



MMS Bulletin # 146

40 Jahre Alma-Ata: Was können wir noch erwarten?

Ein Rückblick von Edgar Widmer

Ein langer und folgenreicher Weg nach Alma-Ata

Von Edgar Widmer

Im September 1978 beschlossen die Teilnehmerstaaten und die Weltgemeinschaft in der Erklärung von Alma-Ata, die Notwendigkeit dringender Massnahmen zum Schutz und zur Förderung der Gesundheit aller Menschen. Auf der Grundlage des Menschenrechts auf Gesundheit sollte weltweit ein Höchstmass an Gesundheit und sozialer Gerechtigkeit erreicht werden. Als Teilnehmer von Medicus Mundi International (MMI) war Edgar Widmer entschlossen, die Schlussfolgerungen von Alma-Ata unter den Mitgliedsorganisationen von MMI zu verbreiten und sie dazu zu bewegen, ihre Arbeitsweise zu ändern. Gleichzeitig sollten die Partner im Süden davon überzeugt werden, ihre Strategien entsprechend neu auszurichten. Edgar Widmer berichtet.



Edgar Widmer 1978 an der Konferenz von Alma-Ata in Kasachstan. Photo: Edgar Widmer

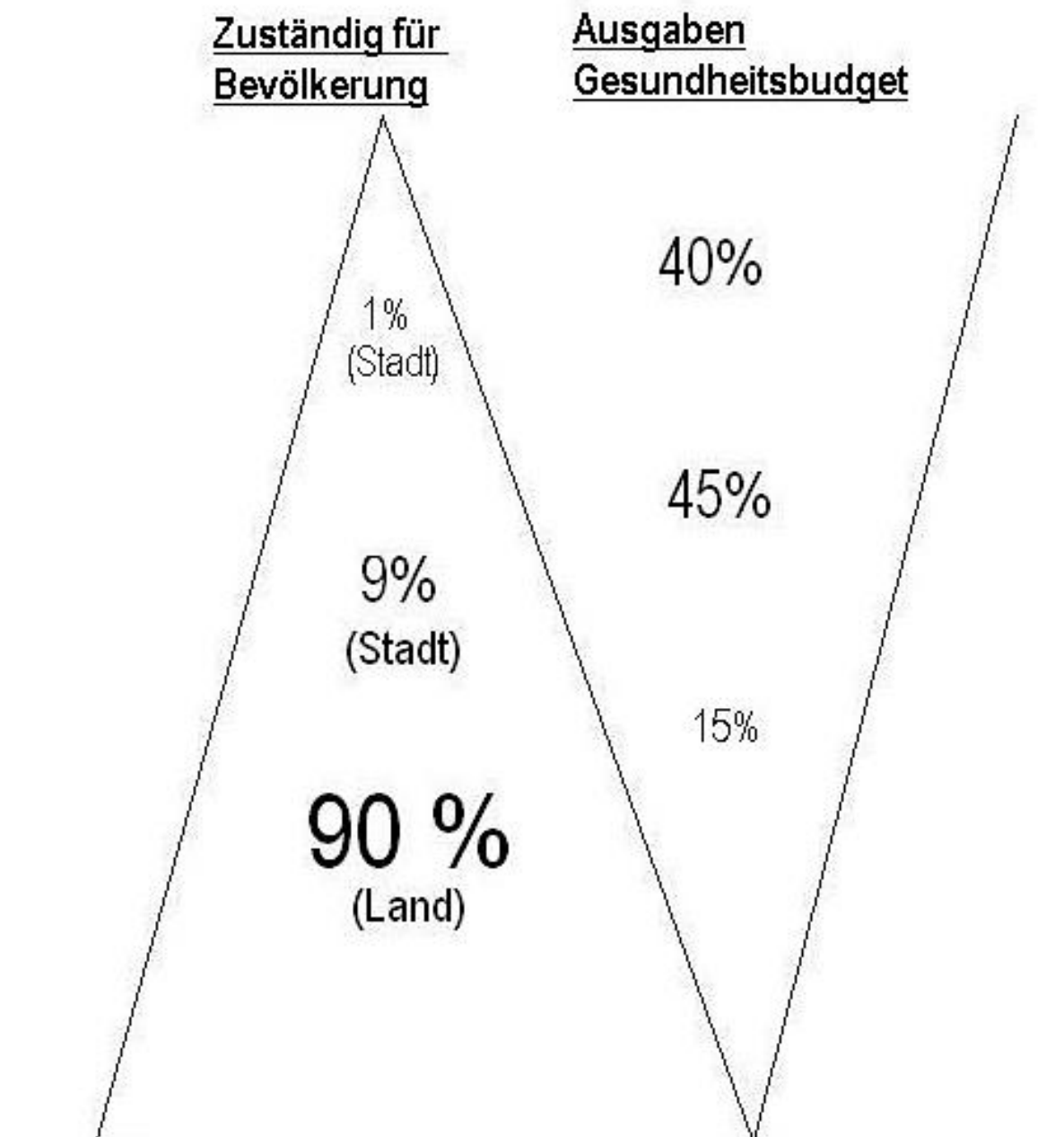
Ein Paradigmenwechsel fand statt

Entscheidend für die Änderung unseres Denkens war die Bandung Konferenz im Jahre 1955. Damals hatten 29 blockfreie Staaten das Ende der Kolonialzeit angesagt. Mit dem Rückzug der Kolonialärzte entstand im Gesundheitswesen vieler Länder eine grosse Lücke, welche später Medicus Mundi International (MMI) durch Entsendung von Ärzten zu begegnen versuchte. Zunächst waren es jedoch vor allem Ärzte aus Holland, die in Indonesien ihre anfänglichen Erfahrungen mit kurativer und karitativer Tätigkeit in Frage stellten und feststellen mussten, dass sich trotz ihres Einsatzes der Gesundheitszustand der Bevölkerung nur gering verbesserte. Die Erkenntnis, dass Armut, Ungleichheit im Zugang zu Gesundheitsdiensten sowie Unkenntnis über Ursachen von Krankheiten daran schuld waren, führte zu einem Paradigmenwechsel: zur Umkehr der „Pyramide der Gesundheitsdienste“. Ihre Spitze entspricht in der westlichen Medizin den Universitätsspitalern, wo mit viel Geld, relativ wenigen geholfen wird, während die breite Basis der Pyramide, der heutigen hausärztlichen Versorgung entspricht, wo mit verhältnismässig wenig Geld, viele versorgt werden müssen.



