

Der Beitrag der Christen bei der Entwicklung von Community-Based Primary Health Care (CBPHC)

Dr. Carl Taylor †, Professor Emeritus, Bloomberg School of Public Health, Johns Hopkins University

Dr. Jack Bryant, Professor, Great Lakes University of Kisumu, Kenya (Tropical Institute of Community Health and Development) and University of Virginia, Senior Faculty Associate, Johns Hopkins University

Dargestellt anhand einer Präsentation von Dr. Carl E. Taylor und Dr. John H. Bryant

Zwei Veteranen aus den Anfängen christlicher Erfahrungen mit CBPHC und der Alma-Ata - Konferenz 1978 von WHO/UNICEF erinnern sich und informieren über diese ersten Jahre.

*Christian Connections for International Health (CCIH) 2008 Annual Conference
(Jahreskonferenz 2008 über christliches Engagement im internationalen Gesundheitswesen)
Bishop Chagget Conference Center, Buckeystown, MD,
24. Mai 2008*

*Dieses Dokument wurde von Curtiss Swezy zusammengestellt und von der Arbeitsgruppe
Community Health der CCIH herausgegeben.*

Übersetzung aus dem Amerikanischen: Karl Lagershausen/MMH/MMS



Die Übersetzung und Herausgabe der deutschen Ausgabe erfolgte mit freundlicher Genehmigung von Christian Connections for International Health (CCIH).
Die Medizinische Missionshilfe (MMH/MMS) ist Mitglied von Christian Connections for International Health (CCIH).

Impressum der deutschen Ausgabe:

Titel der amerikanischen Originalausgabe: The Christian Community's Contribution to the Evolution of Community-Based Primary Health Care.

Herausgeber der deutschen Ausgabe:

Vorstand der Medizinischen Missionshilfe e.V., MMH/MMS.

Übersetzung aus dem Amerikanischen: Karl Lagershausen, Redaktion und Korrektur der deutschen Ausgabe : Dr. Gerd Propach, Dr. Werner Scherer.

Anschrift: MMH/MMS, Berliner Straße 57,

35435 Wettenberg, Tel.: 06406 - 75111

E-mail : info@MMHinfo.de

www.mmh-mms.com

Konto für Spenden: Postbank Essen

Konto 440654 433, BLZ 36010043

Die Ziffern der Anmerkungen richten sich nach den Angaben des Originals. Die hochgestellten arabischen Anmerkungsnummern beziehen sich auf das Literaturverzeichnis am Schluss der Arbeit.

Inhalt

- I. Einführung
- II. Wie es nach Alma Ata weiterging
 - A. Konferenzen in Tübingen, Deutschland
 - i. Tübingen I
 - ii. Tübingen II
 - B. The Christian Medical Commission
- III. Alma Ata
- IV. Post-Alma Ata
- V. Der Weg ins 21. Jahrhundert
 - A. Entwicklungsziele für das neue Millennium
 - B. Der gegenwärtige Stand von CBPHC
 - C. Quo vadis ?

Literaturhinweise

Christian Connections for International Health (CCIH).

Zu den Autoren:

Die umfangreiche akademische Laufbahn von **Professor John H. Bryant (geb. 1925)** ist geprägt durch sein Engagement in Public Health and Global Health. Während der letzten vier Jahrzehnte war er Gastprofessor an einer Vielzahl von akademischen Einrichtungen überall auf der Welt. Dazu gehören: Mahidol University Bangkok, Aga Khan University Karachi, University of Vermont, Columbia University School of Public Health und derzeit die Great Lake University of Kisumu, Kenya (Tropical Institute of Community Health and Development). Er amtierte darüber hinaus als Deputy Assistant Secretary, International Health, DHHS; während dieser Zeit repräsentierte er die USA auf der Konferenz in Alma Ata. Er ist Mitbegründer der Christian Medical Commission und hat sie während der ersten Periode geleitet. Sein zukunftsweisendes Buch *Health and the Developing World*, 1969, wurde Wegbereiter für die Einführung von vielem, was im internationalen Gesundheitswesen und im weltweiten Bereich von Public Health Beachtung erlangte.

Derzeit arbeitet er unabhängig als Gastprofessor und Berater von Programmen mit zahlreichen Organisationen. Sein besonderes Augenmerk gilt der Lösung von Problemen bei der Arbeit mit Waisen und verwundbaren Kindern (OVC) in städtischen Slums in Afrika - im Jahr 2005 auf Anfrage der UN Habitat, Nairobi, gegründet. Diese Arbeit legt ihren Schwerpunkt auf Primary Health Care durch das Gemeinwesen in Slums mit besonderer Betonung auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen in der frühkindlichen Entwicklung. Dr. Bryant hat zahlreiche Auszeichnungen von US-amerikanischen und internationalen Organisationen erhalten.

Professor Carl E. Taylor (1916-2010), hat sein Leben in den Dienst an der Gesundheit von Menschen weltweit gestellt und sich dabei auf den Grundsatz von 'gleiches Recht für alle' berufen. Er hat im Bereich der internationalen Bemühungen um Gesundheit einen enormen Beitrag geleistet. Er war 1961 einer der Gründer des Departement of International Health des JHSPH und dessen erster Direktor. Das war die erste derartige Abteilung an einer medizinischen Einrichtung. Im Verlauf von 30 Jahren hat er in Indien zunächst als Direktor des Memorial Hospital – zur Presbyterianischen Mission gehörend – gearbeitet und später als Leiter der Abteilung für präventive soziale Medizin am Christian Medical College in Ludhinana. Als UNICEF-Direktor für China war er von 1984 bis 1987 tätig, ferner als erster WHO-Berater zur Vorbereitung von Dokumenten für die erste Weltkonferenz zum Thema Primary Health Care in Alma Ata 1978. Bis zu seinem Tod 2010 war er Professor Emeritus an der Johns Hopkins University Bloomberg School of Public Health.

Auf Grund seiner umfassenden Feld- und akademischen Erfahrungen ging es Taylor zuletzt um die Erkundung innovativer und nachhaltiger Lösungen zur Gesundheitsfürsorge in der sich entwickelnden Welt. Dafür sind Partnerschaften unerlässlich, zu denen Behördenvertreter, Vertreter der Gemeinwesen und Experten „zu einer flexiblen und je nach lokalen Umständen paritätisch zusammengesetzten Gruppe“ an einen Tisch gebracht werden müssen. Expertenwissen ist nötig; das Programm muss jedoch den örtlichen Gegebenheiten angepasst und vom jeweiligen Gemeinwesen als etwas Eigenes akzeptiert werden. Dieser Ansatz wird in einer Veröffentlichung von Johns Hopkins Press näher beschrieben: *Just and Lasting Change: When Communities own their Futures* (Gerechte und dauerhafte Veränderungen: Gemeinwesen erobern ihre eigene Zukunft). Er unterrichtete weiterhin einen Kurs an der JHSPH über Primary Health Care mit der besonderen Betonung des auf dem Gemeinwesen basierenden Ansatzes.

Dr. Taylor wurde für seine Arbeit mit zahlreichen Auszeichnungen geehrt, zuletzt mit dem Inaugural Global Health Council Lifetime Achievement Award während des 35-jährigen Jubiläums des GHC.

I Einführung

Christliche Institutionen und Einrichtungen werden bereits seit langem mit der Gesundheitsfürsorge für die Armen und Benachteiligten in Verbindung gebracht. In der entwickelten Welt waren diese Dienstleistungen eng verbunden mit den Kolonialmächten und umfassten vor allem die christlichen Bemühungen westlicher Staaten wie England, Frankreich, Belgien, Niederlande, Spanien und die Vereinigten Staaten von Amerika. Diese Länder gründeten christliche Einrichtungen für Gesundheitsfürsorge überall in den sich entwickelnden Regionen der Welt.

Dieses Engagement ging von den Gegebenheiten des Westens aus: die Bereitstellung der Gesundheitsfürsorge geschah durch kurative Einrichtungen, nämlich Krankenhäuser. Dienstleistungen wurden den Patienten „von oben herab“ durch gut ausgebildete medizinische Missionare zur Verfügung gestellt, wobei die Patienten weder über ihren Gesundheitszustand noch über ihre Krankheit viel wussten. Das passte bequem in das westliche Denkschema, dass nämlich die Kolonialmächte am besten wussten, was für ihre Untertanen gut war und wie sich die Helfer ihrer „noblen Aufgabe“ am besten entledigen konnten. Missionskrankenhäuser waren noch auf eine weitere Art und Weise festgelegt: Als Teil der kirchlichen Institution richteten sie ihr Augenmerk auf diejenigen, die die Gottesdienste besuchten; und so wurden in den Entwicklungsländern die institutionalisierten Gesundheitsdienste – die Krankenhäuser – zu etwas, wo im missionarischen Dienst `die eine Hand die andere wusch´.^{i 3}

Damalige Schätzungen gingen davon aus, dass kirchliche Gesundheitseinrichtungen lediglich 20 % der Bevölkerung erreichten, während 80% unberührt blieben. Auch wenn diese Statistik eher optimistisch erscheint, macht sie doch deutlich, dass in vielen Fällen die christlichen Gesundheitsdienste die einzigen weit und breit waren, aber eben nur einen kleinen Prozentsatz der Bevölkerung ihres Einzugsbereichs erreichten.

Der Prototyp internationaler Gesundheitsorganisationen, das Pan-American Sanitary Bureau mit seinen europäischen Zweigbüros in Paris und Genf, war auf die Prävention von Übertragung ansteckender Krankheiten aus den unterentwickelten, vor allem tropischen Regionen nach Europa und die Vereinigten Staaten ausgerichtet.ⁱⁱ

ⁱ McGilvray, 1965, S.xv

ⁱⁱ Die Orte der drei Büros und ihre Gründungsdaten:

The Pan-American Sanitary Bureau, Washington, DC, 1903
Office International d'Hygiene Publique, Paris, 1907

Prävention bestand primär in Ausschluss und Quarantäne, vor allem bei Schiffsreisenden und Besatzung.

In der Zeit von Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum II. Weltkrieg gab es parallele Entwicklungen bei der Definition von Gesundheit, des wissenschaftlichen Umgangs mit Krankheiten sowie der Technologie zum Studium und der Behandlung verschiedener Organismen. In den 1850er Jahren tobte eine rege Debatte zwischen den Kontagionisten und den Nicht-Kontagionisten über die „Ursache“ von Krankheiten („Malaria“ übersetzt heißt „schlechte Luft“). Durch Pionierleistungen wie die Entdeckung von James Lind 1747, dass auf See mit Zitrusfrüchten Skorbut geheilt werden kann, sowie John Snows bemerkenswerte epidemiologische Arbeit 1854 über Cholera in London wurde das wissenschaftliche Arbeiten immer komplexer und ausgeprägter, sowohl was die Ätiologie als auch was die Übertragung von Krankheiten anbetraf.

Nach dem II. Weltkrieg gipfelte die Entwicklung der transnationalen und internationalen Beziehungen im Gesundheitswesen in der Gründung der Welt-Gesundheitsorganisation (WHO).ⁱⁱⁱ 5 Bei der historischen Zusammenkunft 1946 in New York führte die wissenschaftliche Entwicklung und das erweiterte Verständnis gesundheitlicher Zusammenhänge zur Formulierung des klassischen Prinzips, das da lautet: Gesundheit ist der Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Nichtvorhandensein von Krankheit und Gebrechen.

Die Gründung der WHO belebte in der Nachkriegsära das Interesse enorm, die Gesundheitsfürsorge in den Entwicklungsländern zu verbessern, vor allem seitens der wirtschaftlich entwickelten Länder des „Westens“ mit ihrer klinisch-kurativen medizinischen Ausrichtung. Der Beitrag der Christen aus den westlichen Industrienationen war dabei wesentlicher Bestandteil dieser Revolution und nahm auf dem Weg hin zu Community Based Primary Health Care (CBPHC) eine Schlüsselfunktion ein.

League of Nations Health Organization, Geneva, 1920

ⁱⁱⁱ 1971 hat der Medizinhistoriker Neville Goodman die WHO folgendermaßen charakterisiert: „Erstmals ist eine weltweite, regierungsübergreifende Organisation ins Leben gerufen worden, mit allen Vollmachten ausgestattet, um sich allen Bereichen menschlicher Gesundheit widmen zu können. In der beeindruckenden Präambel wurde erstmals von der Gesundheit als einem Grundrecht des Menschen gesprochen und auch von der Verpflichtung der Regierungen, dieses Grundrecht dem Einzelnen so weit wie möglich zu gewährleisten.“ Goodman, Neville M. *International Health Organizations and Their Work*. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins, 1971, S, 166

II Wie es nach Alma Ata weiterging

Eine ganze Reihe von Ereignissen, vor allem in Europa, führte dazu, dass die Rolle der westlichen Medizin in den Entwicklungsländern untersucht wurde. Dabei zeigte sich die einzigartige Rolle christlicher Organisationen, Gesundheitsdienste bereitzustellen und auch die Notwendigkeit, unabhängig von großen Gesundheitszentren gerade in den ländlichen Gebieten für eine Gesundheitsversorgung Sorge zu tragen.

In vielen Kolonien und gerade unabhängig gewordenen Staaten waren Gesundheitsdienste stark mit christlichen medizinischen Einrichtungen verknüpft. Typisch für sie war, dass sie mit medizinischen Fachkräften aus dem Westen besetzt waren; einheimische Mitarbeiter wurden vor allem als gering bezahlte Hilfskräfte beschäftigt. Gelegentlich wurden besonders befähigte junge Leute – meistens Männer – zur medizinischen Ausbildung nach Europa oder in die USA geschickt in der Hoffnung, dass sie eines Tages zurückkommen und sich in den medizinischen Dienst ihres Geburtslandes stellen würden.

