

## 6. Gesundheit als ein Grundbedürfnis.

### Das Konzept der primären Gesundheitspflege

Gesundheit ist ein Grundbedürfnis aller Menschen. Voraussetzung für jegliche Art von Entwicklung ist eine ausreichende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Das gesundheitliche Wohlbefinden jedes Einzelnen ist Bedingung für die Entfaltung seiner physischen, psychischen und sozialen Leistungsfähigkeit. Gesundheit ist somit Ziel und Voraussetzung für Entwicklung.

Im folgenden wird untersucht, inwiefern im Bereich der Gesundheitsversorgung das *Primary Health Care (PHC)* – Konzept in eine strikt durchgeführte Grundbedürfnisstrategie integriert werden kann. Dieses gesundheitspolitische Konzept wurde 1978 auf der von der WHO (World Health Organization) und UNICEF (United Nations Children’s Fund) organisierten internationalen Konferenz von Alma-Ata beschlossen.<sup>202</sup> Gesundheit wurde hier nicht nur als Abwesenheit von Krankheit definiert, sondern als vollständiges, körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden.<sup>203</sup> „Primary Health Care“ ist keine Grundversorgung zweiter Klasse für die Bedürftigsten einer Gesellschaft. „Primary Health Care is essential health care made universally accessible to individuals and families in the community and at a cost that the community and country can afford ... Primary Health Care addresses the main health problems in the community, providing promotive, preventive, curative and rehabilitative services accordingly. Since these services reflect and evolve from the economic conditions and social values of the country and its communities, they will vary by country and community, but will include at least: proper nutrition and an adequate supply of safe water; basic sanitation; maternal and child care, including family planning; immunization against the major infectious diseases; prevention and control of locally endemic diseases; education concerning prevailing health problems and the methods of preventing and controlling them; and appropriate for common diseases and injuries.“<sup>204</sup>

---

<sup>202</sup> WHO (1978): Primary Health Care. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6.-12. September 1978. Genf.

<sup>203</sup> Ebd. S. 2.

<sup>204</sup> Ebd. S. 34.

Ein wesentliches Ziel des „Primary Health Care“ - Konzeptes ist es, Gesundheit wieder mehr in die Verantwortung aller zu geben. Zur Realisierung der gesteckten Ziele einigte man sich auf folgende Elemente und Grundsätze:<sup>205</sup>

**Tabelle 5**

**Die 8 Elemente von Primary Health Care**

1.	Erziehung zur Erkennung, Vorbeugung und Bekämpfung der örtlich vorherrschenden Gesundheitsprobleme	intersektoraler Bereich (Grundbedürfnisse), primäre Prävention
2.	Nahrungsmittelversorgung und Sicherung der Ernährung	
3.	Trinkwasserversorgung und sanitäre Maßnahmen	
4.	Mutter- und Kind-Gesundheitsversorgung einschließlich Familienplanung	Präventivmedizin, integriert oder in vertikalen Programmen
5.	Impfungen gegen die vorherrschenden Infektionskrankheiten	
6.	Verhütung und Bekämpfung der örtlichen endemischen Krankheiten	
7.	Behandlung gewöhnlicher Erkrankungen und Verletzungen in angemessener Form	kurative Medizin auf Dorfebene mit Referenzsystem
8.	Versorgung mit essentiellen Medikamenten	

**Die 7 Prinzipien des Primary Health Care – Konzeptes**

**1. Orientierung am Lebensstil und den Bedürfnissen der Bevölkerung**

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. Integration in den nationalen Gesundheitsdienst**

Die Primäre Gesundheitspflege soll integraler Bestandteil des nationalen Gesundheitssystems sein. Die erweiterte Untergliederung der Dienste sollte den Notwendigkeiten entsprechen, die sich an der Basis ergeben; dies betrifft

<sup>205</sup> Die Angaben zu den acht Elementen und sieben Grundsätze sind entnommen aus Diesfeld, H.J. et al. (Hg.) (1996): Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern. Medizinisches Handeln aus bevölkerungsbezogener Perspektive. Berlin et al. S. 45 f. Vgl. auch WHO (1978), S. 4 ff. „Primary Health Care“ wird bei Diesfeld (1989) mit „primärer Gesundheitspflege“ übersetzt. Im folgenden werden beide Begriffe analog verwandt.

insbesondere die Verfügbarkeit technischer Möglichkeiten sowie die Aufgaben der Supervision und Beratung.

