

„Primary Health Care“ von Alma Ata bis Almaty

Hintergrund

Zwei Berichte zur Gesundheit der Welt sorgten im Oktober vergangenen Jahres für Diskussionen: Zum einen der am 15.10.08 in Almaty, Kasachstan, veröffentlichte *World Health Report 2008* [21], der jährlich herausgegebene, programmatische Gesundheitsbericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Zum anderen der zwei Tage später am University College in London veröffentlichte *Global Health Watch 2* [6], der sich selbst als „alternativer Weltgesundheitsbericht“ betitelt. Er entstand mit der Unterstützung des weltweiten „Netzwerks der Gesundheitsbewegung der Menschen“ (People's Health Movement, PHM). Dieser Bewegung gehören Organisationen der Zivilgesellschaft, akademische Institutionen und Nicht-Regierungsorganisationen (NGOs) an. Beide Berichte vereint ein zentrales Thema: Gesundheitliche Ungleichheit auf globaler, nationaler und lokaler Ebene – und wie die Weltgemeinschaft sie verringern kann.

Almaty, der Ort, an dem die Weltgesundheitsorganisation den „World Health Report 2008“ präsentierte, hieß früher Alma Ata. Dort tagte 1978, vor nunmehr 30 Jahren, die Weltgesundheitsversammlung und beschloss das Konzept der primären Gesundheitsversorgung (Primary Health Care, PHC). PHC ist eine Strategie, der ein umfassendes Verständnis von Gesundheit zugrunde liegt. Gesundheit ist danach der Zustand physischen, men-

talen und sozialen Wohlbefindens, und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit. PHC betrachtet die Prinzipien Gerechtigkeit, Solidarität und Bürgerbeteiligung in allen Lebensbereichen als Fundament gesunder Lebensbedingungen. Dadurch stellt das PHC-Konzept den Gesundheitsbegriff explizit in einen Werterahmen, in dem nicht nur das pragmatische Funktionieren der gesundheitlichen Versorgung im Vordergrund steht. PHC baut auf einer breiten Basisversorgung auf und bezieht nicht nur medizinische, sondern auch sozioökonomische und politische Faktoren mit ein. PHC ist Sektoren übergreifend, es umfasst beispielsweise auch die Ernährungssicherung (s. Beitrag von Krawinkel in diesem Heft). Dabei beruht PHC auf wissenschaftlich begründeten, effizienten, praktikablen, sozial akzeptablen und nachhaltig finanzierbaren Interventionen [14]; (s. Beitrag von Fleßa in diesem Heft).

Seinerzeit unterzeichneten alle WHO-Mitgliedsstaaten die Deklaration von Alma Ata. Umgesetzt wurden die Prinzipien und Elemente von PHC aber vorwiegend in Entwicklungsländern. In den meisten Industrieländern wurde PHC lediglich als eine Strategie gesehen, um Gesundheit in die ländlichen Gebiete der ärmeren Länder zu tragen. Als sich zeigte, dass der umfassende Ansatz von PHC („comprehensive PHC“) unerwartet viele zusätzliche Ressourcen erforderte, wurde er vielerorts auf einen selektiven Ansatz („selective PHC“) mit einem Fokus auf vertikale

Maßnahmen mit nachgewiesener Wirksamkeit reduziert (mehr zur Geschichte von PHC im Beitrag von Diesfeld in diesem Heft).

Die Kernelemente eines umfassenden PHC-Ansatzes finden sich jetzt, 30 Jahre nach Alma Ata, in den beiden aktuellen Berichten wieder. Der Weltgesundheitsbericht 2008 trägt bereits den erstaunlich konkreten Titel „Primary Health Care: Now more than ever“ – jetzt mehr denn je zuvor.

Die Rolle von „Primary Health Care“ im Gesundheitsbericht der WHO

Im Weltgesundheitsbericht 2008 bewertet die WHO die Organisation, Finanzierung und Zugänglichkeit der Gesundheitsversorgung in Industrie- sowie Entwicklungsländern kritisch. Obwohl weltweit große Fortschritte im Gesundheitsbereich erzielt worden seien, stellt der Bericht eine zunehmende Ungleichheit in den Gesundheitschancen von Bevölkerungsgruppen zwischen, aber insbesondere auch innerhalb von Ländern fest. So unterscheidet sich nicht nur die Lebenserwartung zwischen den ökonomisch reichsten und ärmsten Ländern dieser Welt um 40 Jahre. Der Bericht liefert Belege für große Ungleichheiten innerhalb ein und derselben Stadt – und das nicht nur in den Ländern des Südens, sondern auch in Industrieländern. Selbst in Deutschland bestehen erhebliche Unterschiede in der Lebenserwartung, bei-

spielsweise innerhalb Nordrhein-Westfalens: Männer in Gelsenkirchen haben eine um 4,3 Jahre niedrigere Lebenserwartung als Männer in Bonn [11]. „Etwas läuft falsch. Eine Welt, die in Gesundheitsdingen weit aus dem Gleichgewicht geraten ist, kann weder stabil noch sicher sein“, so kommentierte die Generaldirektorin der WHO, Dr. Margaret Chan, anlässlich der Veröffentlichung des WHO-Berichts.

Zunehmender Wohlstand in einer Region geht meist mit besserer Gesundheit für die dort lebende Bevölkerung einher. Die Erhöhung des ökonomischen Wohlstands allein, ob auf individueller oder gesellschaftlicher Ebene, ist aber nicht ausreichend, um die gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen oder innerhalb von Ländern auszugleichen, so der Weltgesundheitsbericht der WHO. Umgekehrt zeigen die Beispiele Cuba [4], Costa Rica, China, Kerala in Indien und Sri Lanka, dass gute Gesundheit auch in Ländern mit niedrigem Bruttonationaleinkommen möglich ist [2, 16, 17].

Auch die Ungleichheit der Gesundheitschancen zwischen Ländern lässt sich nicht allein durch ökonomische Ungleichheiten erklären, z. B. in den Gesundheitsausgaben pro Kopf der Bevölkerung. Der Weltgesundheitsbericht 2008 verdeutlicht, dass Länder wie Tadschikistan im Vergleich zu den Industrienationen wie Deutschland, Schweden oder den USA nur einen Bruchteil der Gesundheitsausgaben pro Kopf aufwenden. In Tadschikistan sind es weniger als 100 \$, während Deutschland, Schweden und die USA mehr als 2500 \$ pro Kopf ausgeben. Dennoch weist Tadschikistan eine „Health Adjusted Life Expectancy“ (HALE), also eine gesunde Lebenserwartung, von ca. 70 Jahren auf, die sich von der HALE der genannten Industrienationen nur um wenige (maximal 4,3) Jahre unterscheidet. Vergleichbare Daten für gesunde Lebenserwartung bei geringen Gesundheitsausgaben pro Kopf liegen auch für Moldavien, Panama und Finnland vor.

Nicht die Menge an Ressourcen allein ist also für eine wirksame Gesundheitsversorgung entscheidend, sondern mehr ihre effiziente und gerechte Verteilung. Die WHO kritisiert den Trend konventioneller Gesundheitssysteme hin zu:

Präv Gesundheitsf 2010 · 5:18–22 DOI 10.1007/s11553-009-0203-z
© Springer-Verlag 2009

K. Bozorgmehr · K. Schubert · O. Razum

„Primary Health Care“ von Alma Ata bis Almaty

Zusammenfassung

Hintergrund. Mit ihrem Gesundheitsbericht „Primary Health Care: Now more than ever“ revitalisierte die Weltgesundheitsorganisation im Oktober 2008 eine Strategie, die 1978 in Alma Ata formuliert wurde. Nur 2 Tage später erschien der alternative Weltgesundheitsbericht „Global Health Watch 2“, der aus der weltweiten Unterstützung zivilgesellschaftlicher Akteure entstand. Beide Berichte eint trotz unterschiedlicher Perspektiven die Kritik an der globalen Prävalenz vermeidbarer gesundheitlicher Ungleichheit.

Ziel. In dem vorliegenden Beitrag wird zunächst eine vergleichende Darstellung der Kernaussagen beider Berichte vorgenommen. Aus den Kernthesen wird der Handlungsbedarf für Deutschland in der nationalen und weltweiten Gesundheitsförderung abgeleitet.

