

# Gesundheit für alle braucht eine neue gerechte Weltwirtschaftsordnung

---

Andreas Wulf

Wie eng wirtschaftspolitische Fragen und Entscheidungen mit dem Zugang zu notwendiger und guter Gesundheitsversorgung verbunden sind, wurde in den Jahren der Covid-19-Pandemie deutlicher denn je. Vor allem um die Regeln zu geistigen Eigentumsrechten wurde bei der Welthandelsorganisation gestritten (siehe Interview mit Otieno Sumba in diesem Band).

Historisch betrachtet fanden immer wieder wirtschaftspolitische Konzepte Eingang in internationale Gesundheitspolitiken und beeinflussten diese entscheidend. Dies zeigt exemplarisch die 1978 von den Mitgliedstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verabschiedete »Alma-Ata-Deklaration«, die die New International Economic Order (NIEO) prominent zitiert. Die Deklaration gilt als Schlüsseldokument der globalen Gesundheitspolitik, da sie mit dem Slogan *health for all* und der Strategie der Primary Health Care (PHC) das Thema globale Gerechtigkeit ins Zentrum der Arbeit der WHO und ihrer Mitglieder rückte. Dieser Fokus auf soziale Gerechtigkeit (und nicht nur auf Gesundheitsversorgung) war in seiner Breite und vor allem mit seinen politischen Implikationen nie unumstritten. Die Deklaration formulierte unter anderem Kritik an der Dominanz transnationaler Unternehmen in gesundheitsrelevanten ökonomischen Bereichen, aber auch an der fortdauernden Abhängigkeit ehemaliger Kolonien von der sogenannten Entwicklungshilfe. Die Länder des Globalen Südens forderten von der WHO eine aktive Unterstützung beim Aufbau ihrer eigenen Gesundheitssysteme und ihrer Unabhängigkeit ein. Dem gegenüber standen stets Versuche der *ersten Welt*, die Arbeit der WHO stärker auf medizinisch-technische Fragen zu beschränken und sie damit zu entpolitisieren.

Dieser Beitrag zeichnet anhand der in Alma-Ata formulierten PHC-Strategie die wichtigsten Stationen der globalen Gesundheitsdebatten und -praxen im Anschluss an die Deklaration nach. Dabei verweist er auf relevante Bezüge

zu den Themen der NIEO sowie auf die Erfahrungen bei der Umsetzung der Strategie beziehungsweise bei deren Scheitern. Die WHO ist einerseits eine eigenständige Akteurin und andererseits politische Bühne und Instrument ihrer Mitgliedstaaten. Dieser Doppelrolle der WHO geht der Beitrag anhand der Debatten um die PHC-Strategie nach. Abschließend untersucht der Artikel, inwieweit sich die Vision der Primary Health Care im aktuellen WHO-Konzept der Universal Health Coverage (UHC) wiederfindet, das seit den 2010er Jahren PHC als Leitbegriff ablöste und sich auch in den Diskussionen um die Ziele für nachhaltige Entwicklung (SDG) der Vereinten Nationen (UN) gegenüber dem älteren Konzept PHC durchgesetzt hat.

### **Die Bedeutung der NIEO für die Alma-Ata-Deklaration**

Den Ländern Asiens und Afrikas, die sich nach dem Zweiten Weltkrieg aus der Herrschaft europäischer Kolonialmächte befreien konnten, war von Anfang an klar, dass der Aufbau einer sozialen Infrastruktur in den Bereichen Gesundheit und Bildung für alle Menschen – und nicht nur für die relativ kleinen einheimischen Eliten – deutliche öffentliche Investitionen erfordern würde. Das Ziel einer eigenständigen Wirtschaftspolitik, die solche Investitionen absichern sollte, einte antikoloniale Befreiungsbewegungen und die daraus hervorgegangenen Regierungen trotz ihrer unterschiedlichen ideologischen Ausrichtungen. Daraus entwickelten sich wichtige neue Bündnisse wie die Bewegung der Blockfreien Staaten und die daraus hervorgegangene Gruppe der 77 innerhalb der UN. Denn auch nach Erreichen der politischen Unabhängigkeit blieben diese Staaten in den weiter herrschenden globalen wirtschaftlichen Strukturen gefangen, da sie vorrangig primäre Rohstoffe (Agrarprodukte oder Bodenschätze) exportierten. Daher wuchs das Bestreben nach einer Veränderung der internationalen ökonomischen Regeln und Strukturen.

Entsprechende Debatten in der UN führten zu einer Reihe wirtschaftspolitischer Konferenzen – der »United Nations Conference on Trade and Development« (UNCTAD). Dabei spielte Gesundheitspolitik in diesen Foren kaum eine Rolle. Auf den zweiten Blick verwundert es jedoch nicht, dass die Diskussionen bei den UN über die NIEO als Bedingung für ein Recht auf ökonomische und soziale Entwicklung für die neuen selbstständigen Staaten Asiens, Afrikas und der Karibik in den 1970er Jahren auch Eingang in Debatten und Textentwürfe bei der WHO fand. Denn die Neuorientierung der WHO auf Fragen von Ungerechtigkeit, sozialer Ungleichheit und deren Überwindung voll-

zog sich ebenfalls auf Grundlage der Erfahrungen der Entkolonialisierung. Mit der wachsenden Zahl neuer WHO-Mitgliedstaaten aus Asien und Afrika wurden entsprechende Stimmen lauter und einflussreicher. Exemplarische Erfolge bei der Umgestaltung von Gesundheitssystemen verliehen den Forderungen dieser Länder zusätzlich Gewicht.

Das entscheidende Ende dieses Prozesses markiert die Alma-Ata-Deklaration. Sie war das Schlusssdokument einer 1978 von WHO und dem UN-Kinderhilfswerk (UNICEF) gemeinsam organisierten Tagung in der Hauptstadt der damaligen Sowjetrepublik Kasachstan (heute Almaty). Mit der Zielorientierung *health for all* und mit Primary Health Care als Strategie sollte sie zum neuen Leitbild der WHO werden. Die Deklaration erwähnt die NIEO dabei gleich an zwei Stellen:

In Artikel 3 der Alma-Ata-Deklaration heißt es:

»Die wirtschaftliche und soziale Entwicklung auf der Grundlage einer neuen internationalen Wirtschaftsordnung ist von grundlegender Bedeutung für die größtmögliche Verwirklichung von Gesundheit für alle und für die Verringerung der Kluft zwischen dem Gesundheitszustand der Entwicklungsländer und der entwickelten Länder.« (WHO/UNICEF 1978: 2, eigene Übersetzung)

Der abschließende Absatz der Deklaration betont:

»Die Internationale Konferenz über primäre Gesundheitspflege fordert dringende und wirksame nationale und internationale Maßnahmen zur Entwicklung und Umsetzung der primären Gesundheitspflege in der ganzen Welt und insbesondere in den Entwicklungsländern im Geiste der technischen Zusammenarbeit und im Einklang mit einer neuen internationalen Wirtschaftsordnung.« (ebd.: 6, eigene Übersetzung)

Die Alma-Ata-Deklaration rückte die massive globale Ungleichheit in der Gesundheit als Teil einer Orientierung auf *social development* ins Zentrum der WHO. Damit überwand sie die vorwiegend technisch-medizinischen Interventionslogiken, die das Handeln der WHO in den 1950er und 1960er Jahren geprägt hatten, etwa in Form der Programme zur Ausrottung von Tuberkulose, Malaria, Pocken oder Parasiten. Die Deklaration betonte damit zugleich, dass die Länder des Globalen Südens nur durch eine Änderung der globalen Terms of Trade ausreichend eigene ökonomische Mittel für den

Aufbau sozialer Infrastrukturen und funktionierender Gesundheitssystemen haben würden.

### Transnationale Konzerne in der Kritik

In den Konzepten der NIEO spielte auch Kritik an der Macht multinationaler Konzerne eine wesentliche Rolle. Diese waren in vielen neu dekolonisierten Ländern weiterhin im Besitz der Infrastruktur des ökonomisch so wichtigen Rohstoffabbaus und -handels. Die Nationalisierung essenzieller Rohstoffvorkommen war für die jungen Staaten eine wichtige Strategie zur Erlangung nationaler Souveränität sowie potenzieller Ressourcen für öffentliche Budgets. Die Kritik an multinationalen Rohstoffunternehmen korrespondierte in den 1970er Jahren mit zwei wesentlichen globalen Gesundheitsdebatten, in denen es um die Dominanz transnationaler Konzerne in Schlüsselfeldern globaler Gesundheit ging, was den Diskussionen eine hohe öffentliche Aufmerksamkeit einbrachte.

Die erste Debatte wurde um sogenannte Brustmilchersatzstoffe geführt, die Unternehmen mit aggressiven Vermarktungsstrategien vertrieben. Dagegen mobilisierten Aktivist:innen unter anderem mit einem jahrelangen Konsument:innenboykott von Produkten des Konzerns Nestlé. Sie erreichten damit eine hohe internationale Sichtbarkeit für das Problem der unregulierten Marktmacht solcher Großkonzerne, aber auch für deren gesundheitliche Folgen (Sasson 2016). Ein Meilenstein in diesem Kampf war die Verabschiedung des »International Code of Marketing of Breast Milk Substitutes« durch die Weltgesundheitsversammlung 1981 (WHO 1981). Dieser untersagt etwa die direkte Werbung für Brustmilchersatzstoffe an schwangere Frauen und Mütter, die die WHO-Empfehlung zur ausschließlichen Ernährung von Säuglingen durch Stillen für mindestens sechs Monate konterkarieren.

Das zweite große Kampffeld von Gesundheitsaktivist:innen waren Versuche, die Oligopole multinationaler Pharmaproduzent:innen aus dem Globalen Norden einzuschränken und damit die Versorgung mit kostengünstigeren Arzneimitteln zu sichern. In vielen Ländern entstanden Initiativen für eine lokale Produktion nicht patentierter Nachahmerprodukte (Generika). Ein weiteres wichtiges Anliegen war die Kontrolle und Reduktion des Dschungels Zehntausender verfügbarer Markenprodukte zu einer überschaubaren Liste der wichtigsten »unentbehrlichen« Medikamente für die häufigsten und dringlichsten Krankheiten. Dies erfolgte durch das WHO-Programm »Essential Medicines« mit seiner »Model List of Essential Drugs« (Laing et al.

2003). Auch an diesem Vorhaben waren von Anfang an kritische zivilgesellschaftliche Stimmen aktiv beteiligt. In Deutschland führte dies zum Beispiel zur Gründung der BUKO-Pharmakampagne (Korzilius 2011).

## Die WHO zwischen Krankheitsbekämpfung und Gesundheitsförderung

Schon bei ihrer Gründung 1948 war eine Orientierung der WHO an den politischen Bedingungen für Gesundheit angelegt, kam aber in der Praxis oft nur reduziert zur Anwendung. Die Gründung der WHO war weit mehr als ein (gesundheits-)technisches Programm der UN. Mit der direkten Mitgliedschaft von Staaten in der WHO besaß sie eine unabhängige Finanzierung und mit der jährlichen World Health Assembly auch einen eigenen gesundheitspolitischen Debattenraum.

In ihrer Verfassung orientiert sich die WHO – wie auch die UN-Menschenrechtscharta – an einem (gesundheitlichen) Menschenrechtskonzept. Die Präambel dieser Verfassung geht weit über ein eng medizinisches Verständnis von Gesundheit hinaus und definiert diese als »Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens und nicht nur das Fehlen von Krankheit oder Gebrechen« (WHO 1946). Konzeptionell öffnet sich die WHO damit über die rein medizinische Gesundheitsversorgung hinaus auch für soziale, wirtschaftliche und politische Determinanten der Gesundheit.

Kurz nach dem Zweiten Weltkrieg befanden sich die global dominierenden Länder der Welt allerdings unter dem Eindruck technischer Errungenschaften der modernen klinischen Medizin. Die rasche Entwicklung von Pharmazie und Medizintechnologie legte den Fokus auf erfolgreiche Krankheitsbehandlung und weniger auf strukturelle Ursachen von Gesundheit und Krankheit. Der unmittelbar nach Gründung der WHO einsetzende Kalte Krieg reduzierte zudem die Bereitschaft zur globalen Kooperation im gemeinsamen Interesse. Marcolino Candau wurde 1953 der zweite Generaldirektor der WHO und blieb zwanzig Jahre lang an deren Spitze. Er kam aus Brasilien und damit nicht aus der *ersten Welt*. Als ehemaliger Mitarbeiter der einflussreichen Rockefeller Foundation förderte er jedoch ein technizistisches Verständnis von *public health* in der WHO, welches diese lange Zeit dominieren sollte (Birn et al. 2023).

Tatsächlich konzentrierte sich die WHO auf gezielte Programme zur Bekämpfung von (Infektions-)Krankheiten, und die Praxis ihrer und anderer internationaler Experten (Frauen waren zu dieser Zeit noch kaum zu finden) äh-

nelte häufig (wohlmeinenden) kolonialen Aufsichtsbeamten. So beschrieb zumindest Halfdan Mahler, der entscheidende WHO-Generaldirektor der 1970er und 1980er Jahre, selbstkritisch seine eigene Arbeit in Lateinamerika und Indien (Mahler 1988). Die wichtigen WHO-Programme zeigen diese Tendenz klar auf. Die WHO unterstützte ihre Mitgliedsländer maßgeblich bei Versuchen, die Malaria auszurotten. Diese setzten auf neu entwickelte Medikamente, aber vor allem auf regelmäßiges Versprühen des Insektizids DDT, das die übertragenden Mücken eliminieren sollte. Außerdem strebte die WHO mit Impfprogrammen gegen Pocken, Tuberkulose und Kinderlähmung eine Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit sowie wesentlicher Krankheitslasten vor allem in den Ländern des Globalen Südens an. Auch die unter Armutbedingungen oft schwer verlaufenden und tödlichen Masern versuchte die WHO nach der Entwicklung eines wirksamen Impfstoffes in den 1960er Jahren auszurotten (WHO o.J. a). Der anfängliche Optimismus solcher Programme, mit denen die WHO hoffte, Krankheiten ein für alle Mal auszurotten zu können, wurde nur in einem Fall bestätigt: 1979 gelang in einer großen globalen Kraftanstrengung die Ausrottung der Pocken (WHO o.J. b; Hendersson 2012). Schon bei der Malaria scheitert der Versuch, diesen Erfolg zu wiederholen. Das Ziel, Polio (Kinderlähmung) vollständig zu eliminieren, verfolgt die WHO noch immer. Doch auch 35 Jahre nach Start der »Global Polio Eradication Initiative« 1988 ist das Virus in zwei verbleibenden Ländern (Afghanistan und Pakistan) noch immer endemisch.

Das letzte Beispiel verdeutlicht, wie wesentlich die sogenannten nicht medizinischen Rahmenbedingungen sind – also die erwähnten sozialen, politischen und ökonomischen Determinanten der Gesundheit. Ihr Einfluss auf den Erfolg von Gesundheitsprogrammen ist entscheidend. Politische und militärische Konflikte – wie es sie auch in Afghanistan und Pakistan gab – können die Durchführung und Wirksamkeit von Gesundheitsmaßnahmen (z.B. Impfungen) wirkungsvoll behindern, ebenso wie massive Naturkatastrophen oder unzureichende physische Infrastruktur. Bereits bei den Malaria-Ausrottungsprogrammen war deutlich geworden, dass diese in den besonders von der Krankheit betroffenen afrikanischen Staaten auch an den mangelhaften Gesundheitsdiensten gerade in ländlichen Gebieten scheiterten.

## Primary Health Care benötigt grundlegende Veränderungen und lokale Akteur:innen

Die Bedeutung der Entkolonialisierung für die Veränderungen gesundheitspolitischer Debatten kann nicht überschätzt werden. In den wenigen Jahren zwischen 1956 und 1967 entstanden allein in Afrika 30 neue unabhängige Staaten. 1970 waren fast ein Drittel der WHO-Mitglieder afrikanische Staaten. In der Folgezeit wurden die Unzulänglichkeiten der Gesundheitssysteme in diesen Staaten deutlich und gerieten zum Politikum. Sie stammten aus der Kolonialzeit und setzten vornehmlich auf Krankenhäuser und (importiertes) medizinisches Fachpersonal. Dabei reichte die Gesundheitsversorgung kaum über die Hauptstädte und die neuen Eliten hinaus.

Wie sehr *Krankheit* und *soziale Lage* miteinander zusammenhängen, hatte die Sozialmedizin in Europa und Nordamerika bereits in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts aufgezeigt (Mosse/Tugendreich 1997 [1913]). Nach erfolgreichen gesellschaftlichen Umwälzungen in den Ländern des Globalen Südens traten nun erfolgreiche alternative Modelle zur Verbesserung der Gesundheits- und Lebensbedingungen hervor. Die prominentesten Beispiele in den 1960er Jahren waren ohne Zweifel die chinesischen Barfußärzt:innen (Zhang/Unschuld 2008) – in Gesundheitskursen ausgebildete Bäuer:innen, die eine lokale Grundversorgung sichern konnten und an *Public-Health*-Kampagnen beteiligt waren – sowie das postrevolutionäre Gesundheitswesen in Kuba (Swanson et al. 1995). In diesem standen lokale präventive und kurative Gesundheitsaktivitäten in der Nachbarschaft im Vordergrund, ergänzt durch ehrgeizige Institutionen wie ein nationales Programm zur Entwicklung und Produktion von Medikamenten und Impfstoffen – wie zuletzt anhand kubanischer Covid-19-Impfstoffe zu sehen war. Für beide Beispiele galt: Neben der Krankenversorgung waren auch eine Verbesserung der Ernährung und des Zugangs zu sauberem Wasser sowie die Gesundheitsbildung gleichwertige Arbeitsfelder einer »sozialen Medizin« im Sinne guter Gesundheit.

Zentral war beiden Ansätzen einer anderen Gesundheitspolitik und -praxis dabei auch eine starke Einbeziehung lokaler Kommunen in die Prioritätensetzung der professionellen Gesundheitsdienste. Eine Reihe solcher *Grass-roots*-Gesundheitsprogramme realisierten neben China und Kuba auch andere Länder, etwa Indien, Iran, Tansania, Bangladesch oder Venezuela. WHO und UNICEF dokumentierten deren Erfolge (WHO 1975a; WHO/UNICEF 1975).

Die Dynamik dieser Programme strahlte auch auf traditionelle Akteur:innen aus: Missionarische Gesundheitsdienste, die in vielen Ländern Teil der *soft*

*power* von Kolonialregimen gewesen waren, begannen in den 1960er und 1970er Jahren, ihre Rolle als Teil postkolonialer Abhängigkeitsverhältnisse selbstkritisch zu reflektieren. Sie hinterfragten auch die Wirksamkeit ihrer Tätigkeit, die sich auf reine Krankenversorgung reduzierte. Das führte zur Gründung der Christian Medical Commission (CMC) beim Weltkirchenrat in Genf – also in unmittelbarer Nähe zur WHO. Die CMC wurde zu einer wichtigen Akteurin bei der Entwicklung des WHO-Paradigmas der Primary Health Care (Litsios 2004).

Die genannten Praxiserfahrungen und -erfolge wurden schließlich systematisiert in der Strategie der Primary Health Care. Diese wollte ausgehend von der Orientierung an sozialer Gerechtigkeit die wesentlichen Gesundheitsprobleme in den Kommunen mit einer intersektoralen und kooperativen Arbeitsweise angehen. Teilhabe und Selbstermächtigung der lokalen Bevölkerung sollten in Kooperation mit Gesundheitsprofessionellen gestärkt werden. Deren Arbeit sollte sich an den Bedürfnissen der Gemeinden ausrichten, so beschrieben es die »Principles of Primary Health Care« (WHO 1975b). Insbesondere Halfdan Mahler – der charismatische Generaldirektor der WHO von 1973 bis 1988 – warb und mobilisierte in den Strukturen und Gremien der WHO für diese Strategie (WHO 1976). Die erwähnte Alma-Ata-Deklaration bestätigte diesen Kurs 1978 (WHO/UNICEF 1978).

Dabei war Mahler sehr wohl bewusst, dass es bei der Umsetzung der geplanten grundlegenden Änderungen vor allem auf den politischen Willen der nationalen Regierungen ankam. Daneben ging es allerdings auch darum, die globalen Voraussetzungen für eine ökonomische und soziale Entwicklung postkolonialer Staaten zu verändern. Daher nahm die Alma-Ata-Deklaration auch prominent Bezug auf die NIEO. Mahler verlangte in Alma-Ata von den versammelten Delegierten der WHO-Mitgliedsländer eine Bereitschaft zur Ressourcenzentralisierung, zur Beteiligung von Kommunen an Planungs- und Umsetzungsprozessen sowie internationale Solidarität für eine solche Strategie (Mahler 1988 [1978]). Damit wurden zugleich die Grenzen dieser Strategie deutlich: Ohne solche internationalen (und nationalen) Prozesse der Mobilisierung und der Umverteilung nicht nur von Ressourcen, sondern auch von politischer Macht und Entscheidungsmöglichkeiten drohte die Umsetzung der PHC-Strategie zu scheitern.

## Schuldenkrise und Anpassung der PHC-Strategie an die neuen ökonomischen Realitäten

Tatsächlich sollten in den folgenden Jahren sowohl die NIEO als auch die umfassende PHC-Strategie scheitern. Nahezu unmittelbar nach der Alma-Ata-Konferenz änderten sich Ende der 1970er Jahre die von Mahler betonten ökonomischen und politischen Rahmenbedingungen dramatisch: Wichtige Länder des Globalen Südens gerieten in eine Schuldenkrise. Austeritätsbedingungen der wichtigen Kreditgeber (Internationaler Währungsfonds (IWF) und Weltbank) führten zu massiven Einschränkungen öffentlicher Budgets. Damit war an einen umfassenden Ausbau staatlich finanzierter sozialer Infrastruktur für Gesundheit und an die Schaffung gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen nicht mehr zu denken. Vielmehr wurden nun sogenannte pragmatische Lösungen für die dringendsten Gesundheitsprobleme gesucht. Die Weltbank, die mit deutlich größeren Finanzmitteln ausgestattet war, entwickelte sich auch konzeptionell zu einer Konkurrentin der WHO (World Bank 1983).

Typisch für die pragmatischen Beschränkungen der nun nicht mehr umfassenden, sondern *selektiven* PHC-Strategie war die von UNICEF ab Anfang der 1980er Jahre geförderte »Child Survival Revolution«. Eine begrenzte Zahl kostengünstig durchzuführender Maßnahmen sollte »new hope in dark times« bringen (UNICEF 1983): Wachstumsmonitoring von Säuglingen und Kleinkindern, orale Rehydratationslösungen gegen gefürchtete Durchfallerkrankungen, möglichst langes Stillen und Verzicht auf Brustmilchersatzstoffe sowie Impfungen gegen die häufigsten Kinderkrankheiten.

Fast alle Entwicklungsländer griffen diese Maßnahmen mit großem Aufwand auf und es entstand eine Art internationaler Wettkampf um die Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeitsziffern. UNICEF veröffentlichte eine entsprechende Rangliste in seinen jährlichen Berichten. Kritiker:innen dieses reduzierten Konzepts richteten sich vor allem gegen das rein technizistische Verständnis von Gesundheitsverbesserungen (Unger/Killingsworth 1986), gegen die ökonomistische Betrachtungsweise (Stichwort Kosteneffektivität, siehe Berman 1982) sowie dagegen, dass das Zusammenschmelzen der Budgets für nationale Gesundheitsdienste unter dem Diktat öffentlicher Sparpolitiken, der Haushaltssanierung und der Bedienung der Schuldendienste durch den IWF so klaglos toleriert wurde (Wisner 1988).

Die ökonomischen Realitäten von Schuldenkrise und Austeritätsmaßnahmen verschärfen sich in den folgenden Jahren noch: Aus kostenlosen öffentli-

chen Gesundheitsdiensten wurden sich selbst finanzierende Kliniken, die mit Nutzungsgebühren (etwa für Medikamente oder Tests) die defizitären öffentlichen Haushalte entlasten sollten (Ferranti 1985). UNICEF machte daraus den aus heutiger Sicht zynischen Slogan »adjustment with a human face« (Corina et al. 1987; Kanji 1989). Die problematischen Aspekte waren nicht zu übersehen: Die Nutzung ambulanter Dienste ging rapide zurück – gerade bei denjenigen Teilen der Bevölkerung, die am dringendsten darauf angewiesen waren. Derartige Rückgänge der Gesundheitsversorgung wurden besonders aus afrikanischen Ländern berichtet, aber auch aus der Volksrepublik China, also einem Land, das als eines der erfolgreichen Beispiele für die PHC-Strategie gegolten hatte. Auch in China wurden Nutzungsgebühren zu einem massiven Hindernis für die Gesundheitsverbesserung, wie die Weltbank selbst berichtete (World Bank 1993).

Um die Jahrtausendwende entstanden, häufig auf Initiative und mit Finanzierung großer philanthropischer Stiftungen (etwa der Bill & Melinda Gates Foundation, Rotary International oder des Wellcome Trust), unter aktiver Beteiligung multinationaler Unternehmen und Staaten sogenannte »Global Public Private Partnerships for Health« – neue Initiativen zur Bewältigung globaler Gesundheitsprobleme. Diese waren vermeintlich effizienter als die bi- und multilateralen Programme der klassischen Entwicklungszusammenarbeit. Die WHO spielte dabei nur noch eine Nebenrolle. Zu nennen sind etwa die »Global Alliance for Vaccines and Immunisation« (GAVI) gegen nachlassende Impfraten in den UNICEF-Programmen, die »Polio Eradication Initiative« gegen Kinderlähmung, »Stop TB Partnership« gegen Tuberkulose oder die »Roll back Malaria«-Initiative gegen Malaria. Trotz anhaltender Kritik gerade an der Fragmentierung öffentlicher Gesundheitssysteme in zahlreiche Einzelprogramme, die dann um personelle und finanzielle Ressourcen konkurrieren (Deva 2006; Eurodad 2022) sind diese Modelle in der globalen Gesundheitspolitik weiterhin prominent vertreten. Dies war auch während der Coronakrise am »Access to COVID-19 Tools (ACT) Accelerator« zu sehen (Akomea-Frimpong et al. 2022).

Aufgrund der neuen Akteur:innen und neuer Fundraising-Initiativen brachten diese Global Public Private Partnerships for Health einen starken und dringend benötigten finanziellen Zugewinn für die erwähnten globalen Gesundheitsprogramme. Zugleich beförderten sie aber neben der beschriebenen Fragmentierung auch einen problematischen *multistakeholderism*, der sämtliche Akteur:innen als gleichberechtigte Partner versteht, ohne potenzielle Interessenskonflikte ausreichend zu berücksichtigen. Das Konzept

unterscheidet nicht zwischen Akteur:innen, die profitorientiert sind und die es deshalb zu regulieren gilt und jenen, die solche Regulierungen durchsetzen müssten, um öffentliche Interessen zu schützen (Gleckman 2018). Diese Public-private-Partnerships wurden ein wesentliches Instrument zur Erreichung der Millennium Development Goals (MDG). Anstelle einer gerechteren Weltwirtschaftsordnung, wie sie die NIEO noch gefordert hatte, setzten die MDG wie schon die früheren *selektiven* PHC-Maßnahmen auf pragmatische Problemlösungen mit einem starken Fokus auf messbare Erfolge und öffentlichkeitswirksames Fundraising (Amin 2006).

## Die Wiederbelebung der PHC-Strategie außerhalb und innerhalb der WHO

Die Strategie der Primary Health Care und vor allem ihre enge Verknüpfung mit Fragen der globalen Ökonomie (und mit der NIEO) – wie in der Alma-Ata-Deklaration formuliert – geriet in dieser Zeit zwar in die Defensive, jedoch nicht komplett in Vergessenheit. Besonders zivilgesellschaftliche Akteur:innen, die Ende der 1970er Jahre an den radikalen Konzepten der PHC beteiligt gewesen waren, vertraten die Idee weiter. Im Dezember 2000 nahm eine große People's Health Assembly bewusst Bezug auf das 1978 in Alma-Ata ausgegebene Ziel *health for all by the year 2000*. Knapp 1.500 Teilnehmer:innen aus dutzenden Ländern formulierten in Bangladesch eine »People's Health Charta«, die Gesundheit (in einem breiten Verständnis) als Menschenrecht und die sozialen Determinanten der Gesundheit als integrale Bestandteile von Gesundheitsarbeit begriff. Dabei forderten sie in Rückgriff auf Positionen aus der NIEO-Debatte um gerechtere Weltwirtschaftsstrukturen auch einer Reform der Welthandelsorganisation (WTO), eine Kontrolle transnationaler Konzerne, Schuldenstreichungen für den Globalen Süden sowie sogenannte *health impact assessments* (Gesundheitsfolgenabschätzungen) ökonomischer Maßnahmen, besonders bei bi- und multilateralen Handelsabkommen (PHM 2000). In solchen Handelsabkommen wurde häufig ein erleichterter Marktzugang für Agrar- oder Rohstoffprodukte der Entwicklungsländer vereinbart – im Gegenzug wurden vielfach Patentregeln, die im Interesse der Industrieländer liegen, verschärft – auch für Medikamente und andere Medizinprodukte. Das führte zu deutlichen Preissteigerungen und Zugangsbegrenzungen für arme Patient:innen in Entwicklungsländern (HAI 2017).

Aus dieser Versammlung in Bangladesch entstand in den folgenden Jahren das People's Health Movement (PHM), in dessen Rahmen Aktivist:innen, Akademiker:innen und zivilgesellschaftliche Organisationen die Ideen und Praxen der PHC-Strategie fortführten. Dazu gehören etwa die sogenannten alternativen Weltgesundheitsberichte, die ein internationales Autor:innenkollektiv unter dem Namen Global Health Watch regelmäßig veröffentlicht (bisher sechs Mal, siehe PHM et al. 2022). Das PHM ist auch in Genf tätig, also am Sitz der WHO, wo es die World Health Assemblies, die jährlichen Mitgliedsversammlungen der WHO, beobachtet und kommentiert (PHM o.J.).

Die Wiederbelebung der PHC-Strategie und insbesondere der Einbeziehung sozialer Determinanten der Gesundheit sowie intersektoraler Perspektiven auf die Verbesserung der grundsätzlichen Lebensbedingungen für alle Menschen konnte in den 2000er Jahren auch bei der WHO wieder stärker Fuß fassen. Das gilt vor allem für die Commission on Social Determinants of Health (CSDH) der WHO, die von 2005 bis 2008 bestand und an der auch prominente Akteur:innen aus dem People's Health Movement beteiligt waren. Der CSDH-Abschlussbericht von 2008 stellte anstelle einzelner Krankheitserreger soziale Ungleichheit als den wesentlichen *killer* heraus: »Social injustice is killing people on a grand scale«, betonte schon das Vorwort des Berichts unmissverständlich (WHO 2008). Dementsprechend forderte die Kommission aktive Verbesserungen im Bereich der Arbeitsmarktpolitik, der sozialen Sicherungssysteme, des universellen Zugangs zu Gesundheitsversorgung, aber auch geschlechtergerechte Politik, die politische Inklusion marginalisierter und besonders vulnerabler Gruppen sowie die Finanzierung öffentlicher Infrastrukturen. Kritisch anzumerken bleibt, dass die internationale ökonomische Dimension im CSDH-Bericht unterbelichtet bleibt. Sein Fokus liegt eindeutig auf nationalen Politiken. Doch deren Begrenztheit angesichts eines globalen neoliberalen Kontexts ist seit den 1980er Jahren schon allzu deutlich geworden.

Erst die Coronakrise und die ökonomischen und sozialen Verheerungen, die sie in vielen Ländern des Globalen Südens angerichtet hat, führte wieder zu mehr Beachtung der globalen Dimension der sozialen Determinanten der Gesundheit. So beauftragte die World Health Assembly 2021 das Sekretariat der WHO mit explizitem Verweis auf den erwähnten Bericht von 2008, einen neuen »World Report on Social Determinants of Health Equity« zu verfassen, (Resolution 74.16, siehe WHO o.J. c).

Es bleibt zu sehen, ob sich daraus eine neue Dynamik entwickelt, bei der über soziale (und ökonomische, ökologische sowie politische) Determinanten

der Gesundheit nicht nur viel gesprochen, sondern auch entsprechend gehandelt wird und ob die internationale ökonomische Dimension dabei stärker miteinbezogen wird wie schon in den 1970er Jahren.

## Universal Health Coverage als neues Paradigma der WHO

Anstelle von Primary Health Care wurde 2015 allerdings Universal Health Coverage (UHC) das neue Leitkonzept im Ziel 3 (Gesundheit und Wohlergehen) der UN-Nachhaltigkeitsziele (SDG) (Destatis 2023). Die WHO hatte UHC bereits 2010 in drei Dimensionen definiert: universell im Sinne einer zunehmenden Abdeckung aller Gesundheitsleistungen, im Sinne einer Absicherung aller Menschen und im Sinne einer maximalen Reduzierung der finanziellen Belastungen für Menschen (WHO 2010).

Dass mit *coverage* (Abdeckung) ein Begriff aus der Versicherungswirtschaft zum Leitbegriff in der globalen Gesundheitsdebatte wurde, war wesentlich den neuen Realitäten einer zunehmend urbanisierten Welt geschuldet. Mit der zunehmenden Verstädterung der Welt – 55 Prozent der Weltbevölkerung lebte bereits 2018 in Städten, bis 2050 sollen es 68 Prozent werden (UN DESA 2018) – verändern sich auch die Problemlagen: Für immer größere Teile der Menschheit ist nicht mehr (wie in den 1970er Jahren) das Fehlen oder die physische Erreichbarkeit von Gesundheitsdiensten das Problem, sondern die Bezahlbarkeit von Gesundheitsleistungen beziehungsweise deren Qualität. Die zunehmende Verarmung von Familien durch *katastrophisch hohe Gesundheitskosten* sind spätestens seit der Jahrtausendwende ein Thema für die WHO, aber auch für Gesundheitsökonom:innen der Weltbank (Shrime 2021). Diese Verarmung kann auch als Nebeneffekt der seit vielen Jahren vorangetriebenen Privatisierung von Gesundheitsversorgung betrachtet werden. Diese hat auch vor staatlichen Dienstleistungen nicht Halt gemacht. Das Prinzip der Kostendeckung wurde wie bereits erwähnt schon in den 1980er Jahren in Form von Nutzungsgebühren realisiert.

Solch hohe Gesundheitsausgaben gefährdeten zudem Erfolge der als Ausweg aus der Armut gefeierten Mikrokreditprogramme. Als Ausweg etablierten zahlreiche Akteur:innen verschiedene Modelle von Gesundheitsversicherungen auch außerhalb traditioneller, formaler Beschäftigungsverhältnisse. Damit sollte die große Mehrheit von Menschen im Globalen Süden abgesichert werden, die in Subsistenz- oder informellen Ökonomien arbeiten und am meisten von den hohen Kosten zunehmend privatisierter und kommer-

zialisierter Gesundheitsdienste betroffen sind (etwa in Mexiko, siehe WHO 2015). Die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit zeigt sich in solchen Initiativen besonders engagiert, gelten doch die deutschen Erfahrungen mit gesetzlichen Krankenversicherungen als vorbildlich (GTZ 2004).

Eine wesentliche Kritik an diesen Versicherungen lautete erstens, dass die Ärmsten sich die entsprechenden Beiträge gar nicht leisten könnten. Damit wurden gerade diejenigen nicht erreicht, die angesichts der katastrophalen Krankheitskosten am verletzlichsten sind (Oxfam 2008). Schon früh wurde deutlich, dass nur durch eine öffentliche Subventionierung der Beiträge für die Ärmsten tatsächlich universelle Strukturen im Sinne der UHC erreicht werden können (siehe Soors et al. 2010). Auch die WHO erkennt inzwischen an, dass solche *community health insurances* nur einen begrenzten Nutzen für die Erreichung des Ziels einer UHC haben (WHO 2020).