### **3. Einbeziehung anderer gesundheitsrelevanter Sektoren**

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. Partizipation der Bevölkerung an der Suche nach Problemlösungen**

Die Bevölkerung vor Ort sollte sowohl an der Formulierung der Aufgaben als auch an den Bemühungen um die Problemlösung im Gesundheitsbereich aktiv beteiligt werden, so daß Gesundheitsversorgung den jeweiligen örtlichen Bedürfnissen und Prioritäten gerecht werden kann. Entscheidungen darüber, welches die Bedürfnisse des Gemeinwesens sind, die einer Lösung bedürfen, sollten sich auf den selbständigen Dialog zwischen der Bevölkerung und den Mitarbeitern der Gesundheitsdienste gründen.

### **5. Nutzung lokaler Ressourcen und Berücksichtigung der begrenzten finanziellen Mittel**

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. Integration und Koordination präventiver, kurativer, rehabilitativer und der Gesundheitsförderung dienender Maßnahmen**

Primäre Gesundheitspflege sollte sich um einen Ansatz bemühen, in dem präventive und kurative Maßnahmen ebenso wie der Rehabilitation und der Gesundheitsförderung dienende Programme gleichzeitig und in gleichem Umfang aus- und aufgebaut werden, und zwar zugleich im Blick auf Individuum, Familie und Gemeinwesen. Das Verhältnis, in dem diese einzelnen Dienste zueinander stehen, sollte sich je nach den Bedürfnissen des Gemeinwesens einpendeln, dabei mag es im Laufe der Zeit durchaus Veränderungen geben.

## 7. Dezentralisierung der Dienste

Der größte Teil der die Gesundheit fördernden Interventionen sollte auf der Basis der nächst möglichen Ebene stattfinden und von Mitarbeitern ausgeführt werden, die für die jeweils erforderlichen Maßnahmen am besten ausgebildet sind.

Die sieben Prinzipien verdeutlichen, daß es sich bei dem PHC-Konzept nicht um ein Gesundheitsprogramm, sondern um eine gesundheitspolitische Entwicklungsstrategie handelt.

Ein wesentlicher Bestandteil der PHC-Strategie war die Einbindung der „Community Health Worker“, die, nach entsprechendem Training und Ausbildung, auf die Gesundheitsbedürfnisse vor Ort schnell und kostengünstig reagieren können.<sup>206</sup> Weiterhin sollte damit die zunehmende Konzentration von medizinischen Ressourcen (Krankenhäuser, medizinische Ausstattung, gut ausgebildetes medizinisches Personal) in städtischen Gebieten unterbunden werden. Während auf der einen Seite eine Konzentration in den Ballungszentren stattfand, so hatten viele benachteiligte Gruppen in ländlichen Gebieten und in städtischen Slums überhaupt keinen Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung. Durch die „Community Health Worker“ sollte ein ständiger Dialog zwischen Gesundheitsarbeitern und anderen Gemeindemitgliedern stattfinden. Dadurch können sie die Situation und die Bedürfnisse der Bevölkerung besser verstehen und entsprechend reagieren. Gleichzeitig sollte die Bevölkerung nicht nur in die Lage versetzt werden, ihre Gesundheitsbedürfnisse zu identifizieren, sondern auch aktiv an der Planung und Implementierung der PHC-Strategie teilnehmen (viertes Prinzip des PHC-Konzepts), damit sie erkennen, daß Gesundheit nicht nur ein Recht, sondern auch die Pflicht aller ist<sup>207</sup>.

Nach fast 20 Jahren Erfahrung mit der Implementierung und Integrierung des „Primary Health Care“ – Konzepts in nationale Gesundheitsprogramme kann auf unterschiedliche Erfolge und Mißerfolge zurückgeblickt werden.<sup>208</sup> Als Ziel wurde die Verbesserung des Gesundheitszustands der gesamten Weltbevölkerung

---

<sup>206</sup> WHO (1978) a.a.O. S. 35.

<sup>207</sup> ebd. S. 51.

<sup>208</sup> Zu den Problemen bei der Implementierung des PHC-Konzepts vgl. nächstes Kapitel.

bis zum Jahr 2000 genannt. Der Gesundheitszustand soll bis zum Jahr 2000 ein Niveau erreichen, das es allen Menschen erlaubt, ein gesellschaftlich und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.<sup>209</sup> Unter dem Namen „Gesundheit für alle (Health for All, HFA) bis zum Jahr 2000“ wurde eine neue Strategie entworfen, die mit Hilfe des PHC-Konzepts verwirklicht werden sollte. Trotz großer Fortschritte bei der Bekämpfung von Krankheiten und Anstieg des Lebensalters kann konstatiert werden, daß wir von dem Ziel noch weit entfernt sind. Nachfolgend sollen nur drei Indikatoren genannt werden, die stellvertretend über die Verbesserung der Gesundheitssituation in den letzten 20 Jahren Auskunft geben sollen.

