitswesens die Weiterbildung des Personals. In China, Kambodscha, auf den Philippinen und den Kiribatiinseln wird der Aus- und Weiterbildung des Gesundheitspersonals starke Bedeutung beigemessen. (vgl. WHO (1998), S.149)

Trotz der erzielten Fortschritte in einigen Regionen der Erde, ist der Ausbau der Basis des Gesundheitswesens weltweit weiter ungenügend. Die Ausgaben für Krankenhäuser

sind in den meisten Entwicklungsländern nach wie vor zu hoch. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.196) Aktuell zeichnet sich in den Entwicklungsländern zudem der Trend ab, das medizinische Hochschulwesen zu fördern, statt in die Ausbildung alternativer Hilfsberufe zu investieren. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.206f.) Dieses Verhalten behindert die Dezentralisierung der Gesundheitsdienste. Das größte Hindernis für den Ausbau der Basisgesundheitsversorgung, liegt aber im allgemeinen Personalmangel des Gesundheitswesens.

Tabelle 5 zeigt, dass über ein Drittel der Staaten weltweit unter Personalmangel leidet. Mehr als 60% der betroffenen Staaten befinden sich in Afrika. Auch die relative Unterbesetzung trifft Afrika besonders stark, dicht gefolgt von der westlichen Pazifikregion. Doch selbst Amerika, die Region, die den geringsten prozentualen Mangel aufweist, hat einen zusätzlichen Bedarf von 40%.

**Tab. 5: geschätzter Mangel an Ärzten, Krankenschwestern und Hebammen**

	Anzahl der Länder		Länder mit einem Mangel an Gesundheitspersonal		
	alle Länder	Länder mit Personalmangel	gesamtes Personal	geschätzter Mangel	benötigtes Personal (%)
Global	192	57	3.355.728	2.358.470	70
Afrikanische Region	46	36	590.198	817.992	139
Region der Amerikaner	35	5	93.603	37.886	40
Südostasiatische Region	11	6	2.332.054	1.164.001	50
Europäische Region	52	0	-	-	-
Östliche Mittelmeerregion	21	7	312.613	306.031	98
Westliche Pazifikregion	27	3	27.260	32.560	119

(WHO (2006), S.13)

Die Arbeitskraftdichte ist weltweit zu gering um die Abdeckung der Bevölkerung mit den Basisgesundheitsdienstleistungen sicher zu stellen. Insbesondere die Versorgung der ländlichen Gebiete ist gefährdet. (vgl. WHO (2006), S.XVIII)

#### **4. VERGLEICH VON ANSPRUCH UND WIRKLICHKEIT**

##### **4.1. „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“**

Im Kontext der Kampagne „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, wurde Gesundheit anhand der Indikatoren, Lebenserwartung bei Geburt, Neugeborenen- und Kindersterblichkeitsrate festgemacht. Die Zielvorgaben aller Länder für das Jahr 2000 waren, eine durchschnittliche Lebenserwartung bei Geburt von über 60 Jahren, eine

Säuglingssterblichkeit von weniger als 5% und eine Kindersterblichkeit bis zum 5. Lebensjahr von weniger als 7%. (vgl. WHO (1998), S.7) Die folgende Tabelle gibt den prozentualen Anteil der Weltbevölkerung wieder, die in Ländern leben, welche die jeweiligen Zielkriterien erfüllen.

**Tab. 6: Fortschritte bei der Umsetzung der Ziele von „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ im Zeitablauf**

alle Angaben in %	Teil der Bevölkerung, die in Ländern lebte, die folgende Ziele verwirklichen konnten:		
	Lebenserwartung bei Geburt von über 60 Jahren	Kindersterblichkeit der Unterfünfjährigen unter 7%	Säuglingssterblichkeit unter 5%
Global 1955	32	30	19
Global 1975	60	53	30
Global 1995	86	64	60
Global 2025 (Schätzung)	96	94	94

(WHO (1998), S.7)

Wie Tabelle 6 verdeutlicht, ist der relative Teil der Menschen, deren Heimatstaaten die Ziele von „Health for all“ verwirklichen konnten, zwischen 1975 und 1995 weltweit gestiegen. Der Zeitraum von 1955 und 1975, vor der Implementierung der PHC-Strategie, verzeichnet jedoch ebenso einen deutlichen Anstieg. Die Umsetzung der Ziele in allen Ländern bis zum Jahr 2000 konnte nicht erreicht werden. Aus den World Health Statistics 07 geht hervor, dass mindestens 43 der 194 WHO-Mitgliedsstaaten auch 5 Jahre nach Beginn des neuen Jahrtausends keines der Ziele verwirklichen konnten. (vgl. WHO (2007), S.22ff.)

Historische Gründe für die Mindererfüllung der Vorsätze zum Jahr 2000 waren die Ölkrise 1979 bis 1981. Sie führten zur Rezession in den Industriestaaten und damit zur Krise in den Entwicklungsländern. Besonders Lateinamerika und die afrikanischen Staaten südlich der Sahara hatten mit sinkender Exportnachfrage und einem Preisverfall in den Hauptwirtschaftszweigen zu kämpfen. In vielen Entwicklungsländern kam es zur Stagnation des Wirtschaftswachstums, sinkenden Staatseinnahmen und somit zu Ausgabenkürzungen in der Basisgesundheitsversorgung. (vgl. Global Health Watch (2005), S.59f.)

Als weiterer Grund für die Verfehlung der Gesundheitsziele zur Jahrtausendwende wird die Abkehr vom PHC-Konzept Anfang der Achtziger aufgeführt. PHC ist ein Entwicklungskonzept, das nur langfristig seine volle Wirksamkeit entfalten kann. Kurzfristige Erfolge waren für die Wähler in den ersten Jahren nicht erkennbar. Die von

PHC geforderte Dezentralisation bestärkte zudem die Angst zentralistisch organisierter Regierungen in ihrer Macht geschwächt zu werden. Lösung versprach damals das Selective Primary Health Care-Konzept (vgl. Diesfeld, H.J. (1989), S.127ff.). Dessen vertikaler Ansatz stellt das Pedant zum integrativen Ansatz von PHC dar. Das Konzept beschränkt sich auf Kampagnen gegen einzelne Krankheiten. (vgl. Diesfeld, H.J. u.a. (1996), S.52) Diese reduzieren zwar die Morbiditätsraten der fokussierten Krankheiten, sie bewirkten jedoch keine nachhaltige Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes. (Medico International (2007) ) Seit Ende der Achtziger konnte sich das PHC-Konzept wieder verstärkt durchsetzen. (vgl. Diesfeld, H.J. (1989), S.127ff.)

Aufgrund der inkonsequenten Umsetzung des PHC-Konzeptes in den Anfangsjahren, kann vom Scheitern des Ziels „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ nicht auf die Unwirksamkeit des Konzeptes geschlossen werden. Bis heute konnten die Basisforderungen des PHC-Konzeptes nicht in allen Teilen der Erde vollständig umgesetzt werden. (vgl. Kapitel 4) Zukünftig besteht für die Wirkung somit noch Verbesserungspotential.

#### **4.2 Prinzipielle Wirksamkeit der einzelnen Basisforderungen**

Infektionen sind die häufigste Krankheitsursache in Entwicklungsländern. Aufgrund ihrer hohen Fallsterblichkeit sind sie für den Großteil der Todesfälle in Niedriglohnländern verantwortlich. Infektionskrankheiten können relativ wirksam und kostengünstig eingedämmt werden. Bei niedrigen Gesundheitsbudgets sollten ihrer Bekämpfung die meisten Mittel zugeteilt werden, um die Anzahl der Todesfälle zu minimieren. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.173-176)