Tanzania 2015. Photo: Martin Leschhorn, MMS

Statt sich in den Hauptstädten auf die Spitzenmedizin zu konzentrieren, sollte nun eine flächendeckende Betreuung angestrebt werden. Das Modell von der umgedrehten Pyramide (siehe Graphik) war der Ansatz für Fragen, welche das Konzept der Primary Health Care (PHC) aufwarf. Unter anderem die ethische Frage, ob man bei beschränkten Mitteln weiterhin 45% in die Behandlung von 1% der Bevölkerung einsetzen darf.



Modell der umgekehrten Pyramide der Gesundheitsdienste. Graphik: Edgar Widmer

Die Gründung von Medicus Mundi International 1963

Als im Juli 1962 die Internationale Föderation der Katholischen Ärzte in London zusammentraf und u.a. darüber diskutierte, welche Rolle westliche Ärzte in Entwicklungsländern spielen sollten, entstand die Idee, eine Organisation für internationale medizinische Zusammenarbeit ins Leben zu rufen. Wenige Monate später, im Jahr 1963 wurde Medicus Mundi International gegründet. Unsere Vision war es, vor allem professionelle medizinische Hilfe zu leisten, um die Gesundheit der bedürftigsten Bevölkerungsgruppen in den Ländern des Südens zu verbessern.

Persönliche Erfahrungen als Arzt in Tansania

Während dieser Zeit, Anfang der sechziger Jahre hatte ich in Tansania die Möglichkeit, als junger Schweizer Arzt einen Austausch zwischen Peripherie und Spital in die Wege zu leiten. Das im Südwesten des Landes gelegene Missionsspital von Ifakara war während meines Einsatzes Referenzzentrum für eine Reihe von medizinischen Aussenposten. Ich besuchte 1964 jede einzelne Gesundheitsstation, diskutierte mit den verantwortlichen Hilfspflegern (Rural Medical Aids) über ihre Bedürfnisse und Nöte und machte mir ein Bild über Einrichtungen, Medikamentenvorrat und diagnostische Möglichkeiten.



Tanzanian Training Centre for International Health, Ifakara. Photo: David Davies/flickr, CC BY-SA 2.0

Bald war klar, was den „Rural Medical Aids“ fehlte: Eine Supervision durch das Spital, in welches sie jene Kranke überwiesen, denen sie nicht zu helfen vermochten. In Absprache mit der Spitalleitung wurden daraufhin im Turnus eines Jahres für diese Medical Aids Fortbildungskurse organisiert. Ausserdem sollten in Zukunft PatientInnen nicht ohne ein Überweisungsschreiben im Spital eintreffen und bei Entlassung sollten die Medical Aids einen Austrittsbericht vom Spital erhalten. Dieses Vorgehen ermöglichte einen fortlaufenden Lernprozess für beide Seiten. Im Jahre 1987 fand dieses Konzept in der Internationalen Konferenz zum Thema *District Health Concept* eine Bestätigung.



Levels of Care. Graphik: Edgar Widmer

Wir waren alle Lernende!

Auf internationaler Ebene begann 1968 Prof. H.A.P.C. Oomen, Leiter des Amsterdamer Tropeninstituts und Gründer von Memisa-Medicus Mundi-Holland unter dem Label von Medicus Mundi International mit der Publikation von **Concepts**, einer Reihe von kleinen Schriften, in welchen er Erfahrungen und Rückmeldungen von MM-Ärzten sammelte. Es waren Erfahrungen mit Pioniercharakter in Bezug auf Primary Health Care (PHC). Sie erschienen in grosser Auflage in englischer, französischer und portugiesischer Sprache.

Ab 1970 veranstaltete MMI gleichzeitig mit seinen Jahresversammlungen, Tagungen zum Erfahrungsaustausch über den neuen Ansatz im Kampf gegen armutsbedingte Krankheiten. An diesen Veranstaltungen nahm ein zahlreiches Publikum mit Vertretern der Gesundheitsministerien jener Länder teil, in welchen MMI-Ärzte im Einsatz waren. Die Ergebnisse der Diskussionen wurden im Buch: „North-South Dialogue and Health“ (KARTHALA, Paris) zusammengefasst.

Dr. Halfdan Mahler, der General-Direktor der WHO, bestätigte damals, anlässlich der Präsentation dieser Schrift: “MMI’s new approaches were a stimulus to the evolution of primary health care, thought and practised as part of concerns within the organisation“.

MMI und Alma-Ata

Ein halbes Jahr vor der Alma-Ata Konferenz in Halifax war MMI an der Erarbeitung eines Positionspapiers zum Thema *Non-Governmental Organisations and Primary Health Care* beteiligt. Als neuer Präsident und Abgesandter von Medicus Mundi International flog ich dann auch als Vertreter, von einer der nur 56 teilnehmenden NGO's (an der Weltfrauenkonferenz Peking 1995 waren es über 1500 NGO's) zur Konferenz nach Alma-Ata. Die offizielle Schweizerdelegation bestand aus Dr. Ulrich Frei, Direktor des Eidgenössischen Gesundheitsamtes, Immita Cornaz, der Vertreterin der DEZA, dem Kantonsarzt der Waadt, Dr. Martin und Dr. Irriger, Vertreter der Vereinigung der Allgemeinpraktiker. Mit dieser Gruppe, aber vor allem mit den anderen NGO-Vertretern, gab es einen sehr guten Erfahrungsaustausch, der es nach der Heimkehr ermöglichte, gemeinsam die Alma-Ata Beschlüsse zu interpretieren, zu erproben und umzusetzen. Für mich persönlich waren die Beschlüsse eine Bestätigung unserer Vision von Entwicklungszusammenarbeit, d.h. Einsatz dort, wo Armut, Unwissenheit und Krankheit am häufigsten vorkommen.

"MMI's new approaches were a stimulus to the evolution of primary health care, thought and practised as part of concerns within the organisation" Dr. Halfdan Mahler, General-Direktor der WHO

Hochmotiviert von der Konferenz machte ich mich an die Arbeit! Als neuer Präsident von MMI und Vorstandsmitglied, der 1974 gegründeten NGO „Medicus Mundi Schweiz“ wollte ich vor allem folgendes umsetzen:

- Das PHC-Konzept von Alma-Ata innerhalb unserer Organisationen bekannt machen und MM-Ärzten Ausbildungsstätten zu vermitteln, in denen nebst Kenntnissen über Tropenmedizin auch Ausbildungs-Module über Entwicklungsmedizin und Strategien zu PHC angeboten wurden.
- Den Dialog mit Vertretern von Regierungen fortsetzen und versuchen, auf Grund des Vertrauens, das uns dank unserer praktischen Tätigkeit im Feld entgegen gebracht wurde, auf die nationale Gesundheitspolitik in Dritt-Welt Ländern Einfluss nehmen.
- Die offizielle Verbindung (official relationship) von MMI mit der WHO in die Wege leiten.
- Meine Kontakte mit Rom und dem Weltkirchenrat nutzen, um mich für die anstehenden Strategieänderungen in den kirchlichen Diensten einzusetzen, welche immerhin 40% der Gesundheitsversorgung in der Subsahara abdeckten.

Damals konnte ich noch nicht erahnen, welche Aufgabe ich mir und meinen Mitstreitern, mit all diesen Vorsätzen, für die kommenden Jahrzehnte aufgeladen hatte.

Last but not least gründeten wir dann auch noch die Spitex

Die Spitex ist ein Beispiel dafür wie in der Folge von Alma Ata in der Schweiz PHC umgesetzt worden ist.

In ihrer Konferenz von Alma Ata hat die WHO im Jahr 1978 darauf aufmerksam gemacht, dass der Abstand zwischen Reich und Arm zunimmt und dass die Arbeitslosigkeit zum weltweiten Problem wird. Aus diesem Grund brauchte es zur Förderung von Gesundheit koordinierte Initiativen im sozialen Bereich, in der Wirtschaft, in der Politik und im kulturellen Sektor. Der Einsatz dafür erfordert Methoden, die praktisch, wissenschaftlich erprobt, einfach und sozial akzeptabel waren und auf der Eigenverantwortung der Menschen aufbauten. Auf diesen Erkenntnissen beruhte das in der *Erklärung von Alma Ata* festgehaltene Konzept der Primary Health Care (PHC). Die Schweizer Delegation, welche in Alma Ata teilgenommen hatte, fragte sich, ob die Beschlüsse nur für unsere Entwicklungszusammenarbeit gelten, oder ob nicht auch in unserem Land neue Strategien anzuwenden seien.

Nach der Konferenz beschlossen die TeilnehmerInnen der Alma-Ata Delegation, inklusive ich selbst und Toni Ebner von SolidarMed und Immita Cornaz von der DEZA sowie der Präsident der Verbindung der Schweizer Ärzte FMH, zwei Kantonsärzte und u.a. die Leiterin der schweizerischen Pflegerinnenvereinigung, die Ergebnisse in einer kleinen, ad hoc zusammengesetzten Arbeitsgruppe zu analysieren und ein schweizerisches Konzept der primären Gesundheitsversorgung zu erarbeiten. Die Gruppe fand im September 1979 für eine Woche in Sörenberg zu einer Klausurtagung zusammen.



Foto von rawpixel au fUnsplash
(<https://unsplash.com/photos/XtIqMeOF29E>)

Der Ist-Zustand des Schweizerischen Gesundheitswesens wurde kritisch analysiert: Koordination und Zusammenarbeit zwischen Gesundheitsdiensten und verschiedenen Gesundheitsberufen seien ungenügend. Hilfesuchende hätten keinen direkten Zugang zu Sozialdiensten und zu ambulanten Pflegediensten. Zudem sei die Krankenversicherung im sozialen Bereich nicht leistungspflichtig. Die meisten Sozialdienste seien vertikal angelegt und auf ein spezifisches Problem angelegt wie Alkohol, Drogen, Tuberkulose, Rheuma, Krebs etc. Eigentliche integrierte Dienste würden fehlen oder bildeten die Ausnahme. Bei der Ausbildung der Ärzte würden der psycho-soziale Bereich und Aspekte der Prävention und der Gesundheitsförderung zu wenig berücksichtigt. Schon damals wurde vom überdimensionierten Bettenangebot der Spitäler gesprochen. *Postuliert wurde der Ausbau der spitalexternen, ambulanten Krankenpflege.*

Das Konzept der primären Gesundheitsbetreuung in der Schweiz wurde im Juni 1980 von der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz, der FMH und dem Bundesamt für Gesundheitswesen verabschiedet und Bund und Kantone zu einer breit angelegten Vernehmlassung übergeben. Ein konkretes Resultat des daraus entstandenen Prozesses sind die Spitex Organisationen, die in der ganzen Schweiz realisiert wurden.

Die Arbeit der NGOs auf internationaler Ebene ging weiter

Schon in Halifax, hat, wie oben erwähnt, eine Gruppe von NGO's mit dem Positionspapier Vorarbeit für die Alma-Ata Konferenz geleistet. Unmittelbar nach der Konferenz haben sich eine europäische und eine amerikanische NGO-Gruppe zur Umsetzung der Alma Ata Deklaration zusammengefunden. Die 24 europäischen NGO's nahmen sich vor, die Koordination unter den NGO's zu verbessern und sich gemeinsam innerhalb der WHO und innerhalb einzelner Länder einzubringen. Medicus Mundi International hat sich mit Hilfe seines Mitglieds CORDAID-Holland, vor allem für die Koordination der kirchlichen Gesundheitsdienste (Christian Health Associations, CHA's) eingesetzt. Auch MMS hat geholfen, deren Büros einzurichten und einheimische Kollegen für die Leitung dieser Stellen in Public Health auszubilden. Unsere Empfehlungen flossen so bis weit in die Peripherie und gleichzeitig erhielten wir wertvolle Informationen vom Grass-Root-Level.

Ist der PHC-Ansatz gescheitert?

Im Grunde genommen ist das PHC-Konzept revolutionär. Politiker und auch Kirchenleute sehen sich jedoch lieber im Glanz eines grossen Spitals, als auf Fotos vor einem einfachen Gesundheitszentrum. Das Konzept der Partizipation und die neue Rolle der mit Alma-Ata geförderten Zivilgesellschaft schürten die Angst der Despoten vor demokratischen Prinzipien. Überall, wo Geld und Macht im Spiel ist, besteht die Gefahr, dass das Allgemeinwohl

übergangen wird. Trotzdem, ja trotzdem, hat PHC Fuss gefasst; vor allem dort, wo in der Ausbildung des Gesundheitspersonals die Grundlagen dazu gelegt worden sind und dort, wo eine entsprechende nationale Gesundheitspolitik definiert worden ist. Heutzutage spielt zudem die Zivilgesellschaft eine bedeutende Rolle im Herbeiführen von entsprechenden Veränderungen. Für MMI ist die Unterstützung von zivilgesellschaftlichen Initiativen in den letzten Jahren ja zur Kernaufgabe geworden.

Ich bin bis heute vom PHC-Ansatz überzeugt. Davon zeugt nicht nur die lange Liste der Tagungen, die wir in den letzten Jahrzehnten im Hinblick auf Health for All und PHC abhielten (siehe Kasten), sondern auch folgendes Foto: Das Bild zeigt mich (links) gemeinsam mit Dr. Vim van Lerberghe (rechts), anlässlich der MMS Tagung vom 8. November 2008 in Basel. Genau 20 Jahre vorher, als van Lerberghe noch Assistent am Tropeninstitut von Antwerpen war, konnten wir ihm aus dem Edgar-Widmer-Fonds sein damaliges Buch über PHC sponsern. An der MMS Tagung von 2008 präsentierte er den in seiner Verantwortung geschriebenen World Health Report 2008 mit dem Titel *Primary Health Care more than ever*.



MMS Symposium 2008. Photo: Christoph Engeli

MEDICUS MUNDI KONFERENZEN

Zusammen mit Vorstandsmitgliedern, mit den Mitgliedorganisationen und mit anderen Institutionen sowie mit vielen Fachleuten hat Medicus Mundi immer wieder Aspekte von *Health for All* und *PHC* diskutiert. Die Liste der Veranstaltungen ist lang, die Orte geographisch weit verteilt und die Finanzierungssorgen waren enorm. Für mich aber nicht nur viel Mühe und Arbeit, sondern auch Erinnerungen an grossartige Kollegen und liebgewordene Freunde.

1974 Aix la Chapelle, “**Development of basic health services** health-care planning and the contribution of NGOs” **1975** Rüslikon, “The fundamental role of **auxiliary personnel in delivering PHC** to the people.” **1976** Brussels, “Reorientation of health policies towards people’s needs” **1977** Amsterdam; “The decentralisation of medical care **from hospital to the community**” **1978**, Halifax, “**NGOs and PHC**” **1978**, **Alma Ata,**“**Primary Health Care**” **1978** Geneva, “The Role of NGOs that aim at the **strengthening of PHC** in developing countries” **1979** Geneva, “**Implementation of the Alma Ata Declaration** by MMI with the aid of European governments” **1980** Toenisvorst,, “Drug production and public policy” **1981** Liechtenstein, “Concepts of health and ethical choices” **1981** Yaoundé, “**First African Workshop on PHC**” **1982** Barcelona, “Support by non-governmental medical services for the **improvement of PHC**” **1983** Geneva, “What prospects is there for cooperation ? Are we once again going to train European health workers and send them overseas ? Or instead are we **going to collaborate with governments to train local health workers in the organisation of PHC?**” MMI/WHO, “Guidelines for Hospital Reports” **1984** Rome, “**Strengthening coordination** of health activities by local NGOs **towards health for all**” **1985** Geneva WHA: “The importance of the NGOs for national health policies” **1985** Dodoma,, “**Churches Consultation on PHC**” **1986**, Geneva, “MMI and the **role of hospitals for PHC**” **1986** Geneva, 40th WHA/MMI, „Health Economics and the Financing of Health Services” **1987** Harare, “The District Health Concept” **1987** Antwerp, “District and First Referral Hospitals in Sub Saharan Africa” **1987** Basel, “Aids in the Third World” **1987** Paris, “Emergency today, Health tomorrow” **1988** Geneva, “**Leadership for Development for All**” **1989** Brussels, “La gestion décentralisée, second soufflé de Santé Primaires” **1989** Brussels, “District Health Systems and the Health Care Revolution” **1990** Basel, “District Health Management” **1990** Geneva, “Solutions possibles face aux couts de la santé a l’échelon du district” **1991** Rotterdam, “Health Care and Structural Adjustment Programmes, a political and financial dilemma” **1992** Barcelona “El impacto de la cooperacion sanitaria en las comunidades locales del tercer mundo” **1992** WHO/MMI, “The Hospital in rural and urban districts” **1993** Desenzano “NGO’s and the District Health System” **1994** Asafo, Ghana, “SSP et l’hôpital dans le district» **1994** MMI-mail survey, “Cooperation between NGOs and Health Authorities at District Level” **1994** Kreefeld, “Gesundheit schafft Entwicklung” **1995** Granada, “Sustainability in Development Aid” **1995** Padova, “**Mental Health Care in the PHC System**” **1997** Pamplona, “El Sur y Medios de Comunicacion” **1998** Dakar, “Contractual Approach as a Tool for the Implementation of National Health Policies” **1998** Geneva,“A plea to contract not for profit, public serving

private health care institution „as an integral part of the health districts” **1998** Bern,
 „**Gesundheit für alle,, eine Standortbestimmung**” **1999** San Sebastian, „Es possible
 la salud en medio de la pobreza?” **1999** Dar es Salaam/Conakry, “Updating Health Care
 Development Cooperation” **1999** Dakar, “L’approche contractuelle dans les services de
 santé décentralisés en Afrique” **1999** Caserta, “La tutela della Dignità della Perona nel
 Cinquantesimo Anniversario della Proclamazione della Carta dei Diritti dell’Uomo” **2000**
 Rotterdam, “How popular is health care ? **Adoption or Rejection of PHC-concepts** in
 Developing Countries” **2000** Soesterberg” “The Church and its Involvement with Healthy”
2000 Padova, “Africa nel 2000: **Salute per tutti ?**” **2000** Geneva, MMI proposing the
WHO resolution on: ”Improving Health for All at district level” **2001** Brussels,
 “Financing Health” **2001** Vatican, **MMI’s reflections on the stewardship role of
 church owners of health care institutions.** **2001** Vatican, “Health and Power in
 Relation to Hospitals” MMI’s reflections on the stewardship role of owners of health care
 organizations. **2001** Padova, “**HIV /AIDS in countries with limited resources**” **2002**
 Basel, “HIV/AIDS: die Herausforderung annehmen” **2003** MMI, “The contractual approach,
 methodological guidelines“ **2003** MMI, “**Human Resources Development and MMI’s
 role?**” **2003** Berlin, “Medicus Mundi: 40 years fighting poverty through health promotion”,
2003 Basel, “**Getting the most health from resources**”. **2003**
 Toenisvorst,“HIV/AIDS related Human Resources Development” **2004** Kampala,,“**The
 Healing Ministry of the Church in the English speaking African countries at the
 dawn of the third millennium:**”. **2005** Cotonou: “L’importance de la coordination
 parmi les agences de santé des églises”**2006**. Bangui: “La mise en pratique des resolutions
 de Kampala et de Coptonou” **2008** Dar es Salaam: **Tanzania Catholic Church Health
 Policy.**



Edgar Widmer war über 30 Jahre lang als Chirurg und stellvertretender Leiter des Thalwiler Krankenhauses in der Schweiz tätig. Nach dem Medizinstudium an den Universitäten Fribourg, Wien und Basel promovierte er 1960 in Medizin. Unmittelbar danach absolvierte er im Kantonsspital Luzern ein Praktikum in Chirurgie und Anästhesie.

1963 promovierte er mit einer Arbeit über "Die Geschichte der Schweizerischen Medizinischen Mission in Afrika, insbesondere des Medizinischen Zentrums von Ifakara in Tanganyika". Nach dem Vorbild seines Onkels, des Erzbischofs Edgar Maranta von Dar es Salaam, der ein Leben lang als Missionar in Tansania verbracht hatte, arbeitete er von 1963 bis 1965 im Saint Francis Hospital in Ifakara. Zusammen mit einem Team von Lehrern der Universität Basel nahm er an der Ausbildung von zukünftigen tansanischen Medizinischen Assistenten teil. Zurück in der Schweiz setzte er seine Ausbildung in der Chirurgie fort und erwarb 1968 den Titel eines Facharztes für Chirurgie FMH. Ein Jahr später begann er seine Arbeit in Thalwil, einer kleinen Stadt in der Nähe von Zürich. Ab 1966 war er 19 Jahre lang Vorstandsmitglied von Solidarmed. Seit 1971 bekleidete er zahlreiche Positionen bei Medicus Mundi International und war als solcher einer der Gründer von Medicus Mundi Schweiz. Von Anfang an war Doktor Widmer der Wegbereiter für die Zusammenarbeit von MMI mit dem Päpstlichen Rat für Gesundheit und pflegte diesen wertvollen Kontakt über die Jahre. Email

Kontakt

Deutschschweiz

Medicus Mundi Schweiz
Murbacherstrasse 34
CH-4056 Basel
Tel. +41 61 383 18 10
info@medicusmundi.ch

Suisse romande

Medicus Mundi Suisse
Rue de Varembé I
CH-1202 Genève
Tél. +41 22 920 08 08
contact@medicusmundi.ch

Bankverbindung

Basler Kantonalbank, Aeschen, 4002 Basel
Medicus Mundi Schweiz, 4056 Basel
IBAN: CH40 0077 0016 0516 9903 5
BIC: BKBBCHBBXXX