Ergebnis. In Deutschland müssen Politik, Wissenschaft und Zivilgesellschaft eine stärkere Rolle bei der Umsetzung einer umfassenden Primary-Health-Care-Strategie einnehmen. So könnte sich eine Chance bieten, das Recht auf gleiche Gesundheitschancen für alle Menschen sowohl in Deutschland als auch weltweit umzusetzen.

Schlüsselwörter

Primäre Gesundheitspflege · Weltgesundheitsbericht · Global Health Watch · Ungleichheit · Gesundheitsförderung

Primary health care from Alma Ata to Almaty

Abstract

Background. With the World Health Report from October 2008 titled “Primary Health Care: Now More Than Ever”, the World Health Organization revitalised a strategy that was formulated in 1978 in Alma Ata. Only 2 days later, the alternative world health report “Global Health Watch 2” was released. This report was developed with the contributions and support of civil society participants worldwide. Despite their different perspectives, both reports critique the global prevalence of health inequities.

Aims. This article compares and illustrates the core arguments of both health reports in order to deduce implications for health promotion in Germany in a domestic and global context.

Results. In Germany, politics, science, and civil society need to play a larger role in the realisation of a comprehensive primary health care strategy. This would offer a chance to enforce the right to health and health equity for all, both in Germany and worldwide.

Keywords

Primary health care · World health report · Global health watch · Inequity · Health promotion

- einem zu starken Fokus auf spezialisierte tertiäre Versorgung, oft als „Krankenhauszentrismus“ bezeichnet.
- einer Fragmentierung von Gesundheitsprogrammen und -projekten.
- einer tiefgreifenden Kommerzialisierung der Gesundheitsversorgung.

Mit erstaunlicher Radikalität prangert die WHO in ihrem Bericht die Kommerzialisierung von Gesundheit an, indem sie von einem „medizinisch-industriellen Komplex“ spricht. Durch dessen Druck fließen private und öffentliche Ressourcen überproportional in tertiäre, hoch technisierte und rein kurative Dienste, auf Kosten einer primären, vorbeugenden und gesundheitsfördernden Versorgung – eine Kritik, die allerdings schon vor 30 Jahren geäußert wurde und zur Entwicklung des umfassenden PHC-Konzepts beitrug.

Über diese Kritik hinaus enthält der aktuelle Weltgesundheitsbericht 4 zentrale Strategien für die Zukunft von PHC, die relevant sind für alle Länder der Welt:

- Voraussetzung für gerechte Gesundheitschancen (engl. health equity) ist ein universeller Versicherungsschutz (universal coverage), der auf Solidarität und sozialer Inklusion beruht.
- Die Gesundheitsstrukturen müssen einen direkten Bezug zur versorgten Gemeinschaft haben (people-centred care). Das bedeutet eine stärkere Rolle der Familienmedizin oder, in Bezug auf Deutschland, der Allgemeinmedizin mit Einbezug der Lebenswelt der Individuen jenseits der Arztpraxis im Sinne einer „community medicine“.
- Bei allen politischen Entscheidungen sollen mögliche Konsequenzen für die Gesundheit berücksichtigt werden (healthy public policies), auch außerhalb des Gesundheitssektors. Diese Sicht folgt dem für Europa schon länger geforderten Prinzip der „health in all policies“ [10]. Somit soll nicht nur Gesundheitspolitik, sondern gesunde Politik gemacht werden.
- Ein weiteres zentrales Element ist verantwortungsvolle Führung im Gesundheitswesen (leadership). Dazu gehören die Transparenz von Entscheidungen, die Beteiligung der Menschen an allen Entscheidungsprozessen sowie die Schaffung ge-

sundheitsfördernder und -schützender Lebenswelten.

Wird die neue Auflage von PHC den gesundheitlichen Anforderungen des 21. Jahrhunderts gerecht? Auch in ärmeren Ländern kommt es zu einer massiven Urbanisierung, die mit einem veränderten Lebensstil einhergeht. Die Prävalenz chronischer, nichtübertragbarer Krankheiten mit einer multifaktoriellen Genese nimmt zu. Das stellt neue Anforderungen, u. a. an die kurativen Gesundheitsdienste (s. Beitrag von Razum u. Voigtländer in diesem Heft).