Zweitens artikuliert sich rasch berechnete Skepsis bezüglich der staatlichen Regulierung der zahlreichen neuen Akteur:innen in der Gesundheitsversorgung. In den meisten Ländern besteht inzwischen ein bunter Mix aus privaten, gemeinnützigen und profitorientierten Anbieter:innen. Dank öffentlich geförderter und kontrollierter Sozialversicherungsmodelle konnten zwar in vielen Ländern auch Menschen, die sich bislang keine private Krankenversicherung leisten können, private Gesundheitsdienste nutzen. Dennoch bedeutet Zugang zu Gesundheitsdiensten nicht unbedingt eine qualitativ hochwertige Gesundheitsversorgung. Oftmals stehen die privaten Gewinninteressen solcher Gesundheitsdienstleister:innen im Vordergrund. Patient:innen sind nur selten in der Lage, sich als informierte Kunden in der Vielzahl von Angeboten zurechtzufinden. Diese problematischen Aspekte privatisierter Gesundheitsdienste wurden in Ländern mit einer traditionell starken öffentlichen Regulation des Gesundheitssektors untersucht und kritisiert, etwa in Großbritannien (Goodair/Reeves 2022). Ähnliche Untersuchungen gibt es auch für ärmere Länder mit schwächeren administrativen Strukturen (Sengupta 2013).

Brasilien, ein *middle income country* mit seinem historisch bemerkenswert erfolgreichen, inklusiven öffentlichen Gesundheitsdienst, dem »Sistema Único de Saúde« (SUS) wird von der WHO häufig als Beispiel eines erfolgreichen UHC-Modells herangezogen. Doch das SUS kämpft genau mit dem beschriebenen Problem, einen universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung sicherzustellen, gerade weil sich der Privatsektor kaum regulieren lässt. Diese Dynamik wurde bereits 2004 beschrieben (Giovannella et al. 2004). Sie

verschärfte sich ironischerweise drastisch durch die erfolgreiche Armutsbekämpfung der Arbeiterpartei-Regierungen in den ersten eineinhalb Dekaden des 21. Jahrhunderts. In deren Folge gelang es einem größeren Teil der brasilianischen Bevölkerung, in eine (wenn auch prekäre) Mittelklasse aufzusteigen. Bis zu ein Viertel der Brasilianer:innen konnte sich nun eine private Krankenversicherung leisten, was privaten Gesundheitsdienstleister:innen eine wachsende Klientel sicherte (Massuda et al. 2018).

Ein Bericht von Weltbank und WHO von 2021 zeigt die Grenzen des UHC-Konzepts deutlich auf: Von 2015 bis 2017 stieg die Zahl der Menschen, die katastrophische Gesundheitsausgaben zu schultern haben, von 940 auf 996 Millionen – und das, obwohl immer mehr Menschen formal von UHC-Strukturen erreicht wurden (WHO/World Bank 2021: vii; siehe auch Wagstaff et al. 2017). Die Coronakrise schränkte die ökonomischen Perspektiven von großen Teilen der Weltbevölkerung später zusätzlich massiv ein.

Das UHC-Modell lässt eine Orientierung an sozialer Entwicklung sowie an grundlegenden Fragen der globalen Ökonomie vermissen. In der Alma-Ata-Deklaration stand diese mit Verweis auf die NIEO noch im Zentrum der Zielsetzung *health for all* und galt als Voraussetzung für eine nachhaltige öffentliche Gesundheitsfinanzierung (Sanders et al. 2019).

## Primary Health Care – Basisgesundheitsversorgung oder Perspektive von Gerechtigkeit?

Zudem reduzieren die UHC-Strategien das umfassende Konzept der Primary Health Care auf Basisgesundheitsdienste, also ein begrenztes Paket der wichtigsten grundlegenden medizinischen Leistungen (typischerweise Mutter-Kind-Gesundheit, Impfungen, Notfallbehandlungen, Behandlung häufiger (Infektions-)Krankheiten wie Tuberkulose, Malaria, HIV/AIDS, Bluthochdruck oder Diabetes). Die öffentliche Verantwortung (und Finanzierung) bleibt auf diese Minimalversorgung begrenzt. Alle anderen Gesundheitsdienste sollten Nutzer:innen mithilfe verschiedener Gesundheitsversicherungen auf dem privaten Markt upgraden können. Deutlich wurde dies einmal mehr bei einer Jubiläumstagung der WHO anlässlich des 40. Jahrestags der Alma-Ata-Deklaration, die 2018 in Astana, der neuen Hauptstadt Kasachstans, stattfand.

Das Abschlussdokument, die sogenannte Astana-Erklärung, benennt zwar alle wichtigen Aspekte der PHC-Strategie: einen gerechten Zugang zu qualitativer Gesundheitsversorgung für alle Menschen, umfassende gesund-

heitsfördernde, präventive, kurative und rehabilitative Elemente des Gesundheitssystems, die Multisektoralität erfolgreichen gesundheitspolitischen Handelns, die sozialen, ökonomischen und ökologischen Determinanten der Gesundheit sowie die Dringlichkeit des Problems katastrophischer individueller Gesundheitskosten. Aber die Erklärung belässt all das weitgehend in einem nationalen Handlungsrahmen. Sie benennt darüber hinaus keine strukturellen Ursachen, die es gerade verhindern, dass nationale Politik solch hoch hängende Ziele tatsächlich erreichen kann (WHO 2018).

Gegen eine solche Reduzierung der PHC-Strategien artikuliert sich zugleich auch Widerspruch, der den umfassenderen Ansatz von 1978 verteidigt. Noch auf der Konferenz in Astana formulierte ein zivilgesellschaftliches Bündnis öffentlichkeitswirksam einen »Call for a New Global Economic Order – the forgotten element of the Alma-Ata Declaration« (MMI 2018). Die Initiative verweist auf den verloren gegangenen utopischen Überschuss der Alma-Ata-Deklaration, die nicht nur bessere Gesundheitsversorgung für alle Menschen gefordert hatte, sondern tatsächlich eine »neue, solidarische Weltwirtschaftsordnung« (ebd.), die den neuen unabhängigen Staaten und Gesellschaften eine eigene Chance auf soziale und ökonomische Entwicklung geben wollte. Diese Staaten sollten gerade nicht dauerhaft von der Hilfsbereitschaft internationaler Geber:innen abhängig sein, um ihre eigenen sozialen Institutionen aufzubauen und sichern zu können.

## Die Notwendigkeit einer neuen Weltwirtschaftsordnung

Warum halten die Faszination für Primary Health Care und die Referenzen auf die NIEO auch noch 45 Jahre nach der Konferenz in Alma-Ata und unter ganz anderen politischen Bedingungen an?

Die Beschäftigung mit den sozialen Determinanten der Gesundheit führt geradezu unweigerlich zu einer Ebene sogenannter *root causes*. Damit sind grundlegende, weiterhin existierende soziale Ungleichheiten von Krankheitslasten und Gesundheitsperspektiven gemeint. Diese können mit einer Versorgung im Krankheitsfall und letztlich auch mit Interventionen in eine gute Trinkwasserversorgung oder Ernährungssicherung vor Ort allein nicht beseitigt werden. Wer zu diesen Wurzeln (*roots*) vordringen will, kommt um eine Analyse globaler ökonomischer Verhältnisse und um deren notwendige Veränderungen nicht herum (Machanda 2013).

Damit bleiben die grundlegenden Fragen nach der globalen Ordnung, wie sie die NIEO schon in den 1970er Jahren stellte, auch in aktuellen gesundheitspolitischen Debatten aktuell. Fragen der globalen Regulierung, der Redistribution und universeller Rechte dürfen in einer globalen Gesundheitsperspektive nicht fehlen (Labonté/Schrecker 2009). Die Frage der Regulation und Kontrolle transnationaler Konzerne und ihrer Marktmacht – die beispielsweise schon die NIEO auf ihrer Agenda hatte – ist weiterhin hochaktuell. Dies zeigten die Debatten um eine temporäre Freigabe geistiger Eigentumsrechte für Impfstoffe, Medikamente und Diagnostika bei WTO und WHO während der Covid-19-Pandemie (WEMOS 2022).