Während sich diese Länder immer weiter von ihren einstigen Kolonialherren weg entwickelten, wurde eine Frage immer häufiger gestellt: „Was soll aus den christlichen Krankenhäusern werden?“ Während wir uns in diese Angelegenheit vertieften, stellten wir nach und nach fest, dass wir die falsche Frage stellten. Womit wir uns befassen sollten, war: „Was sollte im Blick auf die Gesundheitsdienste für die Menschen geschehen, denen wir bisher gedient hatten?“

Das führte unglücklicherweise zu einer Polarisierung zwischen den bestehenden Krankenhäusern und der Arbeit außerhalb auf dem flachen Lande. Diese divergierende Betrachtungsweise wurde von leitenden Leuten der Kirche gründlich unter die Lupe genommen. Sie hatte schließlich direkte Auswirkungen auf die WHO bei der Formulierung neuer Initiativen und Ziele und führte zur weltweiten Implementierung von Primary Health Care.³

A. Konferenzen in Tübingen, Deutschland

i. Tübingen I

Im Mai 1964 fand in Deutschland im Deutschen Institut für Ärztliche Mission in Tübingen (DIFÄM) eine Konferenz statt, um die Rolle christlicher Krankenhäuser in Entwicklungsländern zu untersuchen. Die 18 Teilnehmer stellten fest, dass sich zwischen den an medizinischer Arbeit interessierten Theologen und den praktizierenden Medizinern, die auf dieses Interesse nicht immer begeistert reagierten, eine Kluft auftat.^{iv}

^{iv} McGilvray, 1965, S.11

Zudem gab es viele drängende Fragen im Blick auf die praktische Weiterführung dieser immer noch als Missionskrankenhäuser geltenden Einrichtungen in meist sehr armen Regionen der Welt. Es ging um Personal, Finanzierung und eine dauerhafte finanzielle Absicherung. Obwohl einst durch wohlhabende und wohlmeinende Kirchen und deren Verantwortliche im Westen ins Leben gerufen und geführt, wurden jetzt die Unterhaltskosten verstärkt an christliche Organisationen der Gastgeber-Länder überwiesen, die aber nicht in der Lage waren, damit sachgemäß umzugehen.

Trotz der sehr realen Probleme, die Missionskrankenhäuser in Gang zu halten, richtete sich der Fokus der Tübingen-I-Konferenz auf den Versuch, diese Arbeit gegenüber dem abzugrenzen, was die besondere Rolle der christlichen Gemeinwesen darüber hinaus im Dienst an der Gesundheit sein könnte. Geschichtlich gesehen war Dienst an Kranken das Betätigungsfeld des Gemeinwesens als Ganzem. Bisweilen haben die Bemühungen medizinischen Fachpersonals den Blick dafür getrübt und die Gemeinde daran gehindert, selbst Verantwortung für Gesundheitsdienste und entsprechende Einrichtungen zu übernehmen. Die Saat einer partizipatorischen Community Based Health Care war gesät worden.

“Es wurde klar, dass die Kirchen niemals in der Lage sein würden, allen menschlichen Bedürfnissen nach gesundheitlicher Fürsorge gerecht zu werden; aber als Denominationen sollten sie stets neue Dienstbereiche benennen und aufzeigen, was zu tun ist. Um dieses Ziel zu erreichen, wurde zu einem integrierten Zeugnis aufgerufen, wo medizinische Arbeit zusammengeführt werden konnte mit Sozialfürsorge, Ernährung und Landwirtschaft sowie der Weiterentwicklung der Gemeinwesen, um dadurch anzuerkennen, dass medizinische Fürsorge nur ein Aspekt in einer ganzen Reihe weiterer Disziplinen ist, die zur Herstellung und zum Erhalt von Gesundheit nötig sind.“^v

ii. Tübingen II

Im September 1967 wurde zu einer zweiten Konferenz wiederum nach Tübingen ins Deutsche Institut für Ärztliche Mission (DIFÄM) eingeladen. In den Diskussionen ging es um die besondere Bedeutung von Heilung aus christlicher Sicht und die beste Art und Weise, sich beim Aufbau von Gesundheitsdiensten in den Entwicklungsländern einzubringen

Das Interesse bei kirchlichen Amtsträgern und Laien, die Ganzheitlichkeit des Menschen in der Gesellschaft im Blick zu behalten, war weiter gewachsen. Einige laufende sozial-epidemiologische Studien deuteten darauf hin, dass das Vertrauen eines Patienten in seinen „Heiler“ dazu beiträgt, die Zeit bis zu seiner Wiederherstellung zu verkürzen. Aber wie James McGilvray, erster Direktor der Christian Medical Commission (CMC), feststellte, fand dieses Element des

^v McGilvray, 1965, S24

Glaubens und Vertrauens seitens des Patienten beim Arzt nicht immer eine Entsprechung. Unter dem beschönigenden Begriff des „kooperativen“ Patienten versteht der Arzt gewöhnlich den völlig fügsamen Patienten.^{vi}

Während Ärzte und Sozialwissenschaftler sich bemühten, mit der Ganzheitlichkeit eines Menschen in seiner Gesellschaft klarzukommen, untersuchten die Theologen den Akt der Heilung im Rahmen einer christlichen Gemeinschaft. Noch einmal hierzu McGilvray :

„Bei jedem Akt der Heilung hat sich Christus als Repräsentant des mit ihm partizipierenden Gemeinwesens verstanden und sollte das durch seinen Leib, die Kirche, auch weiterhin tun. So ist es die christliche Gemeinschaft als ganze, die dazu bestimmt ist, unter den Menschen der heilende Leib Christi zu sein; und das kann sie auch, wenn sie sich in IHM wirksam zu einer Gemeinschaft zusammenfügen lässt. Wenn die christliche Gemeinschaft dem Kranken in ihrer Mitte dient, wird sie selbst heil und ganz.“^{vii}

McGilvray empfand die Beiträge von Dr. Robert Lambourne, einem britischen Arzt und bekannten Autor theologischer und psychiatrischer Themen, äußerst aufschlussreich, indem er ein beunruhigendes Bild davon zeichnete, wie die moderne Fürsorge dem Bemühen um Gesundheit und Ganzheitlichkeit zuwiderlief. Krankenhäuser wurden Reparaturwerkstätten für Sachen und nicht eine Heimstätte für Menschen aus Geist, Seele und Leib. Die Ausweitung der Spezialisierung im medizinischen Sektor hatte die Tendenz, den Patienten in seine pathologischen Einzelteile zu zerlegen, so dass sich die Behandlung immer weniger auf den ganzen Patienten richtete. Lambournes Konzept für Gesundheit und Ganzheitlichkeit wurde für die Gemeinden bedeutsam. Nur wenn eine christliche Gemeinschaft einer kranken Person in ihrer Mitte dient, wird sie selbst auch heil und ganz. Damit wurde zudem sinnvoll begründet, warum sich Einzelne und Gemeinwesen mit ihren jeweiligen Ressourcen bei diesem Gesundheitskonzept einbringen sollten.^{viii 4}

B. The Christian Medical Commission (CMC)

Im Jahr 1968 gründeten der Weltrat der Kirchen (WCC), eine Dachorganisation überwiegend protestantischer Kirchen, sowie der Lutherische Weltbund in Genf die Christian Medical Commission (CMC). „1910 gab es 2100 allein von protestantischen Missionen bzw. Kirchen geführte Krankenhäuser und doppelt so viele Kliniken.“^{ix} Die CMC war gegründet worden, um dem WCC bei der Klärung der Frage zu helfen, wie diese Gesundheitseinrichtungen überall in der Welt in Zukunft am besten zu nutzen seien. Die CMC sollte vor allem Fakten erkunden, Daten sammeln und sich einen Überblick darüber verschaffen, wie

^{vi} McGilvray, 1965, S.24

^{vii} McGilvray, 1965, S.25

^{viii} Bryant and Richmond, S.152-175

^{ix} McGilvray, 1965, S.3

den gesundheitlichen Bedürfnissen der Gemeinwesen durch die Missionskrankenhäuser begegnet werden könnte. Dies geschah natürlich im Kontext der allgemeinen Bemühungen um Gesundheit und Gesundheitsfürsorge derjenigen Menschen, die in den Armutsgeländern der Entwicklungsländer lebten. Der erste Direktor der CMC war James McGilvray, der bereits in vielfältigen Aufgaben tätig gewesen war, wie z.B. den Tübingen-Konferenzen; dort hatte er die Rolle der Kirchen bei der Bereitstellung von Gesundheitsdiensten in den gerade selbstständig werdenden Staaten rund um den Globus untersucht.

Die Büros des sehr kleinen Mitarbeiterstabes in Genf^x befanden sich ganz in der Nähe der WHO-Zentrale, was dem Dialog zwischen diesen beiden Institutionen entgegenkam. Die beiden Autoren dieses Artikels, Dr. Taylor und Dr. Bryant, waren Gründungsmitglieder der CMC, und Dr. Bryant war deren erster Leiter. Während die CMC gelegentlich rein kirchlich-theologische Angelegenheiten diskutierte wie z. B. die Frage, ob sich die Bibel mit Menschenrechtsfragen befasst, war doch der primäre Fokus darauf gerichtet, der überwiegend armen Weltbevölkerung Gesundheitsdienste zur Verfügung zu stellen.

Mit einer Tatsache wurde die Kommission knallhart konfrontiert: mit dem Bestreben der politischen Bewegungen in den einstmaligen Kolonien in Asien und Afrika hin zu unabhängigen Staaten mit allen Rechten und Pflichten. Christliche Krankenhäuser waren Teil des kolonialen Vermächtnisses, was nicht nur politische Empfindlichkeiten berührte, sondern auch die Praxis medizinischer Arbeit in Sachen Proselytenmacherei betraf. Dr. Taylor schrieb dazu 1969:⁷

„Zu Beginn der medizinischen Missionsarbeit war die bestimmende Motivation eine rein evangelistische, was jetzt seitens der Regierungen der Entwicklungsländer eine Quelle beträchtlicher Kritik ist. Ihr Einwand besteht darin, dass medizinische Arbeit genau wie andere sozial ausgerichtete Missionsaktivitäten oft wie Proselytenmacherei ausgesehen haben. Die moderne Rechtfertigung dafür, dass wir uns als Christen in medizinischer Arbeit engagieren, besteht darin, Christi Liebe zu zeigen und Christi Vorbild zu folgen. Solche Aussagen gehen zurück bis in die Anfänge der Überlegungen zur christlichen Mission, aber sie haben immer mehr eine humanitäre Deutung erfahren, in der Hoffnung, im säkularen Bereich eher akzeptiert zu werden.“^{xi}

Anfänglich zögerte die WHO in Genf, sich mit einer den Kirchen verbundenen Organisation einzulassen. Dieser Widerstand mag seinen Grund darin gehabt haben, dass sich die Römisch-Katholische Kirche in den 1960er^{xii} Jahren dafür stark gemacht hat, die WHO daran zu hindern, sich für Maßnahmen zur

^x Einschließlich des Büros von Ms. Connie Gates, damals leitende Redakteurin von Contact, der Zeitschrift der CMC, jetzt arbeitet sie bei Jamkhed International.

^{xi} Taylor, S. 182

^{xii} Litsios, s. dort Fußnote No.45

Familienplanung einzusetzen. Auf Betreiben einiger Mitgliedsstaaten wurde die WHO daran gehindert, Verhütungsmaßnahmen in irgendeines ihrer Gesundheitsprogramme aufzunehmen.^{xiii}

Als 1973 der Tuberkulosespezialist und angesehene WHO-Angestellte Dr. Halfdan Mahler deren Generaldirektor wurde, kam der Dialog zwischen WHO und CMC in Gang. Zu einem bemerkenswerten Austausch führte die Einladung von Nita Barrow von der CMC beim WHO, um zu 15 leitenden Angestellten über Primary Health Care zu sprechen. Nita begann ihre Ausführungen damals so: „Wissen Sie, ich bin mir überhaupt nicht sicher, ob das angebracht ist, was ich jetzt hier mache. Das erinnert mich zu sehr an David und Goliath.“ Worauf Dr. Mahler antwortete: „Wissen Sie was – ich bin Sohn eines Pastors und weiß sehr wohl, was David dem Goliath angetan hat!“

Die Beziehungen zwischen CMC und WHO blühten auf und führten zu einer Arbeitsgruppe mit Teilnehmern beider Organisationen. Die Forschungsabteilung der CMC entwickelte drei Prototypen für Arbeit in einem Gemeinwesen, die zugleich das sich entwickelnde Konzept von Primary Health Care illustrierten und weiterführten:

° Zentral-Java: Dr. Gumawan Nugrobo und seine Frau begannen 1963 ein Gesundheitsprogramm in Indonesien. Weil Armut den Patienten den Zugang zu den Dienstleistungen des Programms verwehrte, riefen sie einen „Gesundheitsfonds“ ins Leben, um so jedem den Zugang zu Behandlungen zu ermöglichen. Zugleich sorgten sie für ein besseres Einkommen der Familien, indem sie die Hühner- und Ziegenzucht ausweiteten.

° Jamkhed, Indien: Ein weiteres Team, ebenfalls ein Ehepaar, Rajanikant und Mabelle Arole, entwickelte zu Beginn der 1970er Jahre ein Gesundheitsprogramm, das auf Entscheidungen gründete, die im Gemeinwesen selbst getroffen wurden. Sie riefen ein lebensfähiges und wirksames System zur Gesundheitsfürsorge ins Leben, das die in Frage kommende Bevölkerung mit einbezog. An der Basis wurde geplant, vor Ort vorhandene Ressourcen wurden genutzt, um die örtlichen gesundheitlichen Probleme zu lösen. So wurde anstatt einer nur fragmentarischen eine umfassende Gesundheitsfürsorge bereitgestellt.

° Chinaltenango, Guatemala: Dr. Carroll Behrhorst bildete Mitarbeiter aus, die auf Community Health hinwirken sollten. Das schloss in einem breit angelegten Programm folgende Aktivitäten ein: Alphabetisierung, Familienplanung sowie Ausweitung landwirtschaftlicher Aktivitäten.