Der Bericht „Global Health Watch 2“

Auch der Bericht „Global Health Watch 2“ (GHW2) fordert gesunde Politik als Grundvoraussetzung einer „Gesundheit für alle“. Er betont nicht nur die Relevanz des PHC-Konzepts, sondern erinnert an die Aufgabe und die Verantwortung der globalen Gesundheitsinstitutionen, insbesondere der WHO selbst. Diese müsse wieder die Führung in globalen Gesundheitsfragen übernehmen, nicht nur in technischer, sondern auch in politischer und moralischer Hinsicht – eine explizite Kritik an der (Neben-)Rolle, die die WHO heute angesichts der Anzahl der Akteure (s. unten) auf dem Gebiet der internationalen Gesundheit einnimmt. „Durch die Erfahrungen mit der Deklaration von Alma Ata und der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte wissen wir, dass gute Wörter auf Papier nicht genug sind“, so der Mitherausgeber des Berichts, David McCoy.

Vereinbarungen müssten vielmehr in effektive Maßnahmen von rechen-schaftspflichtigen, transparenten, gut organisierten und moralisch einwandfreien („ethischen“) Institutionen umgesetzt werden. Der GHW2 kritisiert unter anderem die Rolle der „Bill and Melinda Gates Foundation“, der Weltbank, des „Global Fund to Fight AIDS, Malaria and Tuberculosis“ und der US-Regierung in der Weltgesundheitspolitik. Zwar seien die finanziellen Mittel, die für Gesundheitsprogramme zur Verfügung stünden, so groß wie nie zuvor. Dennoch gebe es berechtigte Befürchtungen, dass durch Schaf-

fung von Parallelstrukturen zu den staatlichen Gesundheitssystemen sowie aufgrund fehlender demokratischer Kontrolle und öffentlicher Rechenschaftspflicht der Institutionen einseitig vertikale und technische Ansätze zur Verbesserung der Gesundheit vorangetrieben würden (s. Beitrag von Marx u. Benn in diesem Heft).

Die Zahl globaler Akteure im Gesundheitsbereich hat sich in den vergangenen Jahrzehnten vervielfacht: Neben 26 UN-Behörden zählt der GHW2-Bericht 40 bilaterale Geber, 20 globale und regionale Fonds sowie über 90 globale Gesundheitsinitiativen. Das verdeckt die beunruhigende Tatsache, dass globale Ungleichheiten eher zu- als abgenommen haben. Der GHW2-Bericht betont, dass dies auch für die wohlhabenden Industrieländer gilt: Hier finden vulnerable Gruppen, wie Migranten und Asylbewerber, viel schwerer Zugang zum Gesundheitssystem als die Mehrheitsbevölkerung. Das gilt auch für Deutschland [18].

Auch der GHW2 lässt es nicht nur bei Kritik bewenden. Er fordert eine Veränderung der globalen politischen Ökonomie und der globalen Regierungsstrukturen, um 3 der großen Herausforderungen des 21. Jahrhunderts wirksam angehen zu können: die Beseitigung der Armut, die Umsetzung des Menschenrechtes auf eine gute Gesundheitsversorgung und die Kontrolle des Klimawandels. Bemerkenswert ist, dass beide Berichte – der Weltgesundheitsbericht „von oben“ wie auch der GHW2-Bericht „von unten“ – den sozialen Bewegungen und der Zivilgesellschaft eine zentrale Rolle zuschreiben, wenn es darum geht, Gesundheit in ihrer umfassenden Definition als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen und zu verbessern.

Aus der in beiden Berichten geäußerten Kritik und den vorgeschlagenen Handlungsstrategien ergibt sich auch für Deutschland dringender Handlungsbedarf in nationaler und in globaler Perspektive.

Handlungsbedarf in Deutschland: nationale Perspektive

In Deutschland gibt es eindruckliche Belege für ungleiche Gesundheitschancen.

Es besteht weitgehender Konsens darüber, dass sie v. a. auf das Zusammenwirken von belastenden Lebensverhältnissen und damit assoziierten gesundheitsschädlichen Lebensweisen zurückzuführen sind [5, 12, 13, 18, 19]. Zwar ist ein nahezu universaler Versicherungsschutz gewährleistet, dennoch hat sich die Ausrichtung der Gesundheitspolitik in Deutschland seit der Mitte der 1970er (und verstärkt seit der ersten Hälfte der 1990er) Jahre gewandelt. Diese Veränderungen und die fortexistierenden Strukturmängel im Gesundheitswesen geben Anlass zu der Frage, ob und inwiefern Gesundheitspolitik nicht im wachsenden Maße selbst daran beteiligt ist, die soziale Ungleichheit in Krankenversorgung und Pflege zu verstärken [5].

Ein Beispiel ist die zunehmende Privatisierung von Krankheitskosten in Form von Zuzahlungen. „Aus der Diskussion über die Steuerungswirkung von Zuzahlungen ist bekannt, dass sie erst dann eine Reduzierung der Leistungsanspruchnahme erzeugen, wenn sie finanziell deutlich spürbar sind. Da die Spürbarkeit von Kosten mit sinkendem Einkommen steigt, treffen Zuzahlungen in erster Linie sozial schwache Bevölkerungsgruppen. Die beabsichtigte Steuerungswirkung steht also im Widerspruch zur Sozialverträglichkeit dieses Instruments.“ [5] Repräsentative Befragungen des GKV-Monitors des Wissenschaftlichen Instituts der Ortskrankenkassen (WidO) sowie des Gesundheitsmonitors der Bertelsmann-Stiftung zeigen, dass die Praxisgebühr mehr als 10% der Befragten von einem Arztbesuch abhält – unter ihnen sind rund ein Fünftel arbeitslos [5]. Setzt man einen gleichen Bedarf an Leistungsanspruchnahme unter allen Befragten voraus, wird diese Bevölkerungsgruppe durch Zuzahlungen überproportional häufig von einer Leistungsanspruchnahme aufgrund ihrer finanziellen Situation abgehalten. Diese Ausgrenzung stellt eine Einschränkung der horizontalen Gerechtigkeit („gleicher Zugang bei gleichem Bedarf“) bezogen auf die Gesundheitsversorgung dar, die einen Zugang und das Recht auf Versorgung unabhängig von den finanziellen Möglichkeiten des Einzelnen beinhaltet.

Durch das Nebeneinander von privater und gesetzlicher Krankenversicherung und die Möglichkeit zur Abrechnung zu-

sätzlicher Leistungen neigen Ärzte verstärkt dazu, sich in Versorgungsgebieten mit einem hohen Anteil von Privatpatienten niederzulassen [5]. Vor dem Hintergrund der höheren Krankheitslast sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen sollte ein auf gesundheitliche Gerechtigkeit abzielendes System jedoch Anreize für Ärzte schaffen, sich vermehrt für die Gesundheit dieser Bevölkerungsgruppen einzusetzen. Im Sinne einer vertikalen Gerechtigkeit („höhere Ressourcenallokation bei höherem Bedarf“) sollten Ressourcen für Gesundheitsförderung dort eingesetzt werden, wo sie am meisten benötigt werden und das Solidarprinzip gestärkt statt in Frage gestellt werden.

Die Rolle Deutschlands in der weltweiten Gesundheitsförderung

Die globale Handlungsperspektive beinhaltet zum einen die Einhaltung des Versprechens, die Ressourcen für die Entwicklungszusammenarbeit auf 0,7% des BIP zu steigern [15]. Zum anderen beinhaltet sie ein größeres deutsches Engagement zur Stärkung der WHO. Neben dem deutschen Einsatz für eine generelle Erhöhung der Regelbeiträge könnte dies z. B. durch Erhöhung der freiwilligen Beiträge erfolgen, die jenseits der regulären Pflichtbeiträge die Handlungsfähigkeit der WHO ausmachen. Gemessen an den freiwilligen Beiträgen bildet Deutschland verglichen mit anderen Industrieländern das Schlusslicht [20]. Die Erhöhung der Beiträge müsste insbesondere auch mit Bemühungen um interne Strukturänderungen einhergehen, die die Abhängigkeit der WHO von den Interessen des Geberlandes bei der Verwendung der freiwilligen Beiträge einschränkt, die Verwendung dieser Mittel demokratisch kontrolliert und gemäß dem tatsächlichen Bedarf für Gesundheitsprogramme einsetzt [7].

Ebenso dringend muss die deutsche Politik im Sinne der Forderung „health in all policies“, harmonisiert werden. Das bedeutet, alle Politiken (gerade auch die Außen- und Agrarpolitik) auf ihre gesundheitlichen Folgen hin zu analysieren, unter besonderer Berücksichtigung der Prinzipien Gerechtigkeit und Solidarität. Es gilt dazu, Probleme zu überwinden wie beispielsweise das der ministerialen

Zuständigkeit: Für grenzüberschreitende, gesundheitsbezogene Themen ist zunächst das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung zuständig, das im Ausland viele Projekte durchführen lässt. Für globale Gesundheitspolitik und für die Kooperation mit der WHO zeichnet dagegen das Bundesministerium für Gesundheit verantwortlich. Es wird auf diesen Gebieten aber nur dann aktiv, wenn offensichtlich deutsche Interessen betroffen sind, z. B. bei der Kontrolle von Pandemien [8]. Interministerieller Koordinationsbedarf besteht auch bei vielen anderen Themen der globalen Gesundheit, beispielsweise dem Klimawandel, der globalen Migration, der Weltnahrungsmittelkrise und aktuell der Weltfinanzkrise. Hier ist jeweils die Zusammenarbeit verschiedener Ministerien notwendig, vom Umwelt- bis zum Wirtschaftsministerium, immer mit dem Blick auf gesundheitliche Folgen auch der nicht unmittelbar gesundheitsbezogenen Politiken.

Die besondere Rolle der Zivilgesellschaft, in Deutschland unter anderem aus NGOs, der Wissenschaft, politischen Netzwerken und auch den Kirchen bestehend, betonen beide Berichte. Die genannten Organisationen müssen aber zunächst selbst ihre Rolle effektiv spielen. So gibt es in Deutschland sehr starke NGOs, denen es auch gelingt, öffentliche Aufmerksamkeit zu erzielen. Daneben sollten die (wenigen) Wissenschaftler/innen, Fachgesellschaften und Publikationsorgane, welche zu PHC im internationalen Kontext arbeiten, stärker zu einer koordinierten, unterstützenden Strategie Deutschlands und Europas beitragen.

Wie ein konstruktiver Diskurs mit und die Beteiligung von Zivilgesellschaft, Nichtregierungsorganisationen (NGOs) und Wissenschaft aussehen könnte, verdeutlicht ein Blick nach Großbritannien. Am 30. September 2008 gab die britische Regierung das Strategiepapier „Health is global – a UK Government Strategy 2008–2013“ heraus. Das Strategiepapier entstand nach 18-monatigen Beratungen zwischen dem britischen Gesundheits-, Entwicklungs- und Außenministerium unter der Beteiligung verschiedener Akteure auf dem Feld der globalen Gesundheit, u. a. des *Lancet*, der „London School of Hygi-

ene and Tropical Medicine“ sowie Vertretern von NGOs [3, 9]. In diesem Papier werden fünf Kernhandlungsgebiete beschrieben, die die „Global Health Security“, die Stärkung von Gesundheitssystemen, Kohärenz von Institutionen der „Global Health Governance“ sowie gerechten Welthandel und die evidenzbasierte Entwicklung und Anwendung von Gesundheitspolitiken (engl. policies) betreffen. Das Dokument zielt auf innen- und außenpolitische Veränderungen ab – bisher zwar ebenfalls nur in Worten, doch selbst die gehen weiter als das bisherige deutsche Engagement.

Sieht man „Public Health“ als „kollektive Aktion für eine nachhaltige, bevölkerungsweite Verbesserung der Gesundheit“ [1], so bleibt es immer noch eine vordringliche gesamtgesellschaftliche Aufgabe, das Recht auf gleiche Gesundheitschancen für alle Menschen einzufordern – in Deutschland und weltweit. PHC kann dazu beitragen, sofern es kein Lippenbekenntnis bleibt.

Fazit für die Praxis

Die Ungleichheit von Gesundheitschancen haben global eher zu- als abgenommen. Die von der WHO genannten 4 zentralen Strategien für die Zukunft von „Primary Health Care“ sind somit hochaktuell und relevant für alle Länder der Welt. Diese sind: Universeller, solidarischer Versicherungsschutz, welcher auf soziale Inklusion achtet als Voraussetzung für gerechte Gesundheitschancen (universal coverage), der direkte Bezug der Gesundheitsstrukturen zur versorgten Gemeinschaft (people-centred care), „healthy public policies“ im Sinne gesunder Politik und eine verantwortungsvolle Führung im Gesundheitswesen (leadership), die die Transparenz von Entscheidungen und die Beteiligung der Menschen an allen Entscheidungsprozessen fördert.

Darüber hinaus beinhalten die hohe Zahl globaler Akteure im Gesundheitsbereich, die (Neben-)Rolle der WHO, die globale politische Ökonomie und die globalen Regierungsstrukturen ihrerseits Herausforderungen, um die Beseitigung der Armut, die Umsetzung des Menschenrechts auf eine gute Gesundheitsversorgung

und die Kontrolle des Klimawandels nachhaltig voranzutreiben. In allen genannten Fällen ergibt sich dringender Handlungsbedarf auch für Deutschland, wobei den sozialen Bewegungen und der Zivilgesellschaft eine zentrale Rolle zukommt, Gesundheit in ihrer umfassenden Definition als gesamtgesellschaftliche Aufgabe zu sehen und zu verbessern.

Korrespondenzadresse

K. Bozorgmehr

Medizinische Fakultät, Universität Frankfurt,
Ginnheimer Landstraße 42/666,
60487 Frankfurt
kayvan.bozorgmehr@googlemail.com

Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Beaglehole R, Bonita R, Horton R et al (2004) Public health in the new era: improving health through collective action. *Lancet* 363:2084–2086
2. CSDH (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. WHO, Geneva
3. Donaldson L, Banatvala N (2007) Health is global: proposals for a UK Government-wide strategy. *Lancet* 369:857–861
4. Evans GR (2008) Thomas McKeown meet Fidel Castro: physicians, population health and the Cuban paradox. *Healthc Policy* 3:21–32
5. Gerlinger Th (2007) Soziale Ungleichheit von Gesundheitschancen: Anmerkungen zum Beitrag der Gesundheitspolitik. Institut für Medizinische Soziologie – Zentrum für Gesundheitswissenschaften. Universität Frankfurt/Main
6. GHW2 (2008) Global Health Watch 2. An Alternative World Health Report. In: Medact (eds) Global equity gauge alliance, people's health movement. Zed Books, London
7. Global Health Watch 2 Working Group (2006) Making WHO work better: an advocacy agenda for civil society and NGOs. GHW2
8. Hein W (2007) Global Health. A policy field of underestimated importance. Friedrich-Ebert-Stiftung, Bonn/Berlin
9. HM Government (2008) Health is global: a UK Government strategy 2008–13. HM Government, London
10. Kickbusch I, Lister G (2006) European perspectives on global health. A policy glossary. In: Kickbusch I, Lister G (eds) European Foundation Centre. Brussels, pp 1–70
11. Klapper A, Bardehle D, Razum O (2007) Alters- und geschlechtsspezifische Mortalität im Ruhrgebiet von 1994–2004. *Gesundheitswesen* 69:521–526
12. Lampert T, Saß AC, Häfelfinger M, Ziese T (2005) Armut, Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Berliner Zentrum Public Health (BZPH), Berlin
13. Mielck A (2008) Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten. Huber, Bern
14. Mueller O, Razum O (2008) 30 Jahre Primary Health Care: Die Neuauflage einer revolutionären Idee. *Dtsch Arztebl* 7:407
15. Razum O (2008) Globale Gerechtigkeit als Herausforderung für die angewandte Ethik. Das Beispiel Kindersterblichkeit. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitschutz* 51:184–190
16. Razum O, Breckenkamp J (2007) Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich. *Dtsch Arztebl A* 104:2950–2956
17. Razum O, Zeeb H, Laaser U (2006) Globalisierung – Gerechtigkeit – Gesundheit. Einführung in International Public Health. Huber, Bern
18. Razum O, Zeeb H, Meesmann U et al (2008) Migration und Gesundheit. Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert-Koch-Institut, Berlin
19. Richter M, Hurrelmann K (2007) Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden
20. WHO (2007) Unaudited interim financial report for the year 2006. Annex:extrabudgetary resources for programme activities. WHO, Geneva
21. WHO (2008) The world health report 2008: primary health care now more than ever. WHO, Geneva