Diese Debatten setzen sich aktuell fort in den Verhandlungen bei der WHO um einen neuen Pandemievertrag, der die unzureichende internationale Zusammenarbeit bei der Bewältigung von Pandemien verbessern soll. Dabei geht es nicht nur um Fragen einer verbindlicheren globalen Finanzierung von Überwachungs- und Vorsorgesystemen zur Verhinderung kommender Pandemien. Auch Regelungen des Technologietransfers werden dabei verhandelt. Während der Coronapandemie war deutlich geworden, wie benachteiligt Länder und Regionen sind, die keine eigenen Kapazitäten für die Forschung und Entwicklung von Impfstoffen oder für deren Produktion und Verteilung haben. Profitorientierte Akteur:innen reagierten mit einer massiven Blockade auf Forderungen, ihr neu entstandenes Wissen und ihre Produkte mit diesen Ländern zu teilen (Garrison 2021).

Das historische PHC-Konzept und seine Zielorientierung *health for all* können zu einer Art Transmissionsriemen für Gerechtigkeitsperspektiven werden, die in den pragmatischen WHO-Strategien und Krankheitsbekämpfungsprogrammen nur unzureichend oder gar nicht aufscheinen. Das erfordert allerdings eine breite Perspektive, die einerseits am gewissermaßen utopischen, breiten Gesundheitsbegriff der WHO-Verfassung von 1948 anschließt und andererseits in aktuellen Konflikten immer wieder die Notwendigkeit grundsätzlicher Veränderungen betont, damit globale öffentliche Güter nicht nur in Sonntagsreden beschwört werden. Ihre Entwicklung, ihre Herstellung und der gerechte Zugang zu ihnen müssen durchgesetzt werden – auch gegen kommerzielle Interessen. Hierfür kann ein Blick auf die NIEO von 1974 mehr als nützlich sein.

## Literatur

- Akomea-Frimpong, Isaac/Xiaohua, Jin/Robert, Osei-Kyei/Tumpa, Roksana (2022): A critical review of public-private partnerships in the COVID-19 pandemic: Key themes and future research agenda. In: *Smart and Sustainable Built Environment*, ahead-of-print, April 2022. <http://dx.doi.org/10.1108/SASBE-01-2022-0009>.
- Amin, Samir (2006): The Millennium Development Goals. A critique from the south. In: *Monthly Review*, 57 (10). <https://monthlyreview.org/2006/03/01/the-millennium-development-goals-a-critique-from-the-south/> (Zugriff am 25.4.2023).
- Berman, Peter A. (1982) Selective Primary Health Care: Is efficient sufficient? In: *Social Science & Medicine*, 16 (10), 1054–1059.
- Birn, Anne-Emanuelle/Kumar, Ramya/Arteaga-Cruz, Erika/Twala Baone/Baduzza Mbali (2023): Imagining alternative paths for WHO 75 years in. In: *The Art of Medicine*, 401 (10383), 1149–1151.
- Corina, Giovanni Andrea/Jolly, Richard/Stewart, Frances (1987): *Adjustment with a human face*. Oxford: Clarendon Press.
- Destatis – Statistisches Bundesamt (2023): Nachhaltige Gesundheitsziele, Ziel 3: Gesundheit und Wohlergehen. <http://sdg-indikatoren.de/3/> (Zugriff am 26.6.2023).
- Deva, Surya (2006): Global compact: A critique of UN's public-private partnership for promoting corporate citizenship. In: *Syracuse Journal of International Law & Commerce*, 34, 107–151.
- Eurodad – European Network on Debt and Development (2022): History REPPeated II. Why public-private partnerships are not the solution. 1.12.2022. <https://www.eurodad.org/historyrepppeated2> (Zugriff am 25.4.2023).
- Ferranti, David de (1985): Paying for health services in developing countries. An overview. World Bank Staff Working Paper SWP 721. <https://documents1.worldbank.org/curated/en/485471468739208102/pdf/multiopage.pdf> (Zugriff am 12.6.2023).
- Garrison, Christopher (2021) Lessons for a pandemic preparedness treaty from previous successes and failures with treaty-based technology transfer. *Medicines, Law and Policy*, 19.10.2021. <https://medicineslawandpolicy.org/2021/10/lessons-for-a-pandemic-preparedness-treaty-from-previous-successes-and-failures-with-treaty-based-technology-transfer/> (Zugriff am 27.6.2023).

- Giovanella, Ligia/Firpo de Souza Porto, Marcelo (2004): Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien. Arbeitspapier 25/2004. Arbeitspapiere des Instituts für Medizinische Soziologie des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität. <https://d-nb.info/105331387X/34> (Zugriff am 27.6.2023).
- Gleckman, Harris (2018): *Multistakeholder governance and democracy: A global challenge*, London: Routledge.
- Goodair, Benjamin/Aaron Reeves (2022): Outsourcing health-care services to the private sector and treatable mortality rates in England, 2013–20: An observational study of NHS privatisation. In: *Lancet Public Health*, 7 (7), E638–E646.
- GTZ – Deutsche Gesellschaft für technische Zusammenarbeit (2004): *Social health insurance – systems of solidarity. Experiences from German development cooperation*. Eschborn: GTZ.
- HAI – Health Action International (2017): EU-Mercosur Trade Agreement: A bad deal for transparency, policy coherence and access to medicines. <https://haiweb.org/eu-mercosur-trade-agreement-bad-deal-transparency-policy-coherence-access-medicines/> (Zugriff am 27.6.2023).
- Hendersson, Donald A. (2012): A history of eradication – successes, failures, and controversies. In: *The Lancet*, 379 (9819), 884–885.
- Kanji, Najmi (1989) Charging for drugs in Africa: UNICEF's »Bamako Initiative«. In: *Health Policy and Planning*, 4 (2), 110–120.
- Korzilius, Heike (2011): 30 Jahre BUKO-Pharma-Kampagne: Pharmakritiker mit langem Atem, In: *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (38), A-1946/B-1654/C-1642.
- Labonté, Ronald/Schrecker, Ted (2009): Rights, redistribution and regulation. In: Labonté, Richard/Schrecker, Ted (Hg.), *Globalization and health: Pathways, evidence and policy*. London: Routledge, 327–333.
- Laing, Richard/Waning, Brenda/Gray, Andrew/Ford, Nathan/v'Hoën, Ellen (2003): 25 years of the WHO Essential Medicines Lists: Progress and challenges. In: *The Lancet* 361 (9370), 1723–1729.
- Litsios, Socrates (2004): The Christian Medical Commission and the development of the World Health Organization's Primary Health Care approach. In: *American Journal of Public Health*, 94 (11), 1884–1893.
- Machanda, Richi (2013): *The upstream doctors*. London: Duke University Libraries.
- Mahler, Halfdan (1988 [1978]): Address by Dr. H. Mahler, Director General of WHO, to the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata,

6. Sept 1978. In: WHO – World Health Organization: From Alma-Ata to the year 2000. Reflections at the midpoint. Genf: WHO, 4–6.
- Mahler, Halfdan (1988): World Health – 2000 and beyond. Address by Dr. Halfdan Mahler, Director General, to the World Health Assembly, 3 May 1988. In: WHO – World Health Organization, From Alma-Ata to the year 2000. Reflections at the midpoint. Genf: WHO, 91–98.
- Massuda, Adriano/Hone, Thomas/Gomes Leleserando A./Castro, Marcia de/Atun, Rifat (2018): The Brazilian health system at crossroads: Progress, crisis and resilience. In: *BMJ Global Health*, 3 (4). <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2018-000829>.
- MMI – Medicus Mundi International Network (2018): Astana, 25–26 October 2018. Astana Global PHC Conference: Civil society café session on »Calling for a New Global Economic Order – the forgotten element of the Alma-Ata Declaration«. 1.11.2018. <https://www.medicusmundi.org/astana-global-phc-conference-civil-society-cafe-session-on-calling-for-a-new-global-economic-order-the-forgotten-element-of-the-alma-ata-declaration/> (Zugriff am 25.4.2023).
- Mosse, Max/Tugendreich, Gustav (1977 [1913]): Krankheit und Soziale Lage. Göttingen: Crome.
- Oxfam (2008): Health insurance in low-income countries. Where is the evidence that it works? 7.5.2008. <https://policy-practice.oxfam.org/resources/health-insurance-in-low-income-countries-where-is-the-evidence-that-it-works-123910/> (Zugriff am 12.6.2023).
- PHM – People’s Health Movement (o.J.): WHO Watch. <https://phmovement.org/who-watch/> (Zugriff am 25.4.2023).
- PHM – People’s Health Movement (2000): The People’s Charter for Health. <https://phmovement.org/the-peoples-charter-for-health/> (Zugriff am 25.4.2023).
- PHM – People’s Health Movement/Medact/medico international/Third World Network/ALAMES/SAMA/Health Poverty Action/Viva Salud (Hg.) (2022): Global Health Watch 6. In the shadow of the pandemic. London: Bloomsbury Academic.
- Sanders, David/Nandi, Sulakshana/Labonté, Ronald/Vance, Carina/Van Damme, Wim (2019): From Primary Health Care to Universal Health Coverage – one step forward and two steps back. In: *The Lancet*, 394 (10199): 619–621.

- Sasson, Tehila (2016): Milking the third world? Humanitarianism, capitalism, and the moral economy of the Nestlé boycott. In: *The American Historical Review*, 121 (4), 1196–1224.
- Sengupta, Amit (2013): Universal Health Coverage: Beyond rhetoric. In: *Municipal Services Project. Occasional Paper*, 20, 2–28.
- Shrime, Mark G. (2021): Catastrophic expenditure for health: From antiquity to today. In: *World Bank Blogs*, 19.2.2021. <https://blogs.worldbank.org/opendata/catastrophic-expenditure-health-antiquity-today> (Zugriff am 25.4.2023).
- Soors, Werner/Devadasan, Narayanan/Varatharajan, Durairaj/Criel, Bart (2010): Community health insurance and universal coverage: Multiple paths, many rivers to cross. World Health Report (2010). Background Paper 48. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/technical-briefs-background-papers/whr-2010-background-paper-48.pdf?sfvrsn=332d71d0\\_3&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-financing/technical-briefs-background-papers/whr-2010-background-paper-48.pdf?sfvrsn=332d71d0_3&download=true) (Zugriff am 12.6.2023).
- Swanson, Karen A./Swanson, Janice M./Gill, Ayesha E./Walter, Chris (1995): Primary care in Cuba: A public health approach. In: *Health Care for Women International*, 16 (4), 299–308.
- UN DESA – United Nations Department of Economic and Social Affairs (2018): 2018 Revision of World Urbanisation Prospects. <https://www.un.org/en/development/desa/2018-revision-world-urbanization-prospects> (Zugriff am 25.4.2023).
- Unger, Jean-Pierre/Killingsworth, James R. (1986): Selective Primary Health Care. A critical review of methods and results. In: *Social Science & Medicine*, 22 (10), 1001–1013.
- UNICEF – United Nations Children's Fund (1983): The state of the world's children 1982–83. James P. Grant. Executive Director of the United Nations Children's Fund (UNICEF). New York: Oxford University Press.
- Wagstaff, Adam/Flores, Gabriela/Hsu, Justine/Smitz, Marc-François/Chepy-noga, Kateryna/Buisman, Leander R./Wilgenburg, Kim van/EOzenou, Patrick (2017): Progress on catastrophic health spending in 133 countries: A retrospective observational study. In: *Lancet Global Health*, 6 (2), E169–E179.
- WEMOS (2022): Making pooling work to end pandemics. A qualitative analysis of the Covid-19 Technology Access Pool, November 2022. [https://peoplesvaccine.org/wp-content/uploads/2022/11/Wemos\\_Make-pooling-work-to-end-pandemics\\_November-2022.pdf](https://peoplesvaccine.org/wp-content/uploads/2022/11/Wemos_Make-pooling-work-to-end-pandemics_November-2022.pdf) (Zugriff am 25.4.2023).
- WHO – World Health Organization (o.J. a): History of the measles vaccine. <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/history-of-measles-vaccination> (Zugriff am 25.4.2023).

- WHO – World Health Organization (o.J. b): History of the Smallpox vaccine. <https://www.who.int/news-room/spotlight/history-of-vaccination/history-of-smallpox-vaccination> (Zugriff am 25.4.2023).
- WHO – World Health Organization (o.J. c): World report on social determinants of health equity. <https://www.who.int/initiatives/action-on-the-social-determinants-of-health-for-advancing-equity/world-report-on-social-determinants-of-health-equity> (Zugriff am 25.4.2023).
- WHO – World Health Organization (1946): Constitution of the World Health Organisation. In: *Chronicle of the World Health Organization*, 1 (1–2), 29–43.
- WHO – World Health Organization (1975a): Health by the people. Edited by Kenneth W. Newell. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization (1975b): The seven basic principles of Primary Health Care. Office Record WHO, Band 226. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization (1976): Promotion of national health services relating to Primary Health Care. Office Record WHO, Band 226. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization (1981): International code of marketing of breast-milk substitutes. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization (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. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization (2010): The World Health Report 2010. Health systems financing: The path to Universal Health Coverage. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization (2015): Mexico Catastrophic Health Expenditure Fund. Mexico case study. 1.10.2015. <https://www.who.int/publications/i/item/catastrophic-health-expenditure-fund> (Zugriff am 25.4.2023).
- WHO – World Health Organization (2018): Declaration of Astana. Global conference on Primary Health Care. 25./26.10.2018. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf> (Zugriff am 12.6.2023).
- WHO – World Health Organization (2020): Community-based health insurance. 7.3.2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/community-based-health-insurance-2020> (Zugriff am 26.6.2023).
- WHO – World Health Organization/UNICEF – United Nations Children's Fund (1975): Alternative approaches to meeting basic health needs in de

- veloping countries: A joint UNICEF/WHO study. Edited by V. Djukanovic/  
E. P. Mach. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization/UNICEF – United Nations Children's  
Fund (Hg.) (1978): Alma-Ata 1978. Primary Health Care. Report of the In-  
ternational Conference on Primary Health Care. Genf: WHO.
- WHO – World Health Organization/World Bank (2021): Tracking Universal  
Health Coverage. 2021 global monitoring report. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618> (Zugriff am 12.6.2023).
- Wisner, Ben (1988): Power and need. A re-evaluation of the basic need approach  
in African development. London: Earthscan Publications.
- World Bank (1993): World Development Report 1993. Investing in Health. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/5976> (Zugriff am 12.  
6.2023).
- Zhang, Daqing/Unschuld, Paul U. (2008): China's barefoot doctors: Past,  
present and future. In: *The Lancet*, 327 (9653), 1865–1867.