Präventivmedizin ist für die Verminderung der Inzidenz übertragbarer Krankheiten wesentlich effektiver als für die chronisch-degenerativer Erkrankungen. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.179) Wie das Beispiel Chinas zeigt, nehmen die Mortalitätsraten chronisch-degenerativer Krankheiten mit steigendem Einkommen der Länder und somit wachsendem Gesundheitsbudgets der Länder zu. (vgl. Barnum, H., Kutzin, J. (1993), S.49) Dennoch führt die vergleichsweise hohe marginale Kosteneffektivität präventiver Maßnahmen (vgl. Barnum, H., Kutzin, J. (1993), S.59ff.) dazu, dass das optimale prozentuale Präventionsbudget, unter der Maßgabe der Minimierung der Sterbefälle, bis zu einem Budget von 75 US\$ sogar noch ansteigt. Die Konzentration auf Präventionsmedizin ist somit nicht nur für Entwicklungsländer, sondern auch für Länder

mittleren Einkommens, effizient. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.180f.) Die erste Basisforderung des PHC-Konzeptes primärpräventive Maßnahmen zu verstärken, erhöht somit die Gesundheit im Sinne der Reduktion von Todesfällen.

Gesundheitsdienstleistungen sollten immer auf der niedrigsten Versorgungsebene angeboten werden, die kompetent genug ist diese durchzuführen. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.188ff.) Die Behandlung auf den höheren Ebenen ist stets kosten- und personalintensiver. (vgl. Diesfeld, H.J. (1989), S.99) Präventionsmaßnahmen und einfache Standardinterventionen, wie die Durchfallbehandlung durch orale Rehydratation, können durch lokale Gesundheitsdienste, wie Dispensarien und Gesundheitszentren, erfolgreich behandelt werden. (vgl. Barnum, H., Kutzin, J. (1993), S.49)

Budget für Präventionen sollte folglich auch der untersten Versorgungsebene zugesprochen werden.

In der Kurativmedizin nimmt die Bedeutung der unteren Versorgungsebenen mit steigendem Gesundheitsbudget ab. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.186ff.) Lineare Optimierungsmodelle empfehlen, unter der Zielsetzung die Morbidität zu senken, ab einem Budget von 5 US\$ pro Kopf, einen Teil des Budgets der sekundären und tertiären Ebene zuzuteilen. Da dieser prozentuale Anteil, selbst bei hohen Bevölkerungszahlen, einem sehr niedrigen absoluten Betrag entspricht, kann davon in der Realität kein Großkrankenhaus betrieben werden. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.194)

Der laut Analyse optimale Anteil der Sekundär- und Tertiärkrankenhäuser am Gesamtbudget kurativer Dienste schwankt stark. Für die Reduktion der Sterbefälle sollte das Budget für die sekundäre und tertiäre Versorgungsebene aber, bei einem Gesundheitsbudget von weniger als 100 US\$ pro Kopf, stets weniger als 50% betragen. (vgl. Fleßa, S. (2002), S.193) Die Primärprävention wird unter der Maßgabe der Kosteneffizienz fast ausschließlich auf der primären Versorgungsebene geleistet.

Folglich fällt bezogen auf das Budget kurativer Dienste und erst recht hinsichtlich des Gesamtbudgets, der optimale Anteil der primären Versorgungsebene höher aus als der Anteil der höheren Ebenen.

Interpretiert man die Anzahl der Todesfälle als Indikator für Gesundheit, dann bewirkt die Umstrukturierung der Gesundheitssysteme für Länder mit einem Gesundheitsbudget von unter 100 US\$ pro Kopf, die Erhöhung der Gesundheit. Für höhere Gesundheitsbudgets steigt die Kosteneffektivität von Großkrankenhäusern. Sie muss

aber nicht zwangsläufig die Bedeutung der unteren Gesundheitsdienstleistungen übersteigen.

Einen generellen Nachweis der Wirksamkeit der zweiten Basisforderung des PHC-Konzeptes kann diese Arbeit, aufgrund fehlender Vergleichsstudien, nicht leisten. Derartige Analysen müssten zahlreiche Praxisbeispiele für Gemeindepartizipation gegenüberstellen und deren Erfolge auswerten. In der Literatur finden sich jedoch vereinzelt Berichte über Projekte auf Dorfebene die sehr positive Auswirkungen auf die Lebensverhältnisse und die Gesundheit der Gemeinde hatten. Die WHO führt als Beispiel das Dorf Kosha im Sudan an. Dort gelang es mit Unterstützung durch das Basic Development Needs Programm, die Gemeinde aktiv in Entwicklungs- und Gesundheitsfragen einzubeziehen. Dies bewirkte eine wesentliche Verbesserung der sozioökonomischen Bedingungen und der medizinischen Vorsorge und Versorgung der Dorfbewohner. Der Erfolg des Projektes hat fünf Nachbardörfer dazu angespornt, diese Form der Partizipation auch ohne Interventionen durch nationale Programme einzuführen. (vgl. WHO (2003), S.126)

Das PHC-Konzept als Ganzes führt nachweislich zu geringeren Gesundheitskosten, einer niedrigeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und einem verbesserten Gesundheitsstatus. (vgl. WHO (2003), S.108)

## **5. CHANCEN UND GRENZEN DES PHC-KONZEPTES**

---

Auch wenn Primary Health Care in der Vergangenheit nur unzureichend umgesetzt wurde (vgl. Fleßa, S. (2002), S.196), zeigen Modellprojekte wie Kosha, dass eine Umsetzung möglich ist. (vgl. WHO (2003), S.126) Auch die Wirksamkeit des Konzeptes hat sich in der Realität bestätigt. (vgl. WHO (2003), S.108) Die Abkehr vom kurativen krankenhausbasierten Gesundheitssystem setzt finanzielle Reserven frei, die für präventive Maßnahmen und den Ausbau der unteren Versorgungsebene genutzt werden können. Nicht-krankenhausbasierte Interventionen gelten nachweislich als kostenwirksamer und gerechter (vgl. Barnum, H., Kutzin, J. (1993), S.62), da sie einem größeren Teil der Bevölkerung zu Gute kommen. (Medico International (2007) )

Die Nutzung von Rationalisierungsreserven kann auch die Effizienz der Gesundheitssysteme wohlhabender Industriestaaten erhöhen. Die optimale Verteilung der Finanzmittel auf die unterschiedlichen Gesundheitssektoren ist jedoch nicht für alle

Staaten die selbe. „Eine goldene Regel der Ressourcenverteilung existiert nicht.“ (Fleßa, S.(2002), S.182) Das in vielen Industriestaaten Rationalisierungspotential besteht, geht aus einem UNICEF-Bericht hervor, dem zu Folge die Länder mit den höchsten Gesundheitsausgaben nicht zwangsläufig auch die besten Ergebnisse liefern. So schneidet zum Beispiel Deutschland, trotz wesentlich höherer Mittelaufwendungen für die Gesundheit, deutlich schlechter ab, als Schweden und Dänemark. (vgl. Unicef (2007a), S.4)

Obwohl die Rationalisierung von Prozessen, deren Output steigert, sollte nicht vergessen werden, dass auch die Effizienzsteigerung nur eine begrenzte Verbesserung bedingen kann. Ein Großteil der Weltbevölkerung leidet aktuell unter dem zunehmenden Einkommensgefälle sowohl zwischen Entwicklungsländern und Industriestaaten, als auch innerhalb der Länder selbst. (vgl. Global Health Watch (2005), S.4) Um den steigenden Ansprüchen gerecht zu werden, muss PHC konsequent als Entwicklungsstrategie auf allen Ebenen implementiert werden. (Medico International (2007) ) Soziale Mobilität muss gefördert werden, um Entwicklung aus eigener Kraft auch für ärmere Menschen zu ermöglichen.

Die Gesundheitspolitik darf sich nicht damit begnügen, die Symptome von Armut und Krankheit abzumildern, sondern muss deren Ursachen bekämpfen.



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 der 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 (u.a. 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 Gemeinwesen 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 besonders 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 im gleichen 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 Basis nächstmöglichen Ebene stattfinden und von Mitarbeitern ausgeführt werden, die für die jeweils erforderlichen Maßnahmen am besten ausgebildet sind.