^{xiii} WHO Official Records. No. 42: „Fifth World Health Assembly. 1952“, S.241-242

III. Alma Ata

In Alma Ata, Hauptstadt der zentralasiatischen Provinz Kasachstan in der Sowjetunion, wurde 1978 eine zukunftsweisende Konferenz zum Thema Primary Health Care durchgeführt.^{xiv} Angestoßen wurde diese Konferenz durch die Erkenntnis, dass in den ärmeren Nationen dieser Erde die Gesundheitsfürsorge weiterhin zu wünschen übrig ließ. Bis zu dem Zeitpunkt war es die größte jemals für Angehörige der Gesundheitsdienste durchgeführte Konferenz.

Als Direktor der CMC war Jack Bryant darüber hinaus Mitglied des Exekutivkomitees der WHO und Direktor des Büros für International Health for Health and Human Services der US-Regierung. Zusammen mit Dr. Julius Richmond vertrat er die USA während der Konferenz in Alma Ata. In dieser Funktion sorgte er dafür, dass die zuvor bereits diskutierten Ideen klar und deutlich zu Gehör gebracht wurden. Dr. Taylor als Berater der WHO wurde in das Komitee berufen, das den Abschlussbericht der Konferenz vorbereiten sollte. Er konnte sowohl praktische Erfahrungen als auch Konzeptionelles seitens der CMC einbringen.⁶ Die Veröffentlichung spiegelt den Konsens eines großartigen internationalen Teams wider. Das Komitee tat seine Arbeit unter dem Mantel der Verschwiegenheit, denn die Bemühungen des Teams galten als vertraulich. Das Ergebnis wurde als Deklaration und Abschlussbericht weit verbreitet.

Indem die Konferenz neue Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft mit einbezog, ferner auch die ungeheuer große Ungleichheit in der Verfügbarkeit von Dienstleistungen und die zunehmenden Unterschiede im Gesundheitszustand besonders in den armen Nationen zur Kenntnis nahm, entstand während dieser Konferenz eine Proklamation zur universalen Gesundheitsfürsorge, die schnell Kultstatus erlangte:

Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000

Einerseits war diese Konferenz gekennzeichnet durch eine enorme Übereinstimmung innerhalb der internationalen Gemeinschaft von Gesundheitsexperten, wo es darum ging, die Anstrengungen für eine weltweit bessere Gesundheit zu verstärken und nicht nur die „entwickelten“ Länder vor ansteckenden Krankheiten aus den wirtschaftlich schwachen tropischen Nationen zu bewahren; auf der anderen Seite gab es ernsthafte Differenzen bei

^{xiv} Alma Ata ist der russische Name für die kasachische Stadt Almaty. Obwohl dieser Name heute weltweit anerkannt wird, bleibt der alte Begriff in Verbindung mit jener Konferenz weiterhin in Gebrauch.

den Überlegungen, wie denn die hoch gesteckten Ziele der Konferenz umzusetzen seien.

Die Fachleute aus dem Westen setzten den Schwerpunkt auf *Gesundheit für alle*, die aus den Entwicklungsländern auf *Gesundheit für alle*. Diese unterschiedliche Betonung machte allen bewusst, dass es bei PHC um eine Ausgeglichenheit gehen musste, die allen gerecht werden würde. Von der Konferenz heimgekehrt, fühlten sich alle, die sich in der Welt für Gesundheitsfürsorge verantwortlich wussten – aus entwickelten und sich entwickelnden Ländern – ,mit neuem Elan ausgestattet, diese Arbeit überall auf der Welt aufzumöbeln. Maßnahmen wie den Armen dienen, Dienst am Gemeinwesen als Ganzem, Prävention von Krankheiten, die Stärkung der Rolle der Frauen im Gesundheitswesen entwickelten sich aus Tübingen I und II, und durch die CMC konkretisiert, wurden sie fester Bestandteil der sich herauskristallisierenden Rahmenbedingungen für PHC.

IV Post-Alma Ata

So hoch gesteckt die Ziele von *Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000* auch waren, entdeckten wir doch bald, dass Grundsätze ohne Regeln, sie auch in die Praxis umzusetzen, ihre Wirksamkeit verlieren und ein System, das nicht auf allgemein akzeptierten Prinzipien beruht, ohne signifikante Wirkung bleiben muss.

Die in Alma Ata vereinbarten Prinzipien legitimierten den Ansatz, Primary Health Care im Gemeinwesen anzusiedeln. Das beinhaltete:

- **Krankheitsverhütung ist wichtig genau wie klinische Heilbehandlung;**
- **Dienst so nahe wie nur möglich unmittelbar vor Ort (nicht in einem abgelegenen Krankenhaus);**
- **Dienst am Kranken auf der niedrigsten, den Bedürfnissen angemessenen Stufe;**
- **ein mehrstufiges System der Gesundheitsfürsorge, beginnend in der Familie, den Haushalten eines Gemeinwesens, der Klinik vor Ort bis hin zu der Möglichkeit, Patienten je nach Notwendigkeit in die besser ausgestatteten Krankenhäuser zu überweisen;**
- **faire und für alle zugängliche Dienstleistungen, mit besonderer Betonung des Dienstes an und für Frauen.**

Bei alledem sind wir von der Vorrangigkeit überzeugt, gleichzeitig das Gemeinwesen zu stärken. Es gab immer wieder Rückschläge auf dem Weg dorthin. Eines der „Modelle“ von PHC, die nach Alma Ata umgesetzt werden sollten, waren die „Barfußärzte“ Chinas. Dieses große und sehr arme Land hatte ein seinen Verhältnissen und vorhandenen Ressourcen angepasstes PHC-System geschaffen mit Kadern ohne eine volle medizinische Ausbildung (Barfuß-

Ärzte), die in Städten und Dörfern vor allem im Westen Chinas PHC bereitstellten. Doch als das Land wirtschaftlich vorankam und die Modernisierung fortschritt, schaute die politische Führung Richtung Westen wie z.B. die USA mit einer hoch technisierten Ausstattung ihrer Krankenhäuser. Sehr schnell fuhren sie die Dienste der „Barfußärzte“ zurück, das zu jener Zeit größte und wahrscheinlich weitreichendste und effektivste CBPHC-System auf der Welt.

In den Jahren nach Alma Ata hat die weltweite Entwicklung dazu beigetragen, diese Prinzipien der Realität entsprechend anzupassen und weiter zu entwickeln:

- **Verlässliche, langfristige politische Unterstützung in den entwickelten und den sich entwickelnden Ländern;**
- **die gleichzeitige Ausrichtung auf soziale Gerechtigkeit und auf die Entwicklung des Gesundheitssystems;**
- **ausgeglichene Verfügbarkeit von Personal sowohl zahlenmäßig als auch in Bezug auf die Ausbildung;**
- **das Auftreten nicht ansteckender Krankheiten^{xv}**
- **die Gleichzeitigkeit von Armut, Bevölkerungswachstum und Umweltzerstörung;**
- **Geld (die Rezession zu Beginn der 1980er Jahre erwies sich als besonders hinderlich auf dem Weg voran in Sachen Gesundheit für alle in den Entwicklungsländern).**

Während es in den unterentwickelten Ländern auf breiter Front Fortschritte gab, traten neue Fakten zutage. Dazu war es nötig,

- **das Gesundheitssystem einzelner Distrikte zu stärken;**
- **im Auge zu behalten, dass allen Gerechtigkeit widerfährt;**
- **neue Technologien zur Unterstützung von PHC anzuwenden;**
- **die Bedeutung der allgemeinen sozialen Verhältnisse bei der Gesundheitsfürsorge zu beachten;**
- **zu verstehen, dass es sich bei Gesundheit um einen integrativen Prozess handelt;**
- **Gesundheit mit anderen Entwicklungsaspekten zu verschmelzen.**

Menschen guten Willens können unterschiedlicher Meinung sein, und sie waren das auch. Als die Bedürfnisse des Gesundheitswesens auf die Realitäten unzureichender Ressourcen der Entwicklungsländer trafen, kam es bei der Umsetzung von „Gesundheit für alle“ zu gravierenden unterschiedlichen Auffassungen. Viele für Gesundheit und die entsprechenden Programme Zuständige strebten einen ausgeglichenen, sorgfältig geplanten und umfassenden Primary Health-Plan an, sogenannte horizontale Programme. Andere befürworteten ausgewählte – vertikale – Programme, die sich auf erreichbar scheinende Ziele richteten. Geldgeber, die sich für Investitionen in ein überschaubares, erreichbares Ziel entschieden hatten und dieses auch für

^{xv} Wie sie in der „Alten Welt“ vorkamen: Durchfall bei Kindern, durch Impfungen zu verhütende Krankheiten, Lungenentzündung, Diabetes, Herzkrankheiten und Krebs.

politisch nützlich erachteten – nicht zuletzt um weitere Geldmittel und politischen Kredit zu bekommen – beeinflussten oft die Entscheidungen zugunsten vertikaler Programme.^{xvi 7} Zum Beispiel wurde eine weltweite Initiative gestartet, Pocken von der Erdoberfläche verschwinden zu lassen, und dieses bemerkenswerte Ziel wurde Anfang der 70er Jahre tatsächlich erreicht. Zur gleichen Zeit waren ähnliche Anstrengungen, Malaria auszurotten, nicht erfolgreich. Noch heute scheint ein langer Weg vor uns zu liegen, um diese durch Bakterien übertragene Krankheit auszurotten; vor allem wegen der Insektizide und der Medikamenten-Resistenz, was aber erst zutage trat, nachdem das Programm längst lief.

In betroffenen Gemeinwesen unterschieden sich die Auffassungen oft von denen, die die Programme auf zentraler und globaler Ebene planten. Dieses Spannungsverhältnis zwischen internationalen Geldgebern und den Empfängern vor Ort hält bis heute an. In vielen Ländern weigern sich örtliche Gemeinden, an „Tagen der Immunisation“, angeordnet von der WHO, teilzunehmen, weil sie der Auffassung sind, dass Gesundheitsfürsorge viel breiter angelegt sein sollte, als eine Handvoll vorbeugender Medikamente an den Mann zu bringen. Die US-Regierung ist derzeit dafür bekannt, in Afrika südlich der Sahara aggressiv gegen HIV/AIDS vorzugehen, indem sie sich weitgehend christlicher Glaubenswerke bedient. Einige dieser religiösen Programme bestehen jedoch auf Enthaltensamkeit zur Eindämmung und verweigern in Frage kommenden Paaren sogar Kondome, und vielen lehnen diesen entschieden „christlichen“ – vertikalen – Ansatz ab.

Trotz vieler Ungereimtheiten bleibt doch festzuhalten: Die zunehmende Integration des Gesundheitswesens in umfassende Wirtschafts- und Entwicklungsprogramme auf nationaler und internationaler Ebene ist eine echte Erfolgsgeschichte. Die meisten Geldgeber, eingeschlossen die multilateralen und bilateralen Agenturen, unterstützen und finanzieren diesen integrierten Entwicklungsansatz. Diese breit angelegte Vorgehensweise wiederum implementiert und bekräftigt die Prinzipien der Community Based Primary Health Care (CBPHC), initiiert durch CMC und WHO und als Auswirkungen von Alma Ata und der ursprünglichen Pilotprojekte bzw. Feldversuche in Java, Jamkhed und Chimaltenango.

V. Der Weg ins 21. Jahrhundert

Das Bemühen um Gesundheit für alle ist heute allgemein als angemessenes, wenn auch idealistisch anmutendes Ziel unter Gesundheitsexperten weltweit

^{xvi} Smith, S. 911.

akzeptiert. Internationale Entwicklungsorganisationen und die Mitarbeiter der relevanten Institutionen sind auf der Suche nach neuen Erkenntnissen, was heute den Gesundheitsdienst und die soziale Entwicklung kennzeichnen sollte. Die Tatsache, dass zu diesen Charakteristika Kosteneffektivität, Gemeinwesen-Partizipation, sektorenübergreifende Aktionen sowie der ganze Fragenkomplex, ob einmal Begonnenes auch aufrechtzuerhalten ist, als angemessene und legitime Vorgehensweise anerkannt sind, ist letztlich eine Anerkennung des CBPHC-Konzepts, das von CMC und WHO vor 40 Jahren ins Leben gerufen wurde.

A. Entwicklungsziele für das neue Millennium

Die Millennium Development Goals (MDGs) wurden im Jahr 2000 von 189 Nationen im Rahmen der UN-Millennium-Deklaration unterzeichnet. Dieser historische Aufruf zur Tat zu Beginn eines neuen Jahrhunderts brachte eine ambitionierte Agenda hervor mit dem Ziel, das Leben der Ärmsten der Welt bis zum Jahr 2015 zu verbessern, und zwar durch gemeinsame Anstrengungen der entwickelten als auch der sich entwickelnden Länder. Während der 60. UN-Jahreshauptversammlung 2005 in New York richtete sich der Fokus auf die Verbesserung des Gesundheitszustands besonders in den ärmeren Nationen der Erde. Das Ergebnis dieser Versammlung war die Formulierung von acht MDGs, die bis 2015 in Angriff genommen sein sollten.^{xvii} Drei davon stehen in direktem Bezug zu Fragen der Gesundheit und weitere, wie die Stärkung der Rolle der Frauen, wirken sich direkt auf die Gesundheit aus, vor allem unter den Benachteiligten dieser Welt.

A. Derzeitiger Status von CBPHC

Die Bemühungen, Community Based Primary Health Care für die heutige Zeit relevant zu machen, werden fortgesetzt. Unter Führung der American Public Health Associations International Health Section wurde eine Arbeitsgruppe gebildet, die die Effektivität von CBPHC untersuchen soll. Diese Arbeitsgruppe hat bereits eine Anzahl von Programmen untersucht und ist der Meinung, dass die wesentlichen Vorgaben von PHC in Angriff genommen und umgesetzt

^{xvii} Die acht Millennium-Entwicklungsziele sind: 1. Hunger und extreme Armut beenden, 2. weltweit Grundschulausbildung erreichen, 3. Gleichheit der Geschlechter voranbringen, 4. Kindersterblichkeit reduzieren, 5. Gesundheit der Mütter verbessern, 6. HIV/AIDS, Malaria und andere Krankheiten bekämpfen, 7. Schutz der Umwelt dauerhaft sicherstellen, 8. eine globale Partnerschaft für Entwicklung entwickeln.

worden sind, dass besonders das Leben von Kindern und Müttern durch diesen Ansatz von Vorsorge und Betreuung vor Ort, und – falls nötig – unterstützt durch fortschrittliche medizinischen Einrichtungen, bewahrt wurde. Die Arbeitsgruppe hat auch Bereiche identifiziert, die weitere Untersuchungen nötig machen, z. B. in den Slums der Städte. Aber sie ist der Auffassung, dass die größte Herausforderung darin besteht, die Erkenntnisse, die in kleineren Pilotprogrammen gewonnen wurden, in der breiten Bevölkerung und deren Gesundheitssystemen umzusetzen.

„Genauso wie in den 80er und 90er Jahren vertikale Maßnahmen von übergreifender Priorität waren, beseht die Herausforderung in den kommenden zwei Jahrzehnten darin, sich auf ein Bündel von Maßnahmen zu konzentrieren (mit einer starken Betonung von CBPHC), die die Sterblichkeitsrate senken und die als Bausteine für systematische PHC-Anliegen dienen können. Damit diese Bemühungen nicht fehlschlagen wie die bei Primary Health Care in den frühen 80er Jahren, kommt es entscheidend auf ausreichende Planung, Finanzen, Professionalität und technische Unterstützung an. Um weiterhin zu lernen, während wir auf dem Wege sind, sind ständige intensive und rigorose Evaluierungen dieser integrierten Maßnahmenbündel, durchgeführt unter unterschiedlichen Bedingungen, nötig. So können wir den Erfolg sicherstellen, der im Erreichen des Ziels besteht, dem wir als einer globalen Priorität alle zugestimmt haben: Gesundheit für alle gemäß der Internationalen Konferenz für Primary Health Care 1978.“⁸

C. Quo vadis?

Was sollte die christliche Gemeinschaft anstreben, während das 21. Jahrhundert voranschreitet?

Ein Vorschlag zielte auf eine „Revolution zum Überleben des zweiten Kindes“. Daran entzündete sich eine erneute Diskussion mit dem Fokus auf genereller Stärkung des Gesundheitssystems, besserer Ernährung und auf die „fortdauernde Überwachung der Gesundheitsprogramme“.¹¹ Es steht überhaupt nicht in Frage, dass die ursprüngliche Betonung auf Reduzierung der Kindersterblichkeit durch **EPI**, **ORT** und **ARI**^{xviii} und später die Behandlung mit Micro-Nutritions einschließlich Vitamin A und die allgemeine Verbesserung der Ernährung sich in den Entwicklungsländern überall in der Welt positiv auf die

^{xviii} **EPI**: Expanded Program of Immunization mit dem Ziel, Krankheiten, die durch Impfungen verhindert werden können, besonders bei Kindern unter 5 Jahren.

ORT: Oral Rehydration Therapy; die bei der ORT verwendete Lösung ist auch unter dem Begriff „orale Rehydrationslösung“ (englisch *WHO-Oral Rehydration Solution* oder *WHO-ORS*) bekannt.

Die **Trinklösung** ist eine wässrige Lösung von Traubenzucker, Kochsalz und anderen Elektrolyten, die als einfache, kostengünstige und effektive Behandlungsmaßnahme bei schweren Durchfallerkrankungen eingesetzt wird und schon vielen Menschen, vor allem Kindern unter 5 Jahren, das Leben gerettet hat.

ARI: Acute Respiratory Infection; die Behandlung mit Antibiotika hat die Zahl der tödlichen Krankheitsverläufe bei Kindern und Säuglingen bedeutsam verringert.

Kindersterblichkeit ausgewirkt haben. Doch wenn man sich diese angestrebte zweite Revolution genauer anschaut, sind wir der Meinung, dass sie denselben von Oben-nach-unten, durch die Geldgeber bestimmten Ansatz befürwortet wie in früheren Entwicklungsprogrammen auch. Um ein Programm ausreichend zu bewerten, genügt es nicht, die nationale Perspektive anzuwenden; viel wird in Zukunft davon abhängen, ob das Gemeinwesen selbst eine optimale Rechenschaftslegung und qualitative Verbesserung vornimmt.

Als Mitglieder einer Glaubensgemeinschaft, die per definitionem in einem Gemeinwesen angesiedelt ist, treten wir dafür ein, dass christliche Gemeinden dazu beitragen sollten, die Fehler der Vergangenheit nicht zu wiederholen, und dass sie stattdessen dafür eintreten sollten, dass bei zukünftigen Unternehmungen das ganze Gemeinwesen mit einbezogen und gestärkt wird. Beim Schutz und Erhalt ihrer eigenen Gesundheit sollten die Menschen von vornherein aktiv und unmittelbar mit einbezogen werden. Wir sehen darin den einzigen Weg, um Nachhaltigkeit, Relevanz für die jeweilige Kultur und echte Teilhabe an einem Demokratisierungsprozess zu gewährleisten. Gesundheit, so meinen wir, ist etwas, was *von* den Menschen selbst gehandhabt werden sollte, nicht nur *für* Menschen; und eine wichtige Komponente dafür ist das soziale Umfeld, in dem Menschen leben.

Während die nationalen sowie die persönlichen Einkommen weiter steigen – wenn auch sehr unterschiedlich – sind wir ferner der Meinung, dass die sozialen Gegebenheiten, die sich auf die Gesundheit auswirken, stärker betont werden sollten. Neue Untersuchungen lassen darauf schließen, dass, je größer die Unterschiede des *relativen* Haushaltseinkommens sind, desto größer auch der Unterschied bei der Gesundheit zwischen der höchsten und niedrigsten Einkommensstufe ist.¹³ Ein neueres Beispiel sind Daten aus Südwest-Virginia, wo die unterste Einkommensschicht eine zurückgehende Lebenserwartung hat, und zwar auf Grund von Rauchen, Ausschweifungen und Veränderung des Lebensstils.¹⁴ Es handelt sich hier um eine Siedlung, wo die Einkommen der Ärmsten etliche Male höher sind als die eines Dorfbewohners im Punjab, aber deutlich unterhalb der US-Armutsgrenze liegen.

Als Antwort auf die immer eindeutigeren Hinweise, dass die Gesundheit eines Gemeinwesens in hohem Maße mit den sozialen Gegebenheiten korrespondiert – der Ursache aller Ursachen – hat die WHO 2005 die Commission on Social Determinants of Health ins Leben gerufen. Dieses Expertengremium hat eine Reihe von Empfehlungen zur fairen Gesundheitsfürsorge für alle sowie zur sozialen Gerechtigkeit herausgegeben.^{xix} Das unterstreicht für uns auf der christlichen Basis Handelnde einmal mehr, dass wir mit erneutem Eifer und

^{xix} World Health Organization. Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva, WHO, 2008.