**Tabelle 6: Fortschritte bei der Zielverwirklichung der globalen Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“, bezogen auf alle Länder**

	1975 in %	1995 in %
Lebenserwartung bei der Geburt Ziel: über 60 Jahre	60	86
Säuglingssterblichkeit Ziel: unter 50 pro 1000 Lebendgeburten	30	60
Kindersterblichkeit (unter 5 Jahre) Ziel: unter 70 pro 1000 Lebendgeburten	53	64

Quelle: WHO (1998): The World Health Report 1998. Genf. S. 39.

Die Weltgesundheitsorganisation hat in ihrem Weltgesundheitsbericht von 1998 die Fortschritte bei der Implementierung der globalen Strategie „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ zu ihrem Schwerpunkt gemacht. Im folgenden werden jedoch weniger die Indikatoren, sondern das PHC-Konzept auf seine Anwendung hin überprüft. Das PHC-Konzept hatte ursprünglich jedoch weiter gefaßte Ziele (vgl. die sieben Prinzipien von PHC), als nur die Gesundheit der Bevölkerung zu verbessern.

<sup>209</sup> Paragraph 5, Alma-Ata Deklaration. Ebd. S. 3.

## 6.1. Probleme bei der Implementierung des PHC-Konzepts

Schon bald nach Unterzeichnung und Verabschiedung der Deklaration durch die teilnehmenden Staaten der Konferenz von Alma-Ata meldeten sich Kritiker zu Wort, die eine „selective primary health care“ – Strategie vorschlugen.<sup>210</sup> UNICEF, 1978 Mitausrichter der Konferenz, entwickelte 1982 eine selektive vertikale Strategie, die als „Revolution zugunsten der Kinder“ bezeichnet wurde.<sup>211</sup> Mit sieben Maßnahmen wollte man die Gesundheit von Kindern verbessern und die Kindersterblichkeit senken. „GOBI-FFF“ hieß die neue Zauberformel:

G	Gewichtskontrolle
O	Orale Flüssigkeitszufuhr bei Durchfall
B	Bereitschaft zum Stillen stärken
I	Impfprogramme
-	
F	Familienplanung
F	Frauen-Bildung
F	Förderung der Bereitstellung von nährstoffreicher Zusatznahrung

Mit diesem Programm bewegte sich UNICEF weg von einer Strategie der integrierten Entwicklung unter Beteiligung der Bevölkerung hin zu einer Kampagne gegen einzelne Krankheiten. Die Auseinandersetzung zwischen WHO und UNICEF blieb nicht aus. Vor allem ging es auch um die Gunst der internationalen Gebergemeinschaft, von der beide Organisationen abhängen.<sup>212</sup>

Die Implementierung der HFA-Strategie wurde in regelmäßigen Abständen überprüft.<sup>213</sup> Bei den Evaluierungen werden im wesentlichen folgende Punkte genannt, die eine Implementierung des PHC-Konzepts erschwerten bzw. zum Teil unmöglich machten:<sup>214</sup>

- knapper werdende Finanzmittel in Geber- und Empfängerländern

---

<sup>210</sup> Walsh, J.A., Warren, K.S. (1979): Selective primary health care: An interim strategy for disease control in developing countries. in: The New England Journal of Medicine vol 301: 967-974.

<sup>211</sup> Diesfeld et al (1996) a.a.O. S. 52 ff.

<sup>212</sup> ebd.

<sup>213</sup> WHO (1987): Evaluation of the strategy for health for all by the year 2000: Seventh report on the world health situation. Geneva. WHO (1993): Implementation of the global strategy for health for all by the year 2000: Second evaluation. Eighth report on the world health situation. Geneva. Ein Datenset zum dritten Bericht (1997) ist zur Zeit über das Internet über die Homepage der WHO abrufbar. Weitere Angaben zu einzelnen Ländern finden sich auch bei: WHO (1988): From Alma-Ata to the year 2000: Reflections at the midpoint. Geneva. Tarimo, E. und Creese, A. (1990): Achieving Health for All by the Year 2000. Midway reports of country experiences. Geneva.

<sup>214</sup> Vgl. WHO (1993)

- Probleme bei der benötigten Infrastruktur
- mangelnde Integration und Zusammenarbeit mit anderen Sektoren
- Veränderungen im politischen System einzelner Länder, die u.a. ein neues Entwicklungskonzept und eine andere sozio-ökonomische Planung zur Folge hatten, was sich auch im Sozial- und Gesundheitssystem manifestierte.

Die Abkehr von einer integrierten Strategie durch UNICEF und später auch von der WHO<sup>215</sup> hat in nicht unbeträchtlichem Maß Kritik ausgelöst.

