

Gesundheit für Alle

IPPNW Kongress Kultur des Friedens

13.09. 2008

Andreas Wulf, medico international



Gliederung

- Gesundheit als Menschenrecht /
Gesundheit für Alle
- Soziale Determinanten der Gesundheit
- Primary Health Care
- Globalisierung und Gesundheit
- Strategien des gesundheitspolitischen
Mainstreams
- Wiederbelebung des umfassenden PHC
Konzepts

Gesundheit als Menschenrecht - Gesundheit für Alle

WHO Verfassung 1948

- **Die Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens** und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen.
- **Die Erlangung des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes Menschen**, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.

(...)

- Eine aufgeklärte öffentliche Meinung und **eine tätige Mitarbeit der Bevölkerung** sind für die Verbesserung der Gesundheit der Völker von höchster Wichtigkeit.
- Die **Regierungen tragen die Verantwortung für die Gesundheit ihrer Völker**; sie können diese nur auf sich nehmen, wenn sie die geeigneten hygienischen und sozialen Vorkehrungen treffen.

Gesundheit ist Menschenrecht - Gesundheit für Alle!

Heißt nicht:

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

sondern

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

und

Rechtsanspruch auf Zugang zu Versorgung im Krankheitsfall

Forderungen an nationale und internationale Politik

Grundbedingungen für Gesundheit
sichern und verbessern:
Soziale Determinanten der Gesundheit

The New Epidemiology

“ The primary determinants of disease are mainly economic and social and therefore its remedies must also be economic and social ...

Medicine and politics cannot and should not be kept apart.”

- Prof. Geoffrey Rose, 1992
The Strategy of Preventive Medicine

Und 150 Jahre zuvor

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

Dieses Volk ahnte nicht, dass die geistige und materielle Verarmung, in welche man sie hatte versinken lassen, zum grossen Theil die Ursachen des Hungers und der Krankheit waren ...« **Rudolf Virchow, 1848**

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

Soziale Determinanten der Gesundheit

- Bildung
- Ernährung
- Wohnverhältnisse
- Wasserversorgung, Sanitäre Einrichtungen,
- Umweltfaktoren
- Arbeitsbedingungen
- Unfallgefahren
- Gewalt
- soziale Integration, Diskriminierung
- psychosoziale Stressfaktoren

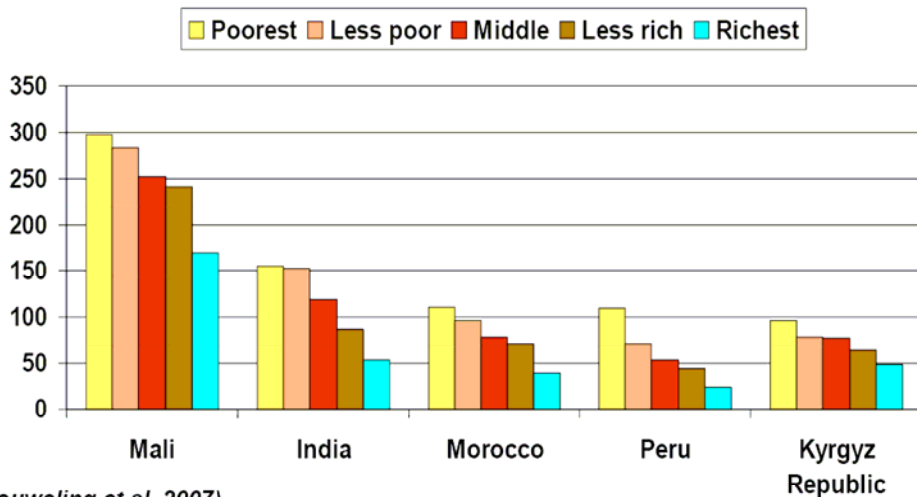
Unterschiede der Lebenserwartung /
Kindersterblichkeit zwischen armen und
reichen Ländern, aber auch innerhalb der
Länder entlang des sozialen Gradienten

Life expectancy at birth (men)

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

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

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



(Houweling et al, 2007)

Gesundheitspolitik muss deshalb um die Verringerung dieses „sozialen Gradienten“ bei Krankheit und vorzeitigem Tod bemüht sein – und nicht nur um die Bewältigung ihrer gesundheitlichen Folgen

Why treat people...



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

Primary Health Care

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

Alma Ata, 1978



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

WHO/UNICEF Konferenz Alma Ata 1978: **Primary Health Care**

- Gesundheit für Alle fordert die Förderung von Sozialer und ökonomischer Gerechtigkeit – **Ungleichheit und Diskriminierung bekämpfen**
- Gesundheit für Alle ist eine multisektorale Aufgabe und nicht allein des Gesundheitswesens – **Soziale Determinanten der Gesundheit verbessern**
- Gesundheit für Alle lässt sich nur mit der Beteiligung (Partizipation) der Menschen an Entscheidungen und Ressourcen realisieren – **Demokratisierung von Entscheidungsprozessen**

Evidence base for PHC

- Seit Mitte der 60er Jahre zeigten die Fortschritte in einigen Ländern des Südens, besonders in der VR China, Costa Rica, Cuba, Sri Lanka, Kerala State (Indien) und auch lokale Community Based Health Programme in verschiedenen anderen Ländern den Einfluß sozialer Veränderungen (Landreformen, Bildung, soziale Sicherung, Beteiligung von Gemeinden an Entscheidungsprozessen) auf die Verbesserung von umfassenden Gesundheitsindikatoren (Lebenserwartung, Mütter- und Kindersterblichkeit, Mortalitätsraten).

Das Primary Health Care Modell – Die 8 Elemente

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

PHC – Arme Medizin für Arme oder Potential für Veränderung?



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

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

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

Globalisierung und Gesundheit

(Neo)liberale Strategien: Marktwirtschaftliche Konzepte und individualisierte „Eigenverantwortung“

- In EL während der 80er/90er Jahre und bis heute mit dem neoliberalen Instrumenten der Strukturanpassungsprogramme zum Schuldenabbau durch Weltbank/IWF Auflagen durchgesetzt:
- Massive Reduktion der Staatsausgaben, Abbau und Privatisierung von staatlichen Diensten (Gesundheit/ Bildung/Infrastruktur wie Wasserversorgung)
- **Folge:** Statt umfassender Gesundheitsdienste sind nur noch „selektive Interventionen“ bezahlbar, speziell zur Senkung der Kindersterblichkeit (Wachstumskontrolle, Impfungen, ORS, Stillförderung) –

Selective Primary Health Care

Cont.

Gesundheits“interventionen“ werden nach ihren ökonomischen Grenzkosten beurteilt: wie viel gewonnene gesunde Lebensjahre für wie viel Geld: DALYs (Disability Adjusted Life Years)) – dadurch kann es „kostengünstiger“ sein, die regelmäßigen Durchfallerkrankungen von Kindern mit Elektrolytlösung zu behandeln statt langfristige Verbesserungen der Wasserversorgung und Sanitären Anlagen zu finanzieren. Auch Pflegeleistungen für Alte Menschen „rechnen“ sich nach diesem Modell nicht.

Cont.

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

Cont.

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

Cont.

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

Cont.

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

Strategien des „gesundheitspolitischen Mainstreams“

- „**Investitionen in Gesundheit**“ statt „Menschenrecht Gesundheit“ – Gesunde Menschen als „Humankapital“ zur Überwindung von Armut und Unterentwicklung **Problem: braucht der globalisierte Kapitalismus noch alle Menschen als Humankapital? Was passiert mit den „Überflüssigen“?**
- Fokussierung auf **selektive, „kosteneffiziente“ Angebote** – „Package of Care“ **Problem: wer bestimmt das Package?** Reduktion auf **medizinische Interventionen** (Behandlungen, Impfungen) aber **strukturelle Verbesserungen und nichtmedizinische Gesundheitsförderung** (auch **Pflegeleistungen**) bleibt auf der Strecke.
- **vertikale Implementierungen von Einzel-Programmen**, statt Integration in die (schwachen) öffentlichen Gesundheitsdienste **Problem: weitere Fragmentierung der Gesundheitsdienste**, hohe Koordinationskosten (oder schlechte Koordination) Konkurrenz um implementierendes Personal (siehe Braindrain)

Cont.

- Fokussierung auf „**single issues**“, „**Killerkrankheiten**“ – konkurrierende Kampagnen und Global Health Initiatives: gegen AIDS, Tuberkulose, Malaria, Tropenkrankheiten **Problem: Konkurrenz der Initiativen umeinander** – wer am meisten Lärm macht, bekommt am meisten – aktuell diskutiert am Beispiel AIDS
- **Global Public-Private-Partnerships for Health (ca. 70 aktuell)** : Integration von Privatwirtschaft und privaten Gebern (Gates Foundation!) – Win-Win-Situationen entwickeln **Problem: klappt nur gut bei produktorientierten Initiativen: Impfstoffe, Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel** – Nachhaltigkeit fraglich und Kontrolle der Profitinteressen der Privatunternehmen kaum realisierbar

Wiederbelebung des
umfassenden PHC Konzepts?

The First Global People's Health Assembly December, 2000



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



People's Health Charta

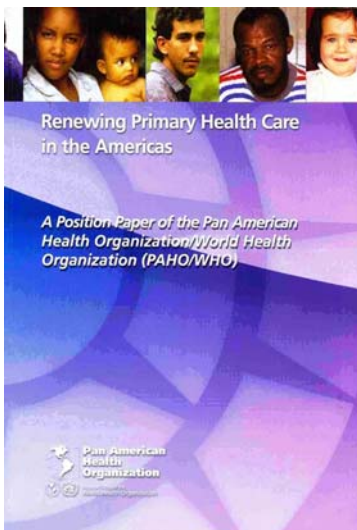
Gesundheit spiegelt das Engagment einer Gesellschaft für Recht und Gerechtigkeit wider. Gesundheit und Menschenrechte müssen Vorrang haben vor ökonomischen und politischen Interessen.

Die Gesundheitscharta ruft die Menschen der Welt dazu auf breite Bewegungen zu bauen, um Regierungen dazu zu bewegen, Gesundheit und Menschenrechte in nationale Verfassungen und Gesetzgebung aufzunehmen.

Peoples Health Movement: Past and current International Activities and Campaigns

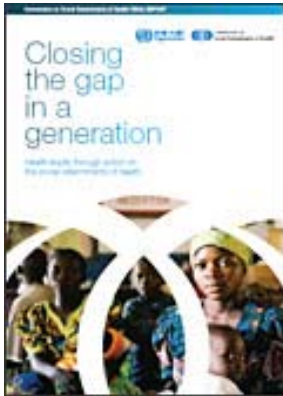
- "HEALTH NOW!", "No War, No WTO, campaign for People's Health" supporting global Anti-war campaigns
- World Health Assembly 2003 successfully lobbied by PHM to strengthen resolution and activities to celebrate 25 years after Alma Ata. Continued WHO lobbying.
- Million Signature campaign on the Internet to Demand - Health For All Now
- PHM present at WSF in India, 2004, Kenia 2006, Porto Alegre 2007 and regional Fora
- PHA 2 in Ecuador, July 2005
- International People's Health University, since 2005 Short courses for young health activists
- Part of Global Health Watch Consortium
- Right to Health Campaign in 15 countries

PAHO Report zu Primary Health Care 2007



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

Soziale Ungerechtigkeit tötet Menschen im großen Maßstab



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

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

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

Druck von unten bleibt notwendig!

Vielen Dank!