Hingabe diese für alle gleichermaßen erreichbaren Gesundheitsdienste hinbekommen sollten ebenso wie gesicherte Einkommen und soziale Teilhabe über wirtschaftliche, ethnische, regionale und Geschlechter-Grenzen hinweg. Das gilt sowohl für Entwicklungsländer als auch für die entwickelten.

Schließlich wird eine sich auf den christlichen Glauben gründende Gemeinschaft über die Grenzen einer christlichen Gemeinde hinausgehen wollen. Wenn uns das spirituelle Wohlergehen unserer Mitmenschen ein Anliegen ist, dann müssen wir nach Wegen suchen, wie wir mit anderen zusammenarbeiten, ihr Vertrauen gewinnen und sie motivieren können; wir müssen auch die Ressourcen von anderen religiös geprägten Gemeinwesen beachten – der Muslime, Juden, Buddhisten, Taoisten usw. Wenn wir wirklich alle Gottes Kreaturen sind, dann müssen wir unsere Ähnlichkeiten identifizieren und gemeinsam unsere Visionen und Ziele umsetzen, um körperliche und geistliche Gesundheit und Wohlergehen für die ganze Menschheit zu verbessern.

Literaturhinweise

(Die folgenden Literaturhinweise wurden unverändert aus dem Original übernommen.)

1. Bryant JH. Health & the Developing World. Ithaca [N.Y.]: Cornell University Press; 1969.
2. Bryant JH and Richmond J: "Alma-Ata and Primary Health Care: An Evolving Story," in Quah S and Heggenhougen K eds: International Encyclopedia of Public Health. Philadelphia, Elsevier, 2008; pp. 152-174.
3. McGilvray JC. Quest for Health and Wholeness. German Institute for Medical Missions, Tübingen: 1965.
4. McGilvray, JC. The Quest for Health and Wholeness. German Institute for Medical Missions, Tübingen: 1981 (Revised and updated).
5. Goodman NM. International Health Organizations and Their Work. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1971.
6. Litsios S. "The Christian Medical Commission and the Development of the World Health Organization's Primary Health Care Approach." Am J Public Health 2004;94(11):1884-93.
7. Taylor CE. "A Christian Medical Commission's Role in Health Planning." International Review of Mission, 1969, LVIII (58) (230):10.
8. Taylor-Ide DC, Taylor CE. Just and Lasting Change: When Communities Own Their Futures. Baltimore: Johns Hopkins University Press, in association with Future Generations; 2002.

9. Smith DL, Bryant JH. "Building the Infrastructure for Primary Health Care: An Overview of Vertical and Integrated Approaches." *Soc Sci Med* 1988;26(9):909-17.
10. Task Force on the Effectiveness of Community-Based Primary Health Care of the International Health Section of the American Public Health Association. How Effective is Community-Based Primary Health Care in Improving the Health of Children? A Review of the Evidence; March 19, 2008.
11. "The Second Child Survival Revolution." *Lancet* 2005;365(9478):2152.
12. Savage F, Renfrew MJ, Bland RM. "Countdown to 2015 for Maternal, Newborn, and Child Survival." *Lancet* 2008;372(9636):369.
13. Berkman LF, Kawachi I. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000.
14. Ezzati M, Friedman AB, Kulkarni SC, Murray CJL. "The Reversal of Fortunes: Trends in County Mortality and Cross-County Mortality Disparities in the United States." *PLoS Medicine* 2008; 5(4):e66.
15. World Health Organization. *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva, WHO, 2008.
16. World Health Organization. *WHO Official Records, No. 42: "Fifth World Health Assembly, 1952."* Geneva, WHO, 1952.

Christian Connections for International Health (CCIH)

- ist ein 1987 gegründeter Zusammenschluss von christlichen Organisationen und Einzelpersonen mit der Zielsetzung, Gesundheit und Ganzheitlichkeit des menschlichen Lebens und der Gesellschaft auf internationaler Ebene aus christlicher Perspektive zu fördern. Das CCIH - Netzwerk umfasst mittlerweile 300 Einzelmitglieder und 165 Organisationen aus den USA und aus Übersee (132 christliche, sowie 33 ihnen freundschaftlich verbundene Werke). CCIH repräsentiert ein breites Spektrum von Organisationen, vor allem große und kleine christliche Gruppierungen. In dem Netzwerk sind Menschen aus unterschiedlichen Bereichen und Nationalitäten miteinander verbunden. Alle fühlen sich dazu verpflichtet, in unserer Welt den Menschen Zugang zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung zu verhelfen, dies ohne Ansehen der Person, des Standes oder der Religionszugehörigkeit.

CCIH sieht drei Hauptaufgaben:

- Austausch von Informationen
- Zusammenarbeit aufbauen und fördern sowie Partnerschaften bilden
- Werbung für das Erreichen unserer Ziele

Anfangs legte CCIH den Schwerpunkt auf den Austausch von Informationen untereinander. Hierbei erwiesen sich netzwerkartige Verbindungen zwischen den einzelnen christlichen Organisationen als hilfreich. In den folgenden Jahren engagierte sich das CCIH immer stärker darin, die Zusammenarbeit zwischen christlichen Werken einerseits und säkularen Entwicklungsdiensten andererseits zu stärken.

Viele Mitglieder der CCIH interessierten sich für eine verstärkte Zusammenarbeit mit Regierungen, Geberorganisationen, Körperschaften sowie Berufsverbänden. Auf der anderen Seite nahm auch das Interesse seitens der staatlichen Entwicklungsorganisationen zu, mit christlichen Werken zusammenzuarbeiten. Das CCIH wird dabei als vertrauenswürdige Vertretung der christlichen Gemeinschaft auf dem Gebiet weltweiter Gesundheitsdienste anerkannt.

Im globalen Kontext der Gesundheitsfürsorge ist CCIH bei vielen Organisationen ein gefragter Partner, besonders wenn es um Informationen und Kontakten zu christlichen Werken geht.

Mitglieder des CCIH unterstützen den Auftrag des CCIH und bejahen die Grundlage des christlichen Glaubens.

Bei den Organisationen, die sich um eine Zusammenarbeit mit dem CCIH bemühen, handelt es sich um säkulare Institutionen, Organisationen und Unternehmen etc, die Gesundheit und Ganzheitlichkeit weltweit fördern. Sie unterstützen zwar den Auftrag der CCIH, arbeiten auch eng mit dem CCIH und deren Mitgliedern zusammen, als Organisationen sind sie jedoch dem christlichen Glauben nicht verpflichtet.

Kontakt:

Christian Connections for International Health (CCIH)

1817 Rupert Street, Mc Lean, VA 22101 USA

Tel. 703.556.0123,

Email: ccih@ccih.org

www.Ccih.org