Diesfeld macht darauf aufmerksam, daß niemand den grundsätzlichen Nutzen der einzelnen Programmkomponenten von GOBI-FFF bestreitet. Vielmehr kritisiert er die Art und Weise, „... wie diese nützlichen Dinge in vertikalen Programmen der Bevölkerung aufoktroiert werden, ohne daß ihre Akzeptanz geprüft wurde.“<sup>216</sup> Die durchaus wünschenswerten und in einer relativ kurzen Zeitspanne erreichbaren Erfolge von selektiven vertikalen Programmen können nicht darüber hinwegtäuschen, daß dadurch nur Symptome bekämpft werden. Die Senkung der Kindersterblichkeit hat nicht automatisch eine Verbesserung der Lebensqualität zur Folge.<sup>217</sup> So kann z.B. ein Kind, das nicht an Masern stirbt, immer noch verhungern. Viele Ursachen der bekämpften Krankheiten sind häufig armutsbedingt.<sup>218</sup> Dies bedeutet, daß langfristig an der Lösung der Ursachen von Armut gearbeitet werden muß, wenn eine dauerhafte Verbesserung der Krankheits- und Lebenssituation eintreten soll. Diese Philosophie war auch Bestandteil der Resolution von Alma-Ata (1978). Aus diesem Grunde sprach man sich für einen integrierten Ansatz mit einer starken Beteiligung der Bevölkerung aus.

Die Zersplitterung in einzelne Programmkomponenten bedeutet per se nicht das Scheitern des PHC-Konzepts. Auf Grund knapper Finanzmitteln erfolgt jedoch oft eine Konzentrierung auf wenige Schwerpunkte (Bsp.: GOBI-FFF). Die Implementierung des PHC-Konzepts erfordert neben den finanziellen Ressourcen eine starke Kooperation zwischen den einzelnen Sektoren und Koordinierungs- und Managementqualitäten, die bislang in dieser Form nicht erforderlich waren.

<sup>215</sup> Die WHO hat weiterhin die Ziele der HFA-Strategie unterstützt, jedoch hat in ihren eigenen Programmen den Schwerpunkt auf die Beseitigung einzelner Krankheiten gelegt. Vgl. WHO (1998) a.a.O. S. 145.

<sup>216</sup> Diesfeld et al (1996) a.a.O., S. 54.

<sup>217</sup> Vgl. Werner, D. (1995) a.a.O. S. 3.

<sup>218</sup> Hierunter fallen schlechte hygienische und sanitäre Zustände, kein Zugang zu sauberem Trinkwasser, Unterernährung, etc.

Neben finanziellen Problemen scheint der politische Wille ein weiterer Faktor zu sein, der bei den Gründen für das Scheitern des PHC-Konzepts untersucht werden sollte. Nach zahlreichen internationalen Konferenzen und Verabschiedung von Aktionsprogrammen kann heute die Schlußfolgerung gezogen werden, daß die Unterschrift von Regierungen unter Aktionspläne etc. nicht automatisch einen politischen Willen impliziert. Die starke partizipatorische Ausrichtung sowie die intersektorale Kooperation und die Betonung der sozialen Gerechtigkeit beim PHC-Konzept können selbst für demokratische Regierungen zur Herausforderung werden. Ein Blick auf Tabelle 7 verdeutlicht diese Aussage.

In dem Maße, wie solch gut gemeinten Konzepte, wie das PHC-Konzept, von internationalen Geberorganisationen zur Bedingung für eine Unterstützung bzw. Kreditvergabe gemacht werden, verlieren sie viel von der ursprünglichen Intention, die eine Teilhabe der Bevölkerung am Planungs- und Entscheidungsprozeß beinhaltet. Ein von außen aufgestülptes Programm, selbst mit stark partizipatorischen Charakter, muß nicht zwingend in jeder Gesellschafts- und Staatsform auf Begeisterung stoßen. Hinzu kommen, auch bei einer kreditfreien Unterstützung durch Geberorganisationen, die finanziellen Eigenbeteiligungen der Regierungen, die teilweise nicht unerheblich sind. Diese Finanzmittel werden dem regulären Budget entzogen und gehen meist zu Lasten der peripheren Gesundheitsdienste.<sup>219</sup>

An Hand der Auseinandersetzung zwischen WHO und UNICEF wird ein weiteres Dilemma internationaler Entwicklungshilfe deutlich. Nicht nur, daß sich Organisationen aus unterschiedlichen Sektoren (Verkehr, Landwirtschaft, Ernährung, Bildung, Gesundheit, etc.) um den immer kleiner werdenden Kuchen finanzieller und technischer Entwicklungsunterstützung bemühen, nun gibt es auch noch Konkurrenz innerhalb eines Lagers (Gesundheitssektor). Darüber hinaus setzt sich die Uneinigkeit oft auf binationalen Ebenen fort. Dadurch wächst die Gefahr, daß bei der Mittelvergabe mehr nach dem Gießkannenprinzip verfahren wird, anstatt sich auf eine Strategie zu konzentrieren und dieser mit vereinten Kräften zum Erfolg zu verhelfen.

---

<sup>219</sup> Diesfeld et al (1996) a.a.O., S. 30 u. S. 51.

Als weitere Gründe für das Scheitern der ursprünglichen PHC-Strategie werden vor allem die Einführung von Strukturanpassungsprogrammen durch den Internationalen Währungsfonds (IWF) und die Politik der Weltbank genannt. Die Auswirkungen von Strukturanpassungsprogrammen (SAP) treffen die Armen immer am härtesten. Werner bezeichnet SAP „... im wesentlichen als eine Methode, die Armen für die unverantwortliche Kreditpolitik der Reichen im Norden gegenüber den Reichen im Süden zahlen zu lassen.“<sup>220</sup> Die Kritik an der Politik der Weltbank konzentriert sich im wesentlichen auf die einseitige Ausrichtung der Weltbank auf das Wirtschaftswachstum. Wirtschaftswachstum bedeutet für die Weltbank immer noch das alleinige Allheilmittel zur Armutsminderung. Die Zahlen zum Wirtschaftswachstum haben jedoch gezeigt, daß sich die Situation der Ärmsten der Armen nicht verbessert hat, im Gegenteil, in vielen Ländern ist die Armut in den letzten 50 Jahren noch gestiegen, bei gleichzeitiger Zunahme des Reichtums einer kleinen Minderheit. Investitionen in die Gesundheit, wie die Weltbank in ihrem Entwicklungsbericht von 1993<sup>221</sup> fordert, basieren auf der Tatsache, daß nur gesunde Menschen produktiv zum Wirtschaftswachstum beitragen können. Kritiker werfen der Weltbank weiterhin vor, daß sie den Schwerpunkt auf technische Interventionen legt und strukturelle Ursachen eines schlechten Gesundheitszustands nicht in ihre Lösungsansätze mit einbezieht.<sup>222</sup> Dies ist insofern bedenklich, da die Weltbank mittlerweile den weltweit größten Einfluß auf die Gesundheitspolitik und damit ein stärkeres Gewicht hat als die Weltgesundheitsorganisation (WHO).<sup>223</sup>

Die Partizipation der Bevölkerung war ein Leitgedanke der Deklaration von Alma-Ata. Nachfolgende Übersicht verdeutlicht nicht nur den unterschiedlichen Grad an Partizipation der Bevölkerung; auch die Auswirkungen, die einen starken partizipatorischen Charakter in sich bergen, werden deutlich erkennbar. Tan hebt hervor, daß bei der Implementierung des PHC-Konzepts die einzelnen Kategorien auf unterschiedlichen Partizipationsstufen liegen können.<sup>224</sup> Durch die Übersicht wird auch deutlich, daß PHC kein Gesundheitsprogramm, sondern ein entwicklungspolitisches Konzept ist.

---

<sup>220</sup> Werner (1995) a.a.O. S. 3.

<sup>221</sup> Weltbank (1993): Vgl. auch Ausführungen in Kapitel 5.2.

<sup>222</sup> Werner (1995) a.a.O. S. 4f.

<sup>223</sup> Leitartikel in Lancet, vol. 342, 10 Juli 1993. S 63 f., 105 f. zitiert in Werner (1995).

<sup>224</sup> Tan, J.G.: Primary Health Care: Health in the Hands of the People, in: Bautista, V. E. et al (1996) a.a.O. S. 1-15.

**Tabelle 7: Vier Partizipationsmodelle (Ebenen) bei Primary Health Care<sup>225</sup>**

<b>CATEGORIES</b>	<b>HOSPITAL/ CLINIC – BASED</b>	<b>COMMUNITY- ORIENTED</b>	<b>COMMUNITY- BASED</b>	<b>COMMUNITY- MANAGED</b>
<b>GUIDING PRINCIPLE</b>	Health to the People	Health for the People	Health with the People	Health by the People
<b>MAIN CHARACTER</b>	Authoritarian	Paternalistic	Democratic	Liberating
<b>INITIAL OBJECTIVES</b>	Rigid and statistic-oriented.	Closed and predetermined; defined before community is consulted.	Open-ended and flexible; problems and needs evolved from the community.	Formulated by the community and based on their felt needs; vision of an alternative social order expressed by the people.
<b>TACIT OBJECTIVES</b>	Maintain status quo; perpetuate existing health system.	Improve/alter certain aspect of the health system.	Transform the health system and initiate social reforms.	Complete re-structuring of the health system together with socio-economic transformation.
<b>WHO IS RESPONSIBLE FOR HEALTH</b>	Health is the sole responsibility of the doctor.	Health is the responsibility of health professionals.	Health is the responsibility of community health workers and leaders.	Health is the responsibility of everyone in the community.
<b>OUTLOOK OF HEALTH PROFESSIONALS</b>	As recipients of health care.	As beneficiaries of a health program.	As partners in health care.	As managers of their own health program.
<b>LEVEL OF COMMUNITY PARTICIPATION AND MAIN DECISION MAKERS</b>	Community is just informed of health activities.	Community is just consulted on what can be done.  Doctors and other health professionals decide.	Community actively discusses and decides plans and activities together with health professionals.  Decision making is shared by community and health staff.	Community identifies needs, defines objectives, plans, implements, monitors and evaluates the health program on their own.  The community is the main decision maker.
<b>VIEW ON AWARENESS BUILDING</b>	The community should be kept ignorant of health.	Community is made aware to change their behavior or to pacify them if their hardship leads to revolt.	It is a means for community organizing and for understanding the interrelationship of economic, political and cultural problems.	It is a means to generate people's power and ensure continuing community participation.
<b>VALUE GIVEN TO COMMUNITY ORGANIZING</b>	The community is not capable of being organized.	As a means to change people's attitudes to cooperate with health authorities wholeheartedly	As an end in itself and as an opportunity for people to develop leadership and management.	As the main tool for empowerment and as a long lasting safeguard to protect the community's interest.

<sup>225</sup> Tabelle ist entnommen aus Tan, J.G. (1996).

<b>DATA GATHERING MONITORING AND EVALUATION (M&amp;E)</b>	Data limited to morbidity, mortality and health service statistics  M & E mainly the concern of hospital/clinic management.  No feedback of information to clientele or community.	Data gathered by outsiders via a long survey questionnaire with heavy emphasis on health data  M & E done by health staff.  Little or minimal feedback of information to the community.	Data gathered by community health workers and kept simple; include people's felt needs and concerns  Collection and analysis done together with health staff.  M & E done jointly by community health workers and health staff  Regular feedback given to community	Community decides what data to collect. Community members gather, collate and analyze data on their own.  Self-evaluation and self-monitoring systems established.  Community members continuously informed of data gathered and relevant actions taken accordingly by them.
<b>INTER-SECTORAL LINKAGES AND SOCIAL MOBILIZATION</b>	Believe that they are doing their work sufficiently, thus, there is no need for linkages.	Usually limited to government agencies or to those who give dole-outs.	With any agency, government or non-government who maybe of assistance in giving solutions to health and other issues	With organizations and institutions working for basic societal changes.  Forms alliances and federations with them.
<b>EFFECT ON THE PEOPLE AND THE COMMUNITY</b>	Oppressive-rigid central authority allows little or no participation by the community.	Deceptive-pretends to be supportive, allowing some participation but resists genuine change.	Supportive – helps people find ways to gain more control over their lives.	Self-reliance and self-determination.  People aware of their potentials and use them to the full and with responsibility
<b>GENERAL IMPACT</b>	No change	Behavior change	Social Change	Structural Change

Die angeführten Gründe für ein Scheitern der ursprünglichen PHC-Strategie lassen eine Parallele zu dem Scheitern der resoluten Grundbedürfnisstrategie erkennbar werden, wie sie in Kapitel fünf erörtert wurden. In gleicher Weise, wie die Grundbedürfnisstrategie durch die Weltbank und andere bi- und multilaterale Entwicklungsorganisationen in ihre Programme und Konzepte aufgenommen wurden und dadurch zum Scheitern verurteilt war, ist es dem PHC-Konzept widerfahren. Es wäre jedoch verkürzt zu behaupten, daß nur durch den Einfluß der Weltbank und anderer Geberorganisationen die Konzepte ihre ursprüngliche Intention verloren hätten. Betrachtet man den weitreichenden Einfluß von Grundbedürfnisstrategie und PHC-Konzept auf eine Gesellschaft, der über mehr Mitbestimmung und Partizipation bis zu strukturellen Veränderungen innerhalb einer Gesellschaft führen kann, so muß hier die Frage gestellt werden, inwiefern

die Bekenntnisse zu solchen Strategien, in Form von Unterschriften unter Aktionsprogrammen, politisch wirklich gewollt sein können. Beiden Strategien ist eine gesellschaftliche Auseinandersetzung über Besitzverhältnisse, Geschlechterverhältnis und soziale Gerechtigkeit immanent. Diese drei Punkte sollen hier nur stellvertretend für viele weitere genannt werden, mit denen sich eine Gesellschaft auseinanderzusetzen hätte, wollte sie Mitbestimmung und Partizipation der Bevölkerung an Problemlösungen Wirklichkeit werden lassen. Betrachtet man die Implikationen, die eine solche Diskussion haben könnte, so verwundert es nicht, daß sich zwar alle Regierungen zu solchen Strategien bekennen, sie jedoch dann in abgeschwächter Form, wenn überhaupt, versuchen umzusetzen.

## **6.2. Die Zukunft von PHC und das Zusammenwirken mit dem Konzept der Reproduktiven Gesundheit**

Bei einem Blick auf die acht Elemente und sieben Prinzipien von Primary Health Care, wie sie in Kapitel sechs geschildert wurden, wird deutlich, daß reproduktive Gesundheit Bestandteil des PHC-Konzeptes ist. In dem Aktionsprogramm von Kairo wird an mehreren Stellen die Notwendigkeit einer Integration des Ansatzes in die PHC-Strategie betont.<sup>226</sup> Geht man von der Tatsache aus, daß aus der integrierten und intersektoralen PHC-Strategie eine selektive Strategie wurde,<sup>227</sup> so hat dies zur Folge, daß konzeptionell und administrativ das Konzept der reproduktiven Gesundheit zwar unter der PHC-Strategie aufgeführt wird, in der Praxis ist die Gefahr jedoch groß, daß es sektoral in vertikale Programme integriert wird. In fast allen Entwicklungsländern gibt es z.B. mehrere vertikale Familienplanungsprogramme mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung, die jedoch alle u.a. zum Ziel haben, die Gesamtfruchtbarkeitsraten von Frauen zu senken und damit zum Rückgang des Bevölkerungswachstums beitragen sollen. Hierunter zählen u.a. Mutter-Kind-Gesundheitsprogramme, „Community-Based-Distribution-Programme“ und „Safe-Motherhood-Programme“.

---

<sup>226</sup> Vgl. Aktionsprogramm der Konferenz der Vereinten Nationen über Bevölkerung und Entwicklung (ICPD), Kap. 8, in: DGVN (1994c) a.a.O. S. 61ff.

<sup>227</sup> Diese Aussage beruht auf der zahlreichen Kritik u.a. bei Diesfeld et al (1996) und auf die Aussagen der WHO, die belegen, daß auch die WHO sich wieder auf einzelne Krankheiten, Impfungen und vertikale Programme konzentriert hat. Vgl. WHO (1998) a.a.O. S. 145.

Eines ist allen Programmen, neben der bereits erwähnten Reduzierung des Bevölkerungswachstums und der Fokussierung auf die Frau, gemein. Sie alle versuchen Symptome zu bekämpfen, nicht aber die tieferliegenden Ursachen von Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit. Weiterhin werden dadurch die Ursachen von hohen Geburtenraten, die außerhalb der präventiven und kurativen Medizin liegen, nicht bekämpft. Das Aktionsprogramm von Kairo versucht, durch die Integration von Bevölkerungs- und Entwicklungsstrategien in die nationale Entwicklungsplanung, Einfluß zu nehmen auf andere Sektoren und dadurch das Problem des Bevölkerungswachstums aus dem isolierten Gesundheitssektor herauszuholen und es zur intersektoralen Aufgabe zu machen. Für den Gesundheitssektor besteht die Gefahr, daß es trotz intersektoraler Problemlösung zu einer Überlastung des Gesundheitspersonals auf allen Ebenen kommen kann. Das Konzept der reproduktiven Gesundheit verlangt (auf Leitungsebene wie auch von Gesundheitsarbeitern auf Dorfebene) neben z.T. neuem Fachwissen vor allem auch Managementmethoden, die bislang nicht erforderlich waren. Untersuchungen über die Auswirkungen des Konzeptes der reproduktiven Gesundheit auf das Gesundheitspersonal liegen bislang noch nicht vor.<sup>228</sup>

Eine weitere Gefahr von neuen Programmen und Konzepten wie das PHC-Konzept oder nun der neuere Ansatz der reproduktiven Gesundheit besteht darin, daß diese Programme, die zu einem großen Teil durch multi- und bilaterale Geber finanziert werden, mit einer neuen parallelen Infrastruktur aufgebaut werden. Reitmaier/Razun machen dies an Hand der Mutter-Kind-Gesundheitsprogramme deutlich.<sup>229</sup>

Neben Weltbank, WHO und UNICEF ist es von den multilateralen Organisationen vor allem noch UNFPA, die, zusammen mit bilateral unterstützten Projekten, oft einen Großteil des Gesundheitsbudget eines Entwicklungslandes finanziert und die Programme im Bereich Familienplanung und Mutter-Kind-Gesundheit bestimmt. Nach der Weltbevölkerungskonferenz von 1994 in Kairo gibt es immer weniger Mutter-Kind – Programme. Es werden nun verstärkt immer mehr Programme im Bereich der reproduktiven Gesundheit begonnen.

---

<sup>228</sup> In vielen Ländern wurde vor kurzem erst damit begonnen, die Beschlüsse von Kairo umzusetzen, es fehlt daher noch an Erfahrungswerten. Eine zukünftige Untersuchung in dieser Richtung wäre jedoch für die Analyse des Konzeptes mit Sicherheit aufschlußreich.

<sup>229</sup> Mutter-Kind-Gesundheitsprogramme wurden verstärkt seit Mitte der 70er Jahre durchgeführt. Vgl. Reitmaier/Razun a.a.O. S. 223.

Die Gefahr bei einem neuen Programm oder Konzept liegt darin, daß von Geberorganisationen kurzfristig eine höhere finanzielle Unterstützung für diesen Bereich zugesagt wird. Dies fand bei dem Konzept der reproduktiven Gesundheit auch statt. Da die finanziellen Mittel bei Geber- und Empfängerländern immer knapper werden, können höhere Zusagen oft nur Umverteilung bedeuten, und dies hätte zur Folge, daß andere Bereiche (auch im Gesundheitssektor) Mittelkürzungen hinnehmen müßten.

Die hohen Kosten der Gesundheitsversorgung und die Reform der Gesundheitsdienste haben nach Diesfeld dem PHC-Konzept in jüngster Zeit wieder Auftrieb gegeben.<sup>230</sup> Diesfeld spricht davon, daß die Einsicht gewachsen ist, „... daß der Staat nicht in der Lage ist, den politischen Anspruch einer kostenlosen oder wenigstens hoch subventionierten Gesundheitsversorgung länger aufrecht zu erhalten.“<sup>231</sup> Eine Herausforderung für viele Regierungen in Entwicklungsländern ist die Bildung eines gut funktionierenden Kranken- und Sozialversicherungssystems, das auf der einen Seite die Bedürftigkeit der Ärmsten der Armen berücksichtigt und gleichzeitig eine soziale Grundsicherung für die gesamte Bevölkerung bietet.<sup>232</sup>

Für die Zukunft wird es wichtig sein, wie schnell es gelingen kann, existierende Programme (Familienplanungs-, AIDS-, Safe-Motherhood-, Community-Based-Distribution- und Mutter-Kind-Programme etc.) in das Konzept der reproduktiven Gesundheit zu integrieren. Es bleibt abzuwarten, inwiefern aus der Vergangenheit gelernt werden kann. Nachdem nun die Erfahrung gemacht worden ist, daß selektive und vertikale Programme langfristig weder die gewünschten Erfolge zeigen, noch kostengünstig sind, kehrt die Einsicht ein, daß nur durch einen integrierten gesundheitspolitischen Ansatz Aussicht auf Verbesserung der Situation besteht.

Bei dem Konzept der reproduktiven Gesundheit ist auffallend, daß nun erneut der Versuch unternommen werden soll, integrierte und horizontale Programme

---

<sup>230</sup> Diesfeld et al (1996) a.a.O., S.48ff.

<sup>231</sup> ebd.

(Ausgangspunkt ist hier die Bevölkerung, die versucht, die Gesundheitsprobleme zu beherrschen) zu implementieren. Ähnlich dem PHC-Konzept wird auch wieder verstärkt die Partizipation der Bevölkerung, vor allem von NGOs, gefordert. Das Konzept der reproduktiven Gesundheit kann nur Erfolg haben, wenn es im Rahmen des PHC-Konzepts mit seinen starken partizipatorischen Ansatz durchgeführt wird und aus den Erfahrungen, die mit dem PHC-Ansatz gemacht wurden, die entsprechenden Erkenntnisse gezogen werden.

PHC hat nur Aussicht auf Erfolg wenn es in seiner ursprünglichen Form angewandt wird. Wie bereits erwähnt, ist PHC eine gesundheitsorientierte Entwicklungsstrategie, die auch zu sozialen Konflikten und Veränderungen führen kann. Nur durch eine tiefgreifende Veränderung können die eigentlichen Ursachen von Krankheit und Armut bekämpft werden. Alles andere ist Symptombekämpfung, ohne die Ursachen auch nur zu nennen bzw. zu kennen.

---

<sup>232</sup> Die Diskussionen und Reformen im deutschen Gesundheitswesen verdeutlichen, daß ein sozial gerechtes Kranken- und Sozialversicherungssystem nicht nur für Regierungen in Entwicklungsländern eine Herausforderung darstellt.