

Wolfgang Bichmann, Dieter Hampel,
Matthias Güldner und Wolfgang Weber

Die kranken Gesundheitssysteme in der Dritten Welt

1. Einleitung

Gesundheit und Entwicklung stehen in einer direkten Wechselbeziehung. Die simpelste Kausalverknüpfung lautet: die ökonomische Entwicklung schafft die erforderlichen Mittel für bessere Ernährung, bessere Wohn- und Hygieneverhältnisse, bessere Gesundheitsdienste. Hieraus resultiert eine Senkung der Sterblichkeit, mit gravierenden Auswirkungen auf das Bevölkerungswachstum. Die Wechselbeziehungen bestehen jedoch aus um vieles komplizierteren Regelkreissystemen. So kann ökonomisches Wachstum von hohem Bevölkerungswachstum aufgezehrt werden. Andererseits hat der Gesundheitszustand der Bevölkerung Auswirkungen auf ökonomisches Wachstum. (Mills and Gilson 1988, S.13) Die Dialektik von Unterentwicklung der Gesundheitsversorgung und Auswirkungen der Unterentwicklung auf den Gesundheitszustand ist gut dokumentiert (Hughes and Hunter 1970; Navarro 1974; Cumper 1983). Unter dem Eindruck der hohen Prävalenz der »Krankheiten der Armut« in der Dritten Welt haben sich im angloamerikanischen Sprachraum die Fachrichtungen Tropical Public Health und International Community Health herausgebildet. Auch die traditionelle Tropenmedizin in Deutschland hat sich in den letzten Jahren dem Bereich der Gesundheitssystemforschung in der Dritten Welt geöffnet (Bichmann, Diesfeld et al. 1991). In diesem Artikel werden die wichtigsten Erkenntnisse referiert, die Ursachen der Gesundheitsprobleme der Menschen in der Dritten Welt betreffen. Ebenso werden die gegenwärtigen Lösungsstrategien auf internationaler Ebene dargestellt.

Die Länder der Dritten Welt werden seit dreißig Jahren als »Entwicklungsländer« bezeichnet – ein Euphemismus, der zum Ausdruck bringen soll, daß sie sich in einem Durchgangsstadium befänden (Diesfeld 1989, S.9). Als »Entwicklungsländer« wird eine sehr heterogene Ländergruppe bezeichnet, die wirtschaftlich schwach und wenig industrialisiert ist, die sich durch geringes Prokopf-

einkommen, niedere Produktivität und hohe Auslandsabhängigkeit auszeichnet und die dabei erhebliche Infrastrukturprobleme und eine junge Bevölkerungsstruktur mit hohen Zuwachsraten aufweist. Im Vergleich mit den »entwickelten«, mehr oder weniger wohlhabenden Industrieländern, überwiegend im »westlichen« Kulturkreis, sind sie »unterentwickelt«¹. Der aus der Geschichte der heutigen Industrieländern abgeleitete Entwicklungsbegriff, der Entwicklung mit wirtschaftlichem Wachstum gleichsetzt, ist indessen in den letzten 15 Jahren zunehmend unter Kritik gekommen: der aggressive Raubbau an den vorhandenen natürlichen Ressourcen, der die dynamische Wirtschaftsentwicklung Europas und Nordamerikas in den letzten 150 Jahren ermöglichte, ist aus ökologischer Perspektive langfristig nicht tolerierbar.

Die Ursachen der Unterentwicklung sind überwiegend historisch angelegt. »Entwicklungsländer« blicken fast allesamt auf eine Kolonialvergangenheit zurück, die ihre Wirtschaftsstruktur entscheidend prägte. Sie liegen in der Peripherie des heutigen politischen und ökonomischen Weltsystems (Nolte 1982; Wallerstein 1986). Neben den externen Ursachen der Unterentwicklung erhielten die internen Ursachen lange Zeit nur wenig Beachtung. Hierzu gehören die strukturelle Fehlverteilung vorhandener nationaler Ressourcen, die absolute Armut großer Teile der Bevölkerung (Weltbank 1990) und die ökonomischen Partikularinteressen der Eliten, die nicht mit den Erfordernissen volkswirtschaftlicher Entwicklung konform gehen. Ein Mangel an Demokratie und Partizipation, sowie soziale und politische Unterdrückung charakterisieren die innenpolitische Situation in den meisten Ländern der Dritten Welt.

Aus den Umwälzungen der letzten Jahre in den Staaten des real existierenden Sozialismus gingen in Osteuropa Länder hervor, auf die die Klassifikation »Entwicklungsland« zutrifft und die gleichzeitig attraktivere Standorte für Kapitalinvestitionen darstellen als die Volkswirtschaften der Dritten Welt (Dippe und Herzog 1991). Gleichzeitig sind die Auswirkungen der politischen Veränderungen in den Staaten des ehemaligen Warschauer Pakts in allen unterentwickelten Ländern feststellbar: seit 1988 lösen sich die Einparteiensysteme z.B. in Afrika rasch auf. Dabei handelt es sich keineswegs nur um sozialistische Staaten wie Angola oder Äthiopien, die vom Ausbleiben sowjetischer Budgethilfe betroffen sind. Die Demokratisierungsphänomene betreffen ebenso rechtsgerichtete Einparteiensysteme oder Diktaturen, wie Zaire, Togo, Kamerun und Kenia. Auch in Asien und Lateinamerika lassen sich diese Auswirkungen

mit einer starken Tendenz zur pluralistischen bürgerlichen Demokratie beobachten (vgl. z.B. Polo-Cheva 1991).

2. Die Entwicklung der Gesundheitssysteme in der Dritten Welt am Beispiel Afrikas

Wegen des Facettenreichtums der historischen Entwicklung der Dritten Welt soll hier beispielhaft die Entwicklung auf dem afrikanischen Kontinent dargestellt werden, in der sich die wichtigsten Etappen von Kolonisation und Dekolonisierung wie im Brennglas gebündelt zeigen.

Zwischen Europa, Amerika und Afrika bestanden seit dem 15. Jahrhundert Handelskontakte. Ihre Auswirkungen trugen weniger zur Entwicklung dieses Kontinents als zu seiner Ausplünderung bei. So soll Afrika nach manchen Schätzungen bis zu 100 Millionen Menschen durch den atlantischen und den arabischen Sklavenhandel verloren haben, von welchen etwa 15 bis 20 Millionen in Amerika ankamen (Ki-Zerbo 1979, S.229). Auch bei sehr vorsichtigen Schätzungen wird doch konzidiert, daß zumindest die Bevölkerung Westafrikas Mitte des 20. Jahrhunderts ohne den jahrhundertelangen Menschenverlust etwa um ein Viertel größer gewesen wäre (Fage 1969, S.87). Die eigentliche »Entdeckung«, Eroberung, Kolonisierung und Dekolonisation des Kontinents verlief indessen in einer sehr kurzen historischen Phase von nur ca. 150 Jahren. Erst 1884 wurde auf der Berliner Konferenz die territoriale Aufteilung Afrikas unter den europäischen Mächten besiegelt und zwischen 1956 und 1990, mit Schwerpunkt zu Beginn der 60er Jahre, erlangten die Staaten Afrikas ihre Unabhängigkeit.

Westliche Schulmedizin wurde im Zuge der Kolonisierung eingeführt: zunächst zur Versorgung des Militärs und der europäischen Siedler, dann für afrikanische Arbeiter im Dienste der Kolonialmächte bzw. der Pflanze, und erst etwa ab dem 1. Weltkrieg in breiterem Maße auch für die Gesamtbevölkerung. Die Notwendigkeit der Seuchenbekämpfung spielte neben kolonialen Rechtfertigungsgesichtspunkten eine wesentliche Rolle bei der Förderung der Verbreitung kurativer und präventiver Dienste (Leeson 1974, S.431). In der frühen Kolonialzeit hatte die Einrichtung sogenannter 'Cordons Sanitaires' zur Segregation der einheimischen Bevölkerung ebenso wie die umwelthygienischen Maßnahmen der Brutplatzvernichtung der Malaria mücken und der Expositionsprophylaxe durch

entsprechende Kleidung eine wichtige Rolle bei der Bekämpfung übertragbarer Krankheiten gespielt. In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurden dann zunehmend präventivmedizinische Maßnahmen in Form von Impfungen gegen Pocken und Gelbfieber (ca.1927) sowie von Massenbehandlungen bei Schlafkrankheit verfügbar. Am Vorabend der Unabhängigkeit zu Beginn der 60er Jahre gab es in den meisten afrikanischen Ländern ein funktionierendes Seuchenkontrollwesen und rudimentäre Zugangsmöglichkeiten für Krankenbehandlung in Krankenhäusern und Gesundheitsposten, wobei je nach Kolonialmacht unterschiedliche Schwerpunktsetzungen zu beobachten waren (Diesfeld 1989, S.94). Die Krankenversorgungsdienste waren im allgemeinen gemäß dem Organisationsmodell der jeweiligen Kolonialstaaten aufgebaut. Medizinische Versorgung verlangte Ärzte, paramedizinisches Personal und Hilfspersonal sowie Krankenhäuser und -stationen. Neben staatlichen Gesundheitseinrichtungen spielten Missionen bei der Verbreitung westlicher Medizin eine herausragende Rolle (Good 1991). Beiden Trägern war die Vorstellung gemein, in ein medizinisches Vakuum vorzustoßen.

Die Umgestaltung dieser Strukturen vom Bedarf der Kolonialmächte hin auf den vorhandenen Bedarf der Bevölkerung wurde nur in wenigen Ländern konsequent angegangen. Dort wo dies versucht wurde, wie z.B. in Tanzania, erwiesen sich die überkommenen Strukturen als außerordentlich beständig gegen Änderungen. Tanzania hatte bei Erlangung der Unabhängigkeit 47 staatliche Hospitäler mit über 7.000 Betten, davon zwei in der Hauptstadt. Mehr als ein Viertel des medizinischen Personals, ein Fünftel des staatlichen Gesundheitsbudgets und ein Sechstel der Betten der Regierungskrankenhäuser kamen der Hauptstadt zugute. Um eine qualitative Breitenwirkung der verfügbaren medizinischen Versorgung zu erzielen, führte das Land 1971 neue Berufsgruppen für die Gesundheitsarbeit in den Dispensaries und Rural Health Centres ein und befreite sich vom ausschließlich arztorientierten Modell der Basisgesundheitsversorgung. Bedarfsplanung und Koordinierung mit den existierenden Einrichtungen der privaten (Missions-)Institutionen stellten weitere Neuerungen der Gesundheitspolitik dar (Bichmann, Hartog et al. 1977, S.182 ff.). Innerhalb von 10 Jahren wurde dann die Zahl des auf dem Lande benötigten Gesundheitspersonals durch Einführung neuer Berufsbilder verdreifacht und eine konsequente Dezentralisierung im Gesundheitsbereich erreicht (Joó 1990, S. 62). Trotz vieler Kritik am tanzanischen Entwicklungsweg hatte daher

1983 die Hälfte der Bevölkerung Zugang zu sauberem Trinkwasser, für je 5 000 Menschen stand eine Gesundheitseinrichtung zur Verfügung und 50-60 % der Kinder wurden regelmäßig geimpft, was im Vergleich mit anderen afrikanischen Ländern ein gutes Ergebnis ist.

Traditionelle Gesundheitssysteme

Selbstverständlich existierte Krankenversorgung in afrikanischen Gesellschaften bereits vor der Kolonisierung. Ärzte und Heilkundige erwarben ihr Wissen im Lehrer-Schüler-Verhältnis und gaben es auch so weiter. Die Herausbildung regionaler medizinischer Traditionen war kaum erfolgt. Hingegen existieren bis heute eine Fülle unterschiedlicher Spezialisten für Teilaspekte der Medizin: Herbalisten, Knochenrichter, Gesundheitsbeter, Fetischeure, Heilpraktiker mit Spezialisierung auf bestimmte Krankheiten, Hebammen, usw. (Bichmann 1984). Die traditionellen medizinischen Experten können auch funktional in Diagnostiker und Therapeuten differenziert werden (Hinderling 1981, S.257 ff.).

Diese Fragmentierung war ein Grund, der die Nichtberücksichtigung bestehender medizinischer Versorgungsformen bei der Ausgestaltung der Gesundheitsdienste förderte². Der andere Grund liegt in der Unterschiedlichkeit der Krankheitsbegriffe: die westliche Medizin richtet sich auf biologisch-physiologische Kausalverknüpfungen aus und ist nicht in der Lage, den breiter angelegten und im traditionellen Vorstellungsbereich in Afrika verbreiteten Begriff des Schicksals, der biologische und religiöse Aspekte des Weltbilds integriert, anzuerkennen (Pfleiderer und Bichmann 1985, S. 215). Dementsprechend wurde die traditionale Heilkunde meist als Quacksalberei, Zauberei und Hexerei abqualifiziert und in der Zeit vor 1970 ihre Ausübung offiziell weitgehend verboten.

Die Vernachlässigung der bestehenden traditionellen Medizinsysteme hat aber Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Da das traditionale Medizinsystem Teil der Kultur ist, prägt es auch die Krankheitsvorstellungen und Empfindungen, das sogenannte 'Laienverständnis' der Patienten, die sich im System des »medizinischen Pluralismus« (Leslie 1980; Sommerfeld 1987) bewegen. In der Folge kommt es zu Mißverständnissen und »Übersetzungsproblemen« bei der Kommunikation zwischen Therapeuten des modernen schulmedizinischen Systems und Patienten. Darüber hinaus sind auch die einheimischen Vertreter des modernen schulmedizinischen Systems in einem Konflikt zwischen dem in der

Sozialisation aufgenommenen kulturellen Gesundheitsverständnis und dem durch die Ausbildung vermittelten medizinischen Modell befangen (Lux 1990).

Öffentliches Gesundheitswesen nach der Unabhängigkeit

Die unabhängigen, jungen Staaten Afrikas übernahmen unhinterfragt das von den Kolonialstaaten hinterlassene Modell der Gesundheitsversorgung. Die neuen Eliten, zum großen Teil im westlichen Ausland ausgebildet, forcierten zumeist kritiklos die »Modernisierung« und so setzte in den 60er Jahren unterstützt von westlicher »Entwicklungshilfe« ein Boom beim Bau von Gesundheitsstationen, Krankenhäusern und medizinischen Ausbildungsinstitutionen westlichen Typs ein. Ausbildungsgänge, die – ohne Äquivalenz im westlichen Ausland – von Kolonialverwaltungen eingeführt worden waren (z.B. die dreijährige Kurzausbildung von »Médecins Africains« in Dakar) wurden eingestellt, präventive Dienste der Seuchenbekämpfung und Umwelthygiene wurden vernachlässigt: Ziel war die Kopie des westlichen Modells.

Ökonomische Betrachtungen spielten damals keine Rolle. Die Gesundheitsbudgets afrikanischer Staaten lagen mit um die 9 % am Staatshaushalt (im Vergleich zu heute ca. 3 bis 5 %) erfreulich hoch (WHO/AFRO 1974, S. 64) und die Krankenversorgung war – in Übernahme des kolonialen Rechtfertigungsprinzips der Staatsmacht – kostenlos.

Die rasche Expansion der Gesundheitsdienste führte im Laufe der 70er Jahre zu einem kontinuierlichen Ansteigen der Personalkosten, die in vielen Ländern zu Ende der 70er Jahre 70 bis 90 % der Gesundheitsausgaben umfaßten, während gleichzeitig die Qualität der Dienstleistungen mit zunehmendem Mangel an Ausstattungsgütern, Verbrauchsmaterialien und Medikamenten abnahm – nicht zuletzt beschleunigt durch verbesserten Zugang und steigende Nachfrage der Bevölkerung.

Im nicht-staatlichen Gesundheitssektor spielten in Afrika die kirchlichen bzw. Missionskrankenhäuser die wesentliche Rolle. Teilweise wurde ihre Integration in die staatliche Bedarfs- und Versorgungsplanung angestrebt: in vielen Ländern entstand aber auch eine Situation unfruchtbarer Konkurrenz des öffentlichen mit dem karitativen Sektor. Die Rolle des privatwirtschaftlichen Sektors beschränkte sich in den meisten Ländern – abgesehen von den Praktikern der traditionellen Medizin – bis Anfang der 80er Jahre

überwiegend auf Kliniken und Praxen für die zahlungskräftige Oberschicht in den Städten. Nur in den Ländern des blühenden Privatkapitalismus, wie Nigeria oder Kenia, wucherte die privatwirtschaftliche medizinische Versorgung bereits frühzeitig.

Primary Health Care

Schon zu Beginn der 70er Jahre waren die Fehlentwicklungen und deren Folgewirkungen für Beobachter deutlich. Die WHO hatte 1973 eine Studie in Auftrag gegeben (Djukanovic and Mach 1975), die die strukturellen und organisatorischen Schwachstellen der Gesundheitsdienste in Entwicklungsländern untersuchte. In verschiedenen Projekten kirchlicher Institutionen war mit alternativen Organisationsformen der Gesundheitsversorgung unter aktiver Einbeziehung der Gemeinden experimentiert worden (Newell 1975). Die Beispiele rascher Ausweitung der flächendeckenden Gesundheitsversorgung in der VR China (Rifkin 1973) und der durchgreifenden Verbesserung gängiger Gesundheitszustandsindikatoren in Cuba (Navarro 1972) machten die potentiellen Chancen und Möglichkeiten der Reorganisation der Gesundheitssektoren in Entwicklungsländern deutlich.

Unter dem Titel »Primary Health Care« (PHC) wurde ein Modell der Basisgesundheitsversorgung propagiert, das umfassend und nicht nur im engeren Sinne medizinisch ausgerichtet ist (WHO 1978) und das auf den wesentlichen Prinzipien der soziokulturellen Angemessenheit, der sozialen Gerechtigkeit (Equity), der Gemeinwesenbeteiligung (CP) und der inter-sektoralen Koordination aufbaut. Dieses Konzept der Gesundheitsversorgung wurde 1978 auf der internationalen Konferenz über PHC in Alma Ata von den Mitgliedsstaaten der WHO proklamiert und in der Folge in den meisten Ländern implementiert.

Die Umsetzung der PHC-Philosophie erfolgte allerdings in den verschiedenen Ländern sehr ungleichzeitig und mit unterschiedlicher Schwerpunktsetzung. War im ursprünglichen Modell primärer Gesundheitspflege ein umfassendes, holistisches Konzept angelegt, so wurde es bei der flächendeckenden technischen Durchführung in der Regel auf eine »selektive Intervention« reduziert und generalstabsmäßig »top-down« implementiert (Rifkin and Walt 1986). Besonders die Fokussierung der Gesundheitsprogramme auf die »vulnerablen Gruppen« der Mütter und Kleinkinder trug zu dieser Fehlentwicklung bei. Verschiedene »vertikale« Gesundheits-

programme mit Ausrichtung jeweils auf unterschiedliche Krankheitskomplexe wurden in der Folge ab Anfang der 80er Jahre international finanziert und durchgeführt:

- Das Expanded Programme on Immunisation (EPI) hat zum Ziel die Säuglinge im ersten Lebensjahr gegen Polio, Diphtherie, Keuchhusten, Tetanus, Masern und mit BCG-Impfstoff zu immunisieren. Es trug zur Senkung der Sterblichkeit der Säuglinge und Kleinkinder bei.
- Spezielle Programme zur Kontrolle respiratorischer Infektionen und Durchfallserkrankungen bei Kleinkindern förderten die Frühbehandlung potentiell tödlicher Infektionskrankheiten.
- Das von UNICEF im Rahmen der »child survival revolution« lancierte GOBI-FFF Programm³ propagierte Gewichtskontrolle von Kleinkindern, orale Rehydratation, Stillen, Impfung, Familienplanung, Frauenbildung und Bereitstellung von Zusatzernährung (Görge, Tautz et al. 1986, S.56 ff.).
- Im Rahmen der »internationalen Wasserdekade« (1980 bis 1990) wurde insbesondere im urbanen Raum der Zugang zu sauberem Trinkwasser durch öffentliche Zapfstellen und Hausanschlüsse verbessert.
- Spezielle Kontrollprogramme gegen endemische Krankheiten wie Onchocercose, Bilharziose, Tbc, Lepra und Malaria wurden eingerichtet oder intensiviert.

Zweifellos hatten diese Programme für sich allein jeweils Erfolge aufzuweisen. Vernachlässigt wurde aber ihre Integration auf der Ebene der peripheren Gesundheitsdienste, die in diese Programmaktivitäten eingebunden sind. Die Gesundheitsdienste wurden dadurch zum Teil von ihrer Aufgabe der kurativen und präventiven Gesundheitsversorgung losgelöst und zu reinen Programmdurchführungsinstanzen.

Auch die Qualität der Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern zeigte immer deutlichere Mängel (Roemer and Montoya-Aguilar 1988):

- Die Trends der Verringerung der Säuglingssterblichkeit, die über lange Jahre beobachtet worden waren, kehrten sich in mehr als 20 Ländern um (Grant 1987, zit.n. King 1990).
- Das Problem der immens hohen Müttersterblichkeit in Entwicklungsländern blieb bis Ende der 80er Jahre ungelöst.
- Familienplanungsmaßnahmen im Rahmen der Mutter-Kind-Versorgung gerieten unter zunehmenden Druck von seiten der katholischen Kirche.

- Die PHC-Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit und der Partizipation der Betroffenen wurden in den meisten Staaten nur zögerlich in Angriff genommen (Oakley 1989; WHO 1991).

Die so zunehmend deutlich werdende Notwendigkeit von Struktur-reformen in nationalen Gesundheitssystemen wurde schließlich 1987 in Harare durch die internationale Propagierung des District Health System-Konzepts in Angriff genommen, das die Fehlentwicklungen bei der Umsetzung des PHC-Ansatzes in den ersten 10 Jahren seit Alma Ata überwinden könnte. Als prioritäre Bereiche, in welchen eine Reorganisation der Distriktgesundheitssysteme erforderlich ist, wurden benannt: Organisation, Planung und Management; Finanzierung und Ressourcenverwendung; Intersektorale Aktion; Gemeindebeteiligung sowie Personalentwicklung (WHO 1988).

3. Das aktuelle Problem:

Finanzierung des Gesundheitssektors

Aus der Tatsache, daß das öffentliche Gesundheitswesen voll aus dem Staatshaushalt finanziert wurde, ohne daß hierfür ausreichend Einnahmequellen vorhanden waren, resultierten gravierende Finanzierungsprobleme. Die wesentlichen Staatseinnahmen beruhen auf indirekten Steuern, Importzöllen und Abgaben auf Rohstoffexporte, während Einnahmen aus direkten Steuern relativ gering sind und mangels monetärem Einkommen der Masse der zumeist ländlichen Bevölkerung auch nur schlecht realisierbar waren. Unter den sozialen Sektoren war der Ausbau des Erziehungssektors angesichts einer sich zunehmend verjüngenden Bevölkerungsstruktur vordringlich. Außerdem war in fast allen Staaten im Laufe der 80er Jahre eine enorme Zunahme der Ausgaben für Rüstungsgüter zu beobachten. Die relativen Anteile der Gesundheitsausgaben am Staatshaushalt afrikanischer Staaten nahmen daher und insbesondere im Zuge der Verschuldungskrise kontinuierlich ab, bis auf Werte um 5 % zu Beginn der 90er Jahre. Hinzu kommende Folgekosten von in der Vergangenheit getätigten Investitionen im Gesundheitsbereich als zusätzliche Belastungen der Gesundheitshaushalte führten zu der Situation, daß sich im Laufe der 80er Jahre immer weniger Staaten in der Lage sahen, das Prinzip der kostenlosen Krankenbehandlung und Medikamentenversorgung aufrecht zu erhalten.

Auf Kosten der kleineren, insbesondere auch der ländlichen Gesundheitseinrichtungen wurde die Funktionsfähigkeit zentraler

Krankenhäuser mühsam aufrecht erhalten. Krankenversicherungssysteme, sofern sie überhaupt existieren, schließen auf jeden Fall nicht die breite Masse der bäuerlichen Bevölkerung ein. Der absolute Mangel an finanziellen Ressourcen führte bereits zu Anfang der 80er Jahre dazu, daß in vielen nationalen Universitäts- und Zentralkrankenhäusern Afrikas eine Kostenabwälzung auf den individuellen Patienten stattfand.

Es wurde zur Regel, daß Notfallpatienten nur dann behandelt werden, wenn ihre Angehörigen per Rezept verordnete Materialien wie Handschuhe, Kompressen, Nahtmaterial, Infusionssets und Medikamente in den wie Pilze aus dem Boden schießenden privaten Apotheken beschaffen konnten. Der Nachschub an essentiellen Verbrauchsmaterialien für die medizinischen Dienste ist vielerorts ebenso zusammengebrochen wie der Medikamentenimport durch zumeist mit Importmonopol ausgestattete staatliche Apothekenorganisationen. So waren in verschiedenen endemischen Malariagebieten monatelang die essentiellen Arzneimittel Chloroquin und Acetylsalicylsäure nicht oder nur auf dem Schwarzmarkt erhältlich. Während in vielen Ländern das staatliche Medikamentenimportmonopol recht rasch gelockert wurde, was auch privaten Geschäftsinteressen einflußreicher Persönlichkeiten des Gesundheitssektors zugute kam, blieb die Entwicklung von sozial verträglichen Tarifstrukturen der Gesundheitseinrichtungen in den häufig zentralistisch geprägten staatlichen Finanzverwaltungen afrikanischer Länder ein zum großen Teil bis heute nicht zufriedenstellend gelöster Problembereich.

In den auf französische Rechts- und Verwaltungsstrukturen gegründeten francophonen Staaten Afrikas müssen beispielsweise Einnahmen staatlicher Einrichtungen an die nationale Finanzbehörde überwiesen werden. Eine direkte Verwendung zum Ausgleich fehlender oder unzureichender Budgetzuweisungen ist illegal. Die naheliegende Möglichkeit der Kostenbeteiligung der Patienten über Konsultationsgebühren und der Verwendung der resultierenden Einnahmen für Beschaffung etwa von Reinigungs- und Desinfektionsmitteln, Brennstoffen (Petroleum) oder auch zur Bezahlung lokal rekrutierten Personals, ist daher vom Prinzip her illegal. In einer Reihe von Ländern (Senegal, Benin, Kamerun) wird dies dadurch versucht zu umgehen, daß nicht der Gesundheitsdienst, sondern eine Gemeinde als rechtlicher Träger der Gebührenerhebung auftritt. In anderen Ländern (Burkina Faso) wurden mit ministeriellen Erlässen Ausnahmeregelungen zugelassen.

Cost Recovery: Lösungsmöglichkeiten der Kostensteigerung im Gesundheitssektor der Dritten Welt?

Sinkende staatliche Ausgaben für Gesundheit und Kostensteigerungen im Gesundheitsbereich machen die Finanzierung von Gesundheitsdiensten in vielen Ländern zunehmend schwieriger. Einsparungen sind häufig nur sehr begrenzt möglich: da Entlassungen im öffentlichen Dienst aus politischen Gründen oft unmöglich sind, machen heute schon Gehälter für Gesundheitspersonal in vielen Ländern Afrikas 80 % und mehr des Gesundheitsbudgets aus. Dagegen wird versucht, z.B. bei Medikamenten Einsparungen zu erzielen (in vielen Ländern sind in den 80er Jahren Medikamentenbudgets halbiert worden).

Überraschenderweise sind die Ausgaben privater Haushalte für Gesundheit auch in Ländern mit »freier« medizinischer Versorgung z.T. recht hoch. Es wird geschätzt, daß in den ärmeren Ländern Schwarzafrikas auf private Haushalte bereits mehr als 50 % der Gesamtausgaben für Gesundheit entfallen (Korte et al. 1990). Da in vielen Gesundheitseinrichtungen Medikamente nur sporadisch, wenn überhaupt, vorhanden sind, müssen Patienten in der Regel diese in lokalen Apotheken oder auf lokalen Märkten, häufig unter fragwürdigen Bedingungen, von zweifelhafter Qualität und zu überhöhten Preisen selbst kaufen. Hohe Ausgaben privater Haushalte können weiterhin entstehen bei der Inanspruchnahme lokaler Heiler und traditioneller Medizin, häufig als Ersatz für nicht-funktionierende staatliche Dienste. Dies wird häufig als Hinweis darauf verstanden, daß die Bevölkerung »willens und in der Lage« ist, einen größeren Anteil an den Kosten des Gesundheitssystems zu übernehmen und somit zu einer Verbesserung der Finanzierungsbasis der öffentlichen Gesundheitsdienste beizutragen.

Es ist von daher verschiedentlich versucht worden über die (schrittweise) Einführung von Gebühren in staatlichen Gesundheitsdiensten einen Teil von dessen Kosten zu decken (»cost recovery«). Damit folgen diese Dienste außerdem einer Praxis, die schon lange von nicht-staatlichen oder kirchlichen Gesundheitsdiensten verfolgt wird: gerade die Missionskrankenhäuser haben immer schon für ihre (in der Regel den staatlichen Hospitälern qualitativ weit überlegenen) Dienste z.T. erhebliche Gebühren verlangt und trotzdem nie über Mangel an Patienten zu klagen gehabt. Es scheint daher, daß in vielen Ländern Patienten bereit sind, für gute Versorgung auch zu bezahlen.

Welche und wie viele Patienten sind jedoch auch in der Lage, im Krankheitsfall zu bezahlen? (Hoare and Mills 1986; Musgrove 1986) Und wenn ja, für welche Art von Maßnahmen? Verschiedentlich wurde davor gewarnt, daß die Einführung von Gebühren in Gesundheitseinrichtungen vor allem die Armen von der Nutzung ausschließen würde, und wenn – wie in vielen Ländern – Gebühren zwar in kleinen ländlichen Gesundheitszentren erhoben werden, städtische Krankenhäuser aber weiterhin umsonst behandeln, die sowieso bestehende Benachteiligung der ländlichen Bevölkerung verstärkt würde.

Studien zeigen (vgl. Janovsky 1988 zu Ghana, in: WHO 1988) wie nach Einführung von Gebühren die Nutzung staatlicher Gesundheitseinrichtungen drastisch absinkt (Abb.1). Während sie sich jedoch im demonstrierten Fall im städtischen Bereich nach einiger Zeit erholt und etwa wieder das Niveau der Zeit freier Versorgung erreicht (Hinweis auf die in städtischen Gebieten vorhandene Kaufkraft und verfügbare Bareinkommen), fehlt dieser Erholungseffekt in ländlichen Gesundheitseinrichtungen. Die Nutzung bleibt dauerhaft niedrig.

In manchen Ländern können über Nutzergebühren, so zeigt die Erfahrung der letzten Jahre, selbst bei sinkender Nutzung etwa 15 % der laufenden Kosten der Dienste erwirtschaftet werden (Abel-Smith 1986). Dies erscheint gering und den politischen Aufwand und die politischen Gefahren nicht wert, die mit der Einführung von Gebühren verbunden sein können (freie soziale Dienste sind häufig in den politischen Programmen der post-kolonialen Regierungen festgeschrieben, politische Unruhen werden befürchtet, oppositionelle »pressure groups« vor allem im städtischen Bereich können großen Einfluß haben und politisches Kapital aus solch unpopulären Maßnahmen schlagen).

Es gibt jedoch auch Untersuchungen, die zeigen, daß die Einführung von Gebühren positive Auswirkungen auf Verfügbarkeit und Qualität der Dienste haben können. Im ländlichen Ruanda geben Haushalte nur 1-3 % ihres Gesamteinkommens für Gesundheitsdienste aus (bezogen auf das Bareinkommen sind dies 5-15 %) (Kanji 1989). Trotzdem waren Patienten hier bereit, sogar höhere Gebühren in Kauf zu nehmen, falls damit weiterhin eine gute Behandlung und ausreichende Medikamentenversorgung sichergestellt würde. Die kirchlichen Gesundheitseinrichtungen können hier zeigen, wie über die Erhebung von Gebühren kostengünstige Gesundheitsdienste realisiert werden können und trotzdem die ärmeren Teile der

Bevölkerung nicht von der Versorgung ausgeschlossen werden. Missionshospitäler erwirtschaften in Ruanda rund 30 % ihrer laufenden Kosten über Gebühren. Für ärmere Patienten und z.B. Vorsorgedienste gelten dabei geringere Gebühren oder Gebührenfreiheit. Unterstützungsfonds, die vom Träger oder lokalen Gruppen unterhalten werden, können in Notlagesituationen Kredite für Krankenhauskosten oder die Kosten selbst übernehmen.

Kirchliche Gesundheitseinrichtungen beziehen ihre Medikamente in der Regel über hervorragend organisierte internationale Medikamenteneinkaufs- und -verteilungsorganisationen, Quellen, die staatlichen Einrichtungen nicht offenstehen. Eine solchermaßen gesicherte Medikamentenversorgung ist häufig so attraktiv, daß selbst Patienten aus wohlhabenderen Schichten der Bevölkerung diese Dienste den staatlichen oder den wenigen verfügbaren privaten Diensten vorziehen, was natürlich die durchschnittliche Kaufkraft der Klientel erhöht.

Die Wichtigkeit einer geregelten Medikamentenversorgung (und den katastrophalen Medikamentenmangel in vielen staatlichen Gesundheitseinrichtungen) nahm UNICEF zum Anlaß, um ein Konzept der Finanzierung (Beteiligung der Bevölkerung an der Finanzierung) von Gesundheitseinrichtung zu entwickeln. Die (nach dem Konferenzort der ersten Vorstellung des Konzepts) so genannte »Bamako-Initiative«, die besonders für die armen Länder Schwarzafrikas entwickelt wurde, basiert auf der Idee, den Betrieb peripherer Gesundheitseinrichtungen vor allem über Erlöse aus dem Verkauf von Medikamenten zu finanzieren (Knippenberg, Levy-Bruhl et al. 1990). UNICEF, die Weltbank, die African Development Bank sowie eine Reihe internationaler Entwicklungshilfeorganisationen haben dazu einen Fonds von rund 200 Mio. US\$ gebildet, aus dem das Startkapital für lokale Medikamentenfonds finanziert wird. In einer ersten Phase (1989-93) wird das Konzept derzeit in einer Reihe von Ländern getestet.

Die Bamako-Initiative ist verschiedentlich kritisiert worden. So hat eine Weltbank-Studie in Kenya gezeigt, daß 40 % der armen Bevölkerung von der Versorgung ausgeschlossen wurden, als die Gesundheitsdienste anfangen, Gebühren zu erheben. Wenn die gesamten Dienste über den Medikamentenverkauf finanziert werden sollten, müßten die Abgabepreise für Medikamente das 4-6 fache des Einkaufspreises betragen, für viele Nutzer prohibitiv teuer. Häufig werden (kostenlose) präventive Programme (wie Impfungen und Schwangerenvorsorge) aus Anlaß eines Behandlungsbesuchs in

Gesundheitseinrichtungen in Anspruch genommen. Die Abdeckung durch die so wichtigen präventiven Programme könnte also bei hohen Kosten für kurative Behandlungen ebenfalls sinken.

Medikamente müssen mit Devisen auf den internationalen Märkten eingekauft werden. Medikamente werden in den Gesundheitseinrichtungen jedoch gegen lokale Währung abgegeben. Es ist unklar, woher die armen Länder die Devisen nehmen werden, um das Programm dauerhaft zu unterhalten. Solche und andere Fragen, so argumentieren die Kritiker, müßten geklärt werden, bevor das Konzept über mehrere afrikanische Länder hinweg eingeführt würde (Health Action International, 1989).

Eine Finanzierungsbeteiligung der Nutzer von Gesundheitseinrichtungen kann auch auf anderen Wegen erreicht werden: z.B. über den Aufbau von Versicherungssystemen, die Nutzung lokaler Ressourcen oder die Bildung von lokalen Fonds zur Finanzierung von Personal, Betrieb und Unterhalt von Gesundheitseinrichtungen. Versicherungssysteme sind verschiedentlich in solchen Entwicklungsländern implementiert worden, in denen ein hoher Anteil der Bevölkerung in regelmäßigen Beschäftigungsverhältnissen steht. In den Ländern Schwarzafrikas sind jedoch im Schnitt weniger als 10 % der Bevölkerung im »formalen« Sektor beschäftigt. Zentralisierte Krankenversicherungssysteme vom Zuschnitt der Industrieländer sind hier nicht zu verwirklichen. Dezentralisierte Systeme sind jedoch verschiedentlich mit Erfolg eingeführt worden: im Kasongo District, Zaire, zahlen Patienten einen Festbetrag für medizinische Behandlung in den örtlichen Gesundheitszentren von umgerechnet 7 DM pro Krankheit, gleich ob es sich um eine kurzdauernde akute oder eine langdauernde chronische Krankheit handelt. Der eingezahlte Betrag deckt die Medikamentenkosten und außerdem einen Teil der Betriebskosten der Gesundheitseinrichtung. Patienten, die nur geringe Kosten verursachen, finanzieren auf diese Weise kostspielige Dauerbehandlungen von Patienten mit chronischen Krankheiten mit: ein Beispiel für »risk sharing«.

Das seit einigen Jahren bestehende »Health Card Project« in Thailand verkauft jeweils zu Beginn eines Jahres Versicherungsausweise (die Health Cards) an interessierte Einzelpersonen und Familien. Mit der »Blue Card« zum Preis von umgerechnet 6 DM bekommt eine Frau medizinische Versorgung für sich und ihre Kinder (einschließlich Geburtshilfe) für ein Jahr. Die »Green Card« für den dreifachen Betrag ermöglicht einer Familie mit bis zu fünf Mitgliedern ein Jahr lang kostenlose und bevorzugte Behandlung (für

maximal 6 Krankheitsepisoden). Auf der Dorfebene wurden Komitees gegründet, die die Karten ausgeben, die Gebühren erheben und neue Nutzer werben (Korte, Richter et al. 1990).

Das System hat heute einen durchschnittlichen Kostendeckungsgrad von rund 34 % erreicht, wobei die »Green Card«, die Familienkarte, den höchsten Deckungsgrad erreicht. Durch den engen Kontakt zu anderen Dorfentwicklungsaktivitäten über die lokalen Selbstverwaltungskomitees hat es aber auch weitergehende Wirkungen gezeigt: in einigen Gegenden sind auf der Basis der Health Card Fonds beispielsweise Genossenschaften entstanden, und in anderen Dörfern hat das Programm über Kurse in Selbstverwaltung und Management den Aufbau lokaler Gruppen im Bereich der Erwachsenenbildung gefördert.

Kostenbeteiligung der Nutzer muß also nicht das einzige, oft nicht einmal das primäre Ziel von Ansätzen dieser Art sein. Vielmehr kann es oft genauso darum gehen, die lokale Bevölkerung in Aufbau und Betrieb örtlicher Gesundheitseinrichtungen mit einzubeziehen und so ein besseres Verständnis für die Möglichkeiten und Grenzen der medizinischen Dienste zu erreichen.

4. Politische und wirtschaftliche Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme in der Dritten Welt

Die politischen und sozioökonomischen Rahmenbedingungen am Beispiel Afrikas

Die Betrachtung der politischen Rahmenbedingungen der Gesundheitssysteme zeigt, daß die Gründe für die in den achtziger Jahren voll zu Tage getretene Krise der postkolonialen Entwicklung in Afrika bereits in der Modernisierungsphase der sechziger und siebziger Jahre angelegt waren.

Wesentliches Hinderniss für eine nach heutigem Verständnis dauerhafte Entwicklung waren die aus der Dekolonisierung hervorgegangenen politischen Systeme und Staatsformen selbst. Die nach der Unabhängigkeit in zivilen oder militärischen Einparteiensystemen regierenden bürokratisch autoritären (O'Donnel 1973) Staatsklassen unterschieden sich in den sozialistischen, kapitalistischen und gemischtwirtschaftlichen afrikanischen Staaten hinsichtlich ihres mangelnden Demokratieverständnisses und der fehlenden Bereitschaft zu aktiver Partizipation der Bevölkerung kaum. Pluralismus,

Mehrparteiendemokratie oder direkte Partizipation auf dem »Grassroots-Level« wurden von den herrschenden Eliten in den instabilen Verhältnissen der Phase des »Nation-Building« als Bedrohung und Entwicklungshemmnis angesehen (Nuscheler und Ziemer 1980, S.100). Mangel an Demokratisierung sowie Marginalisierung der Menschen war ebenso wie Arroganz und Korruption der herrschenden Eliten ein Charakteristikum des afrikanischen Entwicklungsprozesses der letzten Jahrzehnte. Der Generalsekretär der UN Wirtschaftskommission für Afrika (ECA), Adebayo Adedeji, faßte die nachteiligen Auswirkungen vor kurzem in einem Interview wie folgt zusammen: »Nicht alle afrikanischen Staaten sind korrupt und nicht alle korrupten Staaten liegen in Afrika, aber in einer unterentwickelten Gesellschaft verschärft verbreitete Korruption die Krise« (FR 1991).

Die durch regionale Separationsbestrebungen, Tribalismus und Grenzkonflikte bedrohte territoriale Integrität der in der Kolonialzeit willkürlich zusammengeflickten Staatengebilde führte ebenfalls zu einem Ausbau von Unterdrückungsapparaten und Militärpotentials. Kontroll- und Ordnungsfunktionen des Staates wurde der Vorzug gegenüber einem System von »checks and balances« durch offene und aktive Bedürfnisartikulation der Bevölkerung gegeben.

Die kooptierende Aufblähung der Staatsapparate wirkte sich zudem hemmend auf die Dauerhaftigkeit und Weiterentwicklung der Gesundheitssysteme aus. Immer größere Anteile der Gesundheitshaushalte mußten für Gehälter aufgebracht werden. Nicht selten wurden diese Gehälter von den Empfängern im gemeinsamen Verständnis mit den Gebern als »Stillhalteprämien« oder Kompensation für nicht gewährten politischen Einfluß interpretiert und nicht als Entlohnung für tatsächlich geleistete Arbeit der Staatsdiener.

Auf diesem politischen Hintergrund bewegte sich Afrika sehenden Auges in die durch makroökonomische und interne sozioökonomische Faktoren ausgelöste Strukturkrise der achtziger Jahre (Tetzlaff 1990, S.118-119). Ein 1989 veröffentlichter Weltbank-Bericht (IBRD 1989) nennt sechs zentrale endogene und drei exogene Faktoren für die »afrikanische Krise«:

Endogene Faktoren:

- geringes landwirtschaftliches Wachstum (jährlich minus 1 % von 1960-1990),
- rückläufige Industrieproduktion,
- sinkende Investitionen für Gesundheit und Bildung,
- Verfall von Infrastrukturen aller Art,

- Versagen der Steuerungsaufgabe von Staat und Partei,
- Vergeudung von öffentlichen Geldern und volkswirtschaftlichen Ressourcen.

Exogene Faktoren:

- Dramatischer Rückgang der Rohstoffpreise für Agrarprodukte und Bodenschätze,
- Behinderung der afrikanischen Ausfuhren durch protektionistische Maßnahmen,
- von außen verursachte Unfähigkeit aus der Schuldenkrise entkommen zu können.

In gegenseitigem Wechselspiel mit den sozioökonomischen Faktoren trugen ungebremstes Bevölkerungswachstum, ökologische Verwüstungen und militärische Konflikte zum Zusammenbruch der postkolonialen Entwicklungsmodelle bei. Ständig sich ausbreitende Wüsten und landwirtschaftlich nicht mehr nutzbare Flächen, vor allem durch Brennholzeinschlag, Überweidung und extensive Landwirtschaft hervorgerufen, trieben die stetig über durchschnittlich 3 % pro Jahr anwachsende Bevölkerung in immer schwerer zu versorgende und zu kontrollierende Migrantenströme. Bürgerkriege in vielen Teilen Afrikas (Angola, Äthiopien, Sudan, Mocambique, Liberia u.a.) manifestierten darüber hinaus die permanenten Legitimationsprobleme der autoritären Systeme sozialistischer und westlicher Provenienz.

Die in der von ihnen selbst verschuldeten Krise mit untergegangenen oder untergehenden politischen Modellen – sei es der »afrikanische Sozialismus« Tansanias, der »wissenschaftliche Sozialismus« Äthiopiens, Angolas und Mocambiques, der »Marxismus-Leninismus« Bénins, oder die pro-westlichen Diktaturen in Kamerun, Togo, Liberia oder Kenia – bietet Afrika allerdings auch eine Chance zur Selbstbesinnung und zur Neuorientierung.

Neue Finanzierungsmodelle für die bankrotten staatlichen Subsysteme mit privater Beteiligung könnten die Lethargie des öffentlichen Sektors überwinden helfen. Neue, aus gesellschaftlichen Kompromissen – wie in Angola – hervorgegangene politische Bündnisse könnten auf lange Sicht ein Ende der ressourcenverschwendenden Machtkämpfe bedeuten oder – wie in Namibia – durch demokratische Wahlen sich zumindest vorläufig für eine der beteiligten Seiten entscheiden.

Obwohl der Schlüssel zur politischen Stabilisierung bei den Afrikanern selbst liegt, trägt das Ausland durch die Vorgaben (und Auflagen) der multinationalen Organisationen, aber auch durch die nach

wie vor existierende Vorbildfunktion gegenüber den in den Industrieländern ausgebildeten afrikanischen Eliten, eine große Verantwortung. Die häufig in der Diskussion stehenden Schwankungen und Defizite der bilateralen Entwicklungshilfe dürften allerdings bei der afrikanischen Strukturkrise weder negativ noch positiv besonders ins Gewicht fallen.

Auswirkungen der Restrukturierungsaufgaben des IWF auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung

In Folge der weltweiten Rezession seit Ende der 70er Jahre verringerte sich das Wirtschaftswachstum besonders in den ärmeren schwarzafrikanischen Ländern sowie in den Staaten, die nach der Unabhängigkeit vor allem durch Export-Orientierung ein gewisse Entwicklung ihrer Wirtschaft erreicht hatten (Nigeria) (WHO 1989). Während das Bruttosozialprodukt in Entwicklungsländern insgesamt zwischen 1973 und 1980 im Durchschnitt noch mit 3,3 % jährlich gewachsen war, ging es zwischen 1981 und 1983 jährlich im Durchschnitt um 0,7 % zurück und in Afrika südlich der Sahara sogar um jährlich 5 % (WHO 1986). Im Jahre 1983 waren in den meisten afrikanischen Ländern die Pro-Kopf-Einkommen auf den Stand von 1970 zurückgefallen.

Sinkende Einnahmen der Regierungen führten zu drastisch reduzierten Ausgaben vor allem im sozialen Sektor. Anhaltende politische Instabilität der nach-kolonialen Regime, Kriege und ökologische Katastrophen, wie die anhaltenden Dürreperioden im Sahel, verschlimmerten die Situation in vielen afrikanischen Staaten.

Nach Auffassung der internationalen Kreditinstitutionen – und allen voran des IWF – war als Folge der Rezession mit dauerhaften, tiefgreifenden Veränderungen der Weltwirtschaft zu rechnen. Es reichte daher nicht wie in vorhergegangenen Rezessionen, einfach die Phase niedrigen oder negativen Wirtschaftswachstums zu überstehen, sondern Länder – Industrieländer wie Entwicklungsländer – sollten sich durch Anpassung ihrer Wirtschaftsstruktur (structural adjustment) auf die zu erwartenden neuen Bedingungen der Weltwirtschaft in den 90er Jahren einstellen: auf weiter fallende Preise für traditionelle Rohstoffe, steigende Preise für importierte Industriegüter und Energieträger sowie eine weitere anhaltende Verschlechterung der Handelsbilanzen der Entwicklungsländer.

Viele Entwicklungsländer fanden sich sowieso schon in einer schlechten Verhandlungsposition: die in den 60er und 70er Jahren

angehäuft massiven Schulden sowohl bei Banken der Industrieländer wie bei den internationalen Kreditinstituten führten dazu, daß Schuldendienste einen immer größeren Anteil der Staatseinnahmen verschlangen. Wo Rückzahlungen reduziert oder eingestellt wurden, wurde es den Ländern unmöglich, neue günstige Kredite zur Finanzierung des Ausbaus der eigenen Wirtschaft und der sozialen Bereiche zu bekommen. Die meisten Länder hatten keine Chance als sich dem Diktat des IWF zu beugen (Anyinam 1989). Versuche zu einer Neuorientierung der internationalen Handelsbeziehungen zu kommen waren im Ansatz gescheitert.

Die Rezepte für »structural adjustment« waren und sind einfach: Im Sinne eines »short, sharp shock«

- Reduzierung des Budgetdefizits durch drastische Einsparungen im öffentlichen Sektor;
- Umlenkung von Investitionen von »nicht-produktiven« Bereichen (Gesundheit, Erziehung) in den industriellen und landwirtschaftlichen Sektor (Aufgabe von langfristigen Investitionen zugunsten von kurzfristig wirksamen Maßnahmen zur Exportsteigerung);
- Öffnung der Wirtschaft durch Abbau von Import- und Exporthindernissen und Abbau von Subventionen in allen Bereichen;
- Reform öffentliche Institutionen in Richtung auf Marktorientierung und Verbesserung der Effizienz.

Als Folge dieser Politik sanken – wie vorherzusehen war – vor allem die öffentlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich in den ärmeren Ländern zum Teil drastisch (Tab.1) (Cornia, Jolly et al. 1987).

Einige lateinamerikanische Länder waren jedoch in der Lage, trotz negativen Wirtschaftswachstums ihre Ausgaben im Gesundheitsbereich zu steigern (Abel-Smith 1986). Insgesamt hatte der Rückgang der Ausgaben im staatlichen Gesundheitssektor jedoch verheerende Folgen besonders für die von vornherein unterprivilegierten Gebiete. In einigen ländlichen Gebieten Tanzanias gingen die Budgets der lokalen Gesundheitsdienste zwischen 1980 von durchschnittlich 28,5 Sh. pro Kopf der Bevölkerung auf 12,4 Sh. zurück (Waddington, Bedri Kello et al. 1989) (vgl. Abb. 2).

UNICEF beobachtete die Folgen der »structural adjustment«-Politik und beschrieb ihre negativen Folgen: Zunehmen der absoluten Dauerarmut in großen Teilen der Bevölkerung, steigende Arbeitslosigkeit, steigende Preise für Grundnahrungsmittel und steigende Kosten bei Wohnungen, Transport, Bildung, also in Bereichen, in denen vor allem der Wegfall der traditionell erheblichen Subventionen »verheerende Folgen« (Cornia, Jolly et al. 1987) hatte.

In Gesellschaften in denen gerade die Armen den relativ höchsten Anteil ihrer Einkommen für Nahrungsmittel ausgeben, haben plötzliche drastische Preissteigerungen bei Grundnahrungsmittel verheerende Folgen (z.B. die regelmäßig stattfindenden »food riots«)⁴.

Gesundheitsdienste in vielen Ländern reduzierten ihre Leistungen erheblich oder stellten ihre Arbeit ein. Vorsorgeprogramme, wie z.B. Impfprogramme, erreichten regelmäßig nicht mehr ihre vorgegebenen Ziele: das Gelbfieber-Impfprogramm in Ghana blieb seit 1980 regelmäßig um 50 % unter den erwarteten Programmergebnissen. Der Gesundheitszustand ganzer Bevölkerungsgruppen verschlechterte sich nachweislich: so sind Ausbrüche von Epidemien in Brasilien die Folge von Unterbrechungen im nationalen Impfprogramm, und der Anstieg von Infektionskrankheiten in einigen Bundesstaaten ist direkt auf Reduzierungen im Gesundheitsbudget zurückzuführen. In Sri Lanka stieg die Zahl von schwer unterernährten Kindern drastisch mit der Abschaffung von Subventionen für Nahrungsmittel. In Chile wurde ein deutlicher Anstieg der Kindersterblichkeit nach Beendigung eines über die Gesundheitsdienste finanzierten Kinderernährungsprogramms registriert (alle Beispiele aus: Cornia, Jolly et al. 1987).

Besonders das Transportsystem im Gesundheitsbereich, wichtig für die Arbeit in entlegenen Gebieten und für die Erreichung der Bevölkerung, die nicht von alleine den Gesundheitseinrichtungen kommt (wie in den Vorsorgeprogrammen für Mütter und Kinder), brach häufig durch Mangel an Treibstoff und fehlende Mittel für den Unterhalt von Fahrzeugen zusammen. Im Raum Accra (Ghana) wurde bei einer Untersuchung festgestellt, daß 20 von 57 Kühlschränken in kleinen Gesundheitseinrichtungen nicht mehr funktionierten. »Wenn das Petroleum für die Kühlschränke in den Gesundheitseinrichtungen ausgeht, verfallen die Impfstoffe; wenn es keinen Diesel mehr gibt, bleiben die Pumpen für die Trinkwassersysteme stehen« (Cornia, Jolly et al. 1987). Bau und Bauunterhalt von Gesundheitseinrichtungen wurden eingestellt. Die Medikamentenversorgung, besonders für periphere Gesundheitseinrichtungen, kam zum Erliegen. Und in vielen Ländern wurden ganze Ausbildungsgänge und Schulen für Gesundheitspersonal geschlossen, da wegen des durchweg verfügbaren langfristigen Einstellungsstops im öffentlichen Sektor freiwerdende Stellen sowieso nicht wieder besetzt werden konnten.

Besonders betroffen von diesen Finanzierungsproblemen waren und sind Programme, die die Ausweitung der Gesundheitsprogramme

von den kurativen Gesundheitseinrichtungen hinaus in die Peripherie bzw. die Erweiterung der präventiven Programme zur vollständigen Erfassung der besonders gefährdeten Gruppen in der Bevölkerung – vor allem von Müttern und Kleinkindern – zum Ziel hatten. Vor allem die Erreichung einer Basisversorgung der Bevölkerung mit einfachen, leicht zugänglichen und bezahlbaren Gesundheitsdiensten, wie es das PHC Konzept vorsieht, ist damit in weite Ferne gerückt. Besonders betroffen sind die sehr Jungen, die Alten und die Armen, die von den langfristig erwarteten positiven Auswirkungen der Anpassungspolitik auf Produktion, Produktivität und Investitionen nicht mehr profitieren werden. Die negativen Auswirkungen des »kurzen, harten Schocks« auf die Gesundheit können ebenfalls langfristig wirken, sei es durch Ausfall von Ernährern in der Familie, durch die Auswirkungen akuter und chronischer Mangelernährung auf die psychomotorische Entwicklung mit lebenslangen Folgeschäden oder durch andere bleibende Schäden und Behinderungen.

Die Weltbank hat mehrfach beschrieben, daß als Folge der Politik der strukturellen Anpassung »die armen Teile der Bevölkerung vor allem in Schwarzafrika ernsthafte Verschlechterungen ihrer sozialen Bedingungen« hätten hinnehmen müssen (Nicholas 1988). Die Weltbank ist jedoch der Meinung, daß solche »Übergangskosten« unvermeidlich seien, wenn in der Folge einer Umstrukturierung Reibungsverluste auftreten, weil produktive Ressourcen nicht sofort optimal genutzt würden. Andererseits ist sie der Meinung, daß die besonders gefährdeten Gruppen sehr wohl temporär vor den schlimmsten Folgen geschützt werden könnten. Voraussetzung dafür wäre, daß diese Gruppen genau bekannt seien, damit Hilfsprogramme gezielter eingesetzt werden könnten. Hilfsprogramme sollten dabei vor allem eine Basisversorgung mit Nahrungsmitteln sicherstellen. Mittelfristig sollten dann vor allem Programme zur Verbesserung der Effizienz der Gesundheitsdienste und Maßnahmen zur Arbeitsbeschaffung sowie Einkommensverbesserung für die benachteiligten Gruppen greifen.

5. Afrika 1991:

Das Ende der Entwicklung oder »Stunde Null«?

Die Lage in den meisten afrikanischen Staaten zu Beginn der neunziger Jahre läßt die ambitionierte Zielvorgabe des Aufbaus primärer Gesundheitssysteme, die sich womöglich auch noch selbst finanziell tragen sollen, als rein akademisch erscheinen. Von Kriegen und Bürgerkriegen verwüstete Staatswesen, ein nahezu vollendeter Ausschluß Afrikas von der boomenden Weltwirtschaft (Anteil Afrikas am Welthandel in 1990. 1,5 %, vgl. (Betz und Matthies 1990, S.12], Hungersnöte und Migrantenströme als Folge natürlicher und zivilisationsbedingter Katastrophen, eine dramatische Abnahme landwirtschaftlich nutzbarer Fläche bei ungebrochenem Bevölkerungswachstum (über 3 % in 1990) und akute Bedrohungen durch neue (AIDS) und wiederkehrende Krankheiten malen das Zukunftsbild des Kontinents in düsteren Farben.

Neben der ausbleibenden Lösung für die drängendsten Schuldenprobleme und den nicht erreichten Zielvorgaben in den Entwicklungshilfshaushalten der Industrieländer (mit ca. 0,3 % des BSP um mehr als 50 % unter der angestrebten Marke von 0,7 %) wurde von den afrikanischen Staatslenkern die Hinwendung der OECD-Staaten zu den im Transformationsprozeß befindlichen östlichen Nachbarn als Ursache für die Strukturkrise ins Feld geführt. Viele Aspekte dieses Begründungsgebäudes müssen allerdings als weiterer Versuch der Externalisierung von (teilweise) hausgemachten Problemen verstanden werden. Oder wie läßt es sich sonst erklären, daß zur gleichen Zeit die zu starke Abhängigkeit und Fremddominanz durch die Industrieländer als auch deren Abwendung und fehlendes Engagement in Afrika moniert wird?

Der Zusammenbruch der sozialistischen Welt und mit ihm der globalen Blockkonfrontation könnte auch als Chance für die Dritte Welt begriffen werden (Betz und Matthies 1990, S.35 ff.):

- Weltweite Entspannung und Abrüstung könnten die afrikanischen Staaten von von außen induzierten Konfliktpotentialen, Rüstungswettläufen und Stellvertreterkriegen entlasten.
- Eine »Friedensdividende« für die Dritte Welt – reduzierte Rüstungsausgaben im Norden – könnten Mittel für ein verstärktes ziviles Engagement im Süden freimachen.
- Die Demokratisierungsprozesse in Osteuropa könnten Vorbild nicht nur für die friedliche Transformation der ehemaligen sozialistischen Entwicklungsländer, sondern auch für die Überwindung

der westlich orientierten Einparteiensysteme sein (ähnlich des direkten Vorbildcharakters der spanischen »Transformacion« für die Redemokratisierung in Lateinamerika).

- Osteuropa und die Sowjetunion könnten nach ihrer Öffnung hin zu einer marktorientierten Weltwirtschaft neue Absatzmärkte für unter günstigen Kostenfaktoren produzierte Rohstoffe und (Halb-)Fertigwaren aus den südlichen Ländern werden.
- Aus der Abkoppelung könnte ein Anstoß zu verstärkter Eigeninitiative und Selbsthilfe werden und »die Chance, das Schicksal des Kontinents ohne Einmischung von außen in die eigene Hand zu nehmen« (Kühne 1990, S.36).

Bleiben den afrikanischen Krisenstaaten also doch ausreichend Entscheidungsspielräume zur Überwindung ihrer Entwicklungsprobleme? Gibt es damit auch Hoffnung für die ins Stocken geratene Gesundung der kranken Gesundheitssysteme? Die Zauberformel vom »sustainable development« (dauerhafte oder besser nachhaltige Entwicklung), das die internationale Entwicklungsdiskussion nach dem Abgang der großen Paradigmen wenigstens etwas wiederbelebte (Hauff 1988), hat inzwischen auch im Gesundheitssektor Einzug gehalten (Molyneux 1991).

Während einige unter »Nachhaltigkeit« zunächst nur die Übernahmefähigkeit eines Entwicklungsprojektes nach Abzug der ausländischen Experten verstanden wissen wollten (Bossert 1990, S.1015 ff.), griff der britische Arzt Maurice King (1990, S.664 ff.) die Herausforderung des Begriffs auf und hielt der (interessierten) Welt eine beklemmende, aber nicht unrealistische Alternative vor.

Die von der UN eingesetzte »World Commission for Environment and Development« hatte zusammengefaßt folgende Entwicklungsziele aufgestellt: Die jetzige Generation sollte der folgenden

- nicht weniger quantitative ökonomische und ökologische Ressourcen (Reserven)
- nicht weniger strukturelle ökonomische und ökologische Ressourcen (Systeme)
- nicht weniger Entscheidungsspielräume (»choices«)
- nicht geringere Aussichten zur Befriedigung von Grundbedürfnissen

übergeben als sie selbst erhalten hat. – Für King stellen diese globalen Überlebensregeln direkt die Fortführung der derzeit noch üblichen massiven vertikalen medizinischen Programme – zum Beispiel zur Massenimpfung oder zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit bei Diarrhöe durch orale Rehydratation – in Frage. In einer

Phase, in der eine von außen induzierte Senkung der Sterblichkeit, vor allem im Kindesalter, wegen gleichbleibend schlechter Lebensbedingungen und fehlendem sozialem und gesellschaftlichem Fortschritt nicht von einem Absinken der Geburtenrate begleitet wird, muß – so King – der daraus folgende Bevölkerungszuwachs zwangsläufig zu einer ökologischen und damit auch ökonomischen Katastrophe führen. Nachhaltige Entwicklung, Schonung und Erhaltung der natürlichen und wirtschaftlichen Lebensgrundlagen sei so nicht mehr möglich.

Etwas zu Unrecht wurden diese vor allem die medizinische Ethik (Hippokrates-Eid) provozierenden, aber dennoch realistischen Überlegungen als Aufforderung zur Einstellung medizinisch-therapeutischer Tätigkeit interpretiert (»Sterben für die Umwelt«, vgl. Bräutigam 1990). Eher schon hätte das Paradoxon »Sterben für das Leben« gegriffen. Jegliche Formeln dieser Art verstellen aber hauptsächlich den Blick auf die notwendige Neuorientierung (nicht nur) medizinischer Entwicklungshilfe.

Die Anwendung des »Sustainability«-Begriffs auf die medizinische Zusammenarbeit mit den Ländern der Dritten Welt, die von King provokativ vorgetragen wurde und daher auch mißverständlich war, sollte vielmehr nüchtern betrachtet folgende Konsequenzen nach sich ziehen:

1. Mit einer Senkung der Sterblichkeit durch vertikale Programme müssen zwingend Maßnahmen zur Reduzierung des Bevölkerungswachstums einhergehen; der Arbeit mit den betroffenen Gruppen wie Jugendlichen, Wanderarbeitern, jungen Familien muß sowohl von der Geberseite (die Weltbank investiert bisher nur etwa 0,4 % ihres Budgets für Familienplanung) als auch von den durchführenden Organisationen Priorität eingeräumt werden.

2. Auf der Basis der Erfahrungen der letzten dreißig Jahre muß die Strategie der Geberseite überprüft werden. In ihren jüngsten Überlegungen fordert die Weltbank (IBRD 1989; IBRD 1990) verstärkte Hilfe zum Aufbau lebensfähiger Strukturen im Gesundheitsbereich: Fähigkeit der zentralen Institutionen zur Programmformulierung und -implementierung, größere Rolle der NGOs und der intersektoralen Zusammenarbeit, Investitionen in das Humankapital, Langfristigkeit und umfassender Charakter von Projekten vor vertikalen »Schnellschußprogrammen«, Vorzug von politischem und institutionellem Wandel gegenüber reinen Finanztransfers, Stärkung der Verantwortung der Familien für die Erhaltung der eigenen Gesundheit, angepasste technologische und (eigen)finanzierbare Lösungen.

Dabei steht immer auch das Verhältnis von externer Hilfe und internen Leistungen zur Diskussion. Neben der WHO- und Weltbankperspektive des stärkeren Eingreifens in interne Strukturen zur Schaffung von nachhaltigen Entwicklungsprozessen und zur (außeninduzierten?) Umsetzung der Primary Health Care-Strategie ist eine andere Variante der Anwendung des »Sustainability«-Begriffes im Gesundheitssektor denkbar. Ausgehend von der soziologisch und kulturell zu untermauernden Grundannahme, daß Entwicklung generell keine Dauerhaftigkeit erreicht, solange der Außenanteil in Zielformulierung, Programmumsetzung und lenkender Arbeitsleistung die Eigeninitiative übersteigt, könnte Hilfe von außen auf bestimmte Funktionen und Sektoren beschränkt werden. So ist unter durchaus progressiv gewendeten Vorzeichen zum Beispiel eine Rückkehr der internationalen Hilfe im Gesundheitswesen auf kostspielige und von den Ländern der Dritten Welt nicht selbst finanzierbare Projekte und Nothilfesituationen denkbar. Finanzielle, technische und strukturelle Hilfe beim Aufbau funktionierender Systeme hingegen sollte unter diesen Prämissen vor allem auf Anforderung von in gesellschaftlicher Selbsttätigkeit durchgeführten internen Entwicklungsprojekten erfolgen.

Die Verleihung des »alternativen Nobelpreises« im Dezember 1990 in Stockholm an Dr. Bernard Ledea Ouedraogo, Gründer der von Burkina Faso ausgehenden und inzwischen über die ganze Region verbreiteten Selbsthilfeorganisationen NAAM (Burkina Faso) und 'Six S' (überregional) hat hier Zeichen gesetzt. In den inzwischen über tausend NAAM- und 'Six S'-Gruppen schließen sich Dorfgemeinschaften zu einem Netzwerk von 'Entwicklungsprojekten' zusammen, die auf Eigenleistung in Zielformulierung und Durchführung basieren. Rekultivierung von Böden, Bewässerung von landwirtschaftlichen Anbauflächen, Vermarktung, Aufbau von einfacher, aber notwendiger Infrastruktur und Dorfentwicklung werden ausschließlich in auf traditionellen Strukturen der Region basierenden Zusammenschlüssen durchgeführt. Auch Hygieneerziehung und Gesundheitsberatung gehören zu den selbstgesteckten Aufgaben der Dorfgemeinschaften. Hilfe von der zentralen Koordinierungsstelle oder gar von außen erfolgt nur in klar umrissenen und von den Gruppen selbst definierten Fällen, in denen Know-How oder Finanzmittel für eine eingegrenzte Problemlösung benötigt werden. NAAM und 'Six S' vermittelt in diesen Fällen Kredite unter kontrollierten Bedingungen, angepasste Ausrüstung oder angefordertes Fachwissen.

Gerade unter den Bedingungen des Sahel, unter denen viele großangelegte ausländische Hilfsaktionen scheiterten, ist diese Form der internen Entwicklungsprojekte, zumindest dort, wo sie schon länger aktiv sind, zwar kein Allheilmittel, aber ein Grund für die sich nicht noch weiter verschlechternden Lebensbedingungen der Bevölkerung und erster Ansatz zu nachhaltiger binnenorientierter Grundbedürfnisbefriedigung.

Wem diese Ansätze, was die Hilfsmöglichkeiten des Nordens angeht, zu restriktiv sind oder wer den »Grassroots«-Aspekt hierin überbetont sieht, möge bedenken, daß mit einem ähnlichen Ansatz – allerdings unter gänzlich anderen Vorzeichen – die erfolgreiche Industrialisierung der asiatischen Schwellenländer erfolgte. Die »neuen Tiger« nutzten für ihren wirtschaftlichen Aufstieg nur diejenigen externen Kräfte und Ressourcen (Exporterlöse und Technologieimport), die sie für ihre intern formulierten Entwicklungsziele benötigten. Gegen andere Außeneinflüsse schotteten sie sich in einer Strategie der selektiven Assoziation/Dissoziation ab. Ihr Entkommen aus der Armutsfalle war somit keineswegs ein Produkt internationaler Entwicklungsstrategien oder gar der Entwicklungshilfe, sondern binnenorientierter Expansion.

Ogleich also die ungleiche Reichtumsverteilung auf der Welt strukturell zementiert ist, ist der Appel zur Umverteilung alleine keine erfolversprechende Lösung des Problems. Zwar ist Mitteltransfer in die Dritte Welt noch auf lange Zeit erforderlich. Aber so wie Gesundheit nicht vom Gesundheitspersonal ausgeteilt werden kann, sondern nur durch aktive Mitarbeit des Patienten erreichbar ist, so wie zur Gesundung der kranken Gesundheitssysteme der Dritten Welt die Beteiligung der Bevölkerung Voraussetzung ist (Oakley 1989; WHO 1991), so ist auch Förderung der Eigeninitiative und Selbsthilfe Voraussetzung erfolgreicher Entwicklung der Volkswirtschaften der Dritten Welt.

6. Politischer Ausblick

Die Gesundheitssituation in der Dritten Welt ist bedingt durch die sozio-ökonomischen Verhältnisse in diesen Ländern oder – schlicht ausgedrückt – durch das Elend der Lebensbedingungen für den größten Teil der Menschheit in der Dritten Welt. Gesundheit ist Bestandteil der sozio-ökonomischen Entwicklung eines Landes und keineswegs nur das Resultat gesundheitsfördernder Maßnahmen. Armut und mangelnde Gesundheit sind eng miteinander verflochten

und können nicht getrennt behandelt werden. Somit ist Krankheit und ihre Bekämpfung in der Dritten Welt weniger ein medizinisches als vielmehr ein politisches Problem. Nur durch die Beseitigung der sozio-ökonomischen Ursachen von Krankheit kann sich die Gesundheitssituation in den Ländern der Dritten Welt von Grund auf verbessern.

Viele Länder der Dritten Welt befinden sich z.Zt. nicht nur im Umbruch bzw. Aufbruch, sondern auch im ökonomischen Abseits. Dabei verändert eine angesichts der globalen wirtschaftlichen wie sozialen Ungerechtigkeit (»strukturelle Gewalt«) zu fordernde neue Weltwirtschaftsordnung nicht unbedingt die Machtverhältnisse in den Ländern der Dritten Welt selbst. Vielmehr muß auch ein innerer Wandel in diesen Ländern, eine Lösung der ungerechten sozialen Verhältnisse stattfinden. Das heißt, die politische Partizipation der Bevölkerungsmehrheit müßte diesem Wandel parallel oder vielleicht sogar konstitutiv vorausgehen. Die aktive Partizipation der Bevölkerung am politischen und gesellschaftlichen Geschehen hat nicht nur eigenständigen Wert, sondern sie ist auch eine wesentliche Voraussetzung für die Mobilisierung von Initiativen und Eigenanstrengungen als Voraussetzungen eines dauerhaften Entwicklungsprozesses.

Allerdings wäre es umgekehrt eine Illusion, allein von der Erreichung demokratischer Verhältnisse im politischen Bereich eine signifikante Veränderung des weltwirtschaftlichen Beziehungsgefüges, oder gar der Gesundheit der Bevölkerung, zu erwarten. Gerade für das heutige Afrika mit seinen strukturellen Schwächen und weltwirtschaftlichen Abhängigkeiten ist dies völlig unrealistisch. Einerseits liegen hausgemachten Fehler und Mißwirtschaft vor, wie etwa die Vernachlässigung der Landwirtschaft und damit nicht vorhandene Selbstversorgung, das Fehlen eines Produktionssystems, das die Grundbedürfnisse der Gesellschaft befriedigt, ungleiche Einkommensverteilung sowie unkontrollierte Pfründenwirtschaft bzw. ein politisches Patronagesystem. Andererseits sind zu viele der polit-ökonomischen Krankheitssymptome Ausdruck eines chancenlosen Ringens mit dem übermächtigen Weltwirtschaftssystem. Notwendig ist also nicht nur eine nationale, sondern ebenso eine internationale Bereitschaft zur weltweiten wirtschaftlichen und sozialen Umstrukturierung.

In den vergangenen Dekaden ist das entwicklungspolitische Denken allzusehr von einer stimulierenden und außerordentlich erweiterten Rolle des Staates im Entwicklungsprozeß ausgegangen. Die wachsende Disparität zwischen öffentlicher Armut und privatem

Reichtum in vielen Ländern beweist jedoch, daß politisch-administrative Führungsschichten ihren Handlungsspielraum, Prozesse gesamtgesellschaftlicher Wohlfahrt mit nachhaltigem Erfolg einzuleiten, nur unzureichend nutzten. Die Existenz von Hunger und Armut – und auch von Gesundheit – ist grundsätzlich ein Verteilungsproblem, d.h. politisch und nicht nur technisch aufzufassen. Beim »dysfunktional gewordenen Entwicklungsstaat« (Simonis 1985, S.169) – einem Staat, der Entwicklung eher blockiert als fördert – muß die Kritik ansetzen. Ihm ist soziale Disziplinlosigkeit, Korruption, Reformunwilligkeit und Verschwendung von knappen Ressourcen z.B. für Prestigeprojekte und Rüstung vorzuwerfen.

Angesichts dieser Situation muß eine verantwortliche Entwicklungszusammenarbeit sensibel die Förderung wie Stärkung von Eigenverantwortlichkeit und Eigeninitiative auf lokalem und nationalem Niveau zum Ziel haben. Ebenso müssen Ansätze einer volkswirtschaftlichen Binnenmarktorientierung sowie generell politisch und wirtschaftlich reformwillige Länder unterstützt werden. Die vorherrschende Überrepräsentanz staatlicher und privater ausländischer Hilfsorganisationen – in vielen Ländern wursteln mehr als 100 ausländische Organisationen unkoordiniert nebeneinander herum – läßt aber berechtigte Zweifel daran übrig, ob unter diesen Bedingungen die erforderliche Umstrukturierung der globalen Ressourcenverteilung sowie der Aufbau lokaler Selbstverantwortung möglich sein werden.

Korrespondenzanschrift:

Dr. Wolfgang Bichmann

Institut für Tropenhygiene und Öffentliches Gesundheitswesen

Ringstr. 19, W-6900 Heidelberg

Anmerkungen

- 1 Die Zusammenfassung in einer Gruppe täuscht allerdings: kulturell, aber auch wirtschaftlich sind die einzelnen Entwicklungsländer sehr unterschiedlich. Die boomenden Volkswirtschaften Südkoreas, Malaysias und Indonesiens haben mit ressourcenarmen Sahelstaaten wie Burkina Faso, oder Cabo Verde ebensowenig gemein wie pazifische Kleinststaaten mit den hochverschuldeten lateinamerikanischen Industriestaaten Mexico, oder Brasilien.
- 2 Im asiatischen Raum, wo jahrhundertealte hochprofessionalisierte Medizintraditionen bestehen, waren die Ausgangsbedingungen für die Entwicklung einer Koexistenz mit der modernen Schulmedizin daher besser (Leslie, 1976; Kleinman, 1980)

- 3 GOBI-FFF = Growth Monitoring, Oral Rehydration, Breast Feeding, Immunisation, Family Planning, Female Education, Supplementary Feeding
- 4 Unruhen nach Streichung von Subventionen, v.a. in Nordafrika

Literaturverzeichnis

- Abel-Smith, B. (1986). »Funding health for all – is insurance the answer?« *World Health Forum* 7(1): 3-11
- Abel-Smith, B. (1986). »The world economic crisis. Part I: repercussions on health.« *Health Policy and Planning* 1(3): 202-213
- Anyinam, C. (1989). »The social costs of the International Monetary Fund's adjustment programs for poverty: the case of health care development in Ghana.« *Int.J.Hlth.Serv.* 19(3): 531-548.
- Betz, J. und V. Matthies (1990). *Jahrbuch Dritte Welt 1991. Daten, Übersichten, Analysen.* München, C.H. Beck Verlag
- Bichmann, W. (1984). Die Rolle der traditionellen Medizin in der Entwicklung Afrikas. In: Schröder, E., D.H. Frießem, Hrsg.: *George Devereux zum 75. Geburtstag. Eine Festschrift.* Braunschweig/Wiesbaden, Friedr. Vieweg & Sohn. S. 177-192.
- Bichmann, W., H. J. Diesfeld, A. Kroeger (1991). *Gesundheitssystemforschung: Neue Aufgaben für tropenmedizinische Forschung in Entwicklungsländern. 1. Deutscher Kongreß für Infektions- und Tropenmedizin, Berlin, 21.-23.3.1991,*
- Bichmann, W., R. Hartog, U. Schultz (1977). »Westliche« Medizin in Ländern der Dritten Welt. *Jahrbuch für kritische Medizin, Argument Sonderband AS 17.* Berlin, Argument Verlag. 170-192.
- Bossert, T. J. (1990). »Can they get along without us? Sustainability of Donor-supported Health Projects in Central America and Africa.« *Soc.Sci.&Med.* 30(9): 1115-1124.
- Bräutigam, H. H. (1990). »Sterben für die Umwelt.« *Die Zeit* (42): 46.
- V. Hauff, Ed. (1987). *Unsere gemeinsame Zukunft. Der Brundtland-Bericht der Weltkommission für Umwelt und Entwicklung.* Greven, Eggenkamp Verlag
- Cornia, G. A., R. Jolly, F. Stewart, Eds. (1988). *Adjustment with a human face. Protecting the vulnerable and promoting growth.* Oxford, Oxford University Press
- Cumper, G. (1983). *Economic development, health services and health.* In: Mills, A. and K. Lee, Eds.: *The economics of health in developing countries.* Oxford, Oxford University Press. pp. 23-42.
- Diesfeld, H. J. (1989). *Gesundheitsproblematik der Dritten Welt.* Darmstadt, Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Dippe, K. und R. Herzog (1991). »Die Auswirkungen der Veränderungen in Osteuropa auf den Nord-Süd-Konflikt.« *Peripherie* 11(41): 25-49.
- Djukanovic, V. and E. P. Mach, Eds. (1975). *Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. A joint UNICEF/WHO study.* Geneva, WHO.
- Fage, J. D. (1969). *A history of West Africa.* Cambridge, Cambridge University Press.
- FR (1991). *Mangel an Demokratie hemmt Afrikas Ökonomie.* *Frankfurter Rundschau* v. 3.4.1991
- Good, C. M. (1991). »Pioneer medical missions in colonial Africa.« *Soc.Sci.&Med.* 32(1): 1-10.
- Görgen, R., D. Hampel, S. Tautz, Hrsg. (1986). *Gesundheit für alle. PHC acht Jahre nach Alma Ata.* Bensheim, Kontakt- und Informationsstelle bei der Kübel-Stiftung.
- Grant, J. P. (1987). *The State of the World's Children 1987.* Oxford, Oxford University Press.
- Health Action International (1989). *The Bamako Initiative. Some Background Documents.*
- Hinderling, P. (1981). *Kranksein in »primitiven« und traditionellen Kulturen.* Norderstedt, Verlag für Ethnologie.

- Hoare, G. and A. Mills (1986). *Paying for the Health Sector. A review and annotated bibliography of the literature on developing countries.* EPC-Publication No.12. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Hughes, C. C. and J. M. Hunter (1970). »Disease and 'Development' in Africa.« *Soc.Sci.&Med.* 3: 443-493.
- IBRD (1989). *Sub-saharan Africa: from crisis to sustainable growth.* Washington D.C., World Bank (International Bank for Reconstruction and Development).
- IBRD (1990). *African Health Policy Study. Policy Brief, (Draft).* Washington D.C., World Bank (International Bank for Reconstruction and Development).
- Joß, S. (1990). *Krankheiten der Armut. Perspektiven der Gesundheitsplanung in Afrika.* Berlin, Dietrich Reimer Verlag.
- Kanji, N. (1989). »Charging for drugs in Africa: UNICEF's 'Bamako Initiative'.« *Health Policy and Planning* 4(2): 110-120
- Ki-Zerbo, J. (1979). *Die Geschichte Schwarz-Afrikas.* Wuppertal, P. Hammer Verlag.
- King, M. (1990). »Health is a sustainable state.« *Lancet* 336(Sept. 15, 1990): 664-667.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry.* Berkeley – Los Angeles – London, University of California Press
- Knippenberg, R., D. Levy-Bruhl, et al. (1990). *The Bamako Initiative: Some Experiences ... Children in the Tropics* No. 184/185. Paris, International Children's Centre.
- Korte, R., H. Richter, et al. (1990). *Financing health services in sub-saharan Africa. Options for decision makers.* Eschborn, GTZ.
- Kühne, W. (1990). *Afrika nach dem Ende des Ost-West-Konflikts. Die Notwendigkeit eines 'neuen Realismus'.* Ebenhausen,
- Leeson, J. (1974). »Social science and health policy in pre-industrial society.« *Int.J.Hlth.Serv.* 4: 429-440.
- Leslie, C., Ed. (1976). *Asian Medical Systems. A comparative study.* Berkeley – Los Angeles – London, University of California Press.
- Leslie, C., Ed. (1980). »Special Issue: Medical Pluralism.« *Soc.Sci.&Med.* 14B(4): 191-296.
- Lux, T. (1990). *Gespräche mit afrikanischen Krankenpflegern und Heilern. Bilder von Krankheit im Mikrokosmos von Malanville.* Universität Heidelberg.
- Mills, A. and L. Gilson (1988). *Health Economics for Developing Countries: a survival kit.* EPC Publication No.17. London, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Molyneux, M. E. (1991). »Sustainable health.« *Trop. Doct.* 21(1): 2.
- Musgrove, P. (1986). »What should Consumers in Poor Countries Pay for Publicly-Provided Health Services ?« *Soc.Sci.&Med.* 22(3): 329-334.
- Navarro, V. (1972). »Health, Health Services and Health Planning in Cuba.« *Int.J.Hlth.Serv.* 2: 397-432.
- Navarro, V. (1974). »The underdevelopment of health or the health of underdevelopment: an analysis of the distribution of human health resources in Latin America.« *Int.J.Hlth.Serv.* 4(1): 5-27.
- Newell, K. W., Ed. (1975). *Health by the People.* Geneva, WHO.
- Nicholas, P. (1988). *The World Bank's lending for adjustment. An interim report.* Washington, The World Bank.
- Nolte, H.-H. (1982). *Die eine Welt. Abriß der Geschichte des internationalen Systems.* Hannover, Fackelträger Verlag.
- Nuscheler, F. and K. Ziemer (1980). *Politische Herrschaft in Schwarzafrika.* München, C.H. Beck Verlag
- O'Donnell, G. A. (1973). *Modernization and bureaucratic authoritarianism.* Berkley Oakley, P. (1989). *Community Involvement for Health Development.* Geneva, WHO.
- Pfleiderer, B. und W. Bichmann (1985). *Krankheit und Kultur.* Berlin, Dietrich Reimer Verlag.

- Polo-Cheva, D. (1991). »Die Krise des Sozialismus – eine demokratische Herausforderung.« *Peripherie* 11(41): 13-24.
- Rifkin, S. B. (1973). »Public Health in China – is the experience relevant to other less developed nations?« *Soc.Sci.&Med.* 7: 249-257.
- Rifkin, S. B. and G. Walt (1986). »Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care'.« *Soc.Sci.&Med.* 23(6): 559-566.
- Roemer, M. I. and C. Montoya-Aguilar (1988). *Quality Assessment and Assurance in Primary Health Care.* Geneva, WHO.
- Simonis, Georg: *Der Entwicklungsstaat in der Krise.* In: F. Nuscheler (Hrsg.): *Entwicklungstheorie und Entwicklungspolitik. Politische Vierteljahresschrift. Sonderheft 16,* Opladen 1985.
- Sommerfeld, J. (1987). *Zwischen Koexistenz und Konkurrenz: zum ungleichen Verhältnis von Schulmedizin und traditionellen Heilsystemen in der Gesundheitsversorgung.* In: Bös, B. und A. Wörthmüller (Hrsg.): *Krank heilen. Medizinische Entwicklungshilfe und Verdrängung der traditionellen Heilkunde.* Saarbrücken, Breitenbach. S. 75-89.
- Tetzlaff, R. (1990). *Die afrikanische Krise: Afrika zwischen erzwungener Struktur- anpassung und beabsichtigter Transformation.* In: Betz, J. und V. Matthies (Hrsg.): *Jahrbuch Dritte Welt 1991. Daten, Übersichten, Analysen.* München, S. 117-137.
- Waddington, C., A. Bedri Kello, et al. (1989). »Financial information at the district level: experiences from 5 countries.« *Health Policy and Planning* 4(3):207-218
- Wallerstein, I. (1986). *Das moderne Weltsystem: Kapitalistische Landwirtschaft und die Entstehung der europäischen Weltwirtschaft im 16. Jahrhundert.* Frankfurt, Syndikat.
- Weltbank (1990). *Weltentwicklungsbericht 1990: Die Armut. Kennzahlen der Weltentwicklung.* Washington, D.C. – Bonn, IBRD – UNO-Verlag.
- WHO (1978). *Alma Ata 1978: Primary Health Care.* Geneva, World Health Organisation.
- WHO (1986). *Intersectoral action for health. The role of intersectoral cooperation in national strategies for health for all.* Geneva, WHO.
- WHO (1988). *The Challenge of Implementation. District Health Systems for Primary Health Care.* Geneva, WHO Document WHO/SHS/DHS/88.1/Rev.1.
- WHO (1989). »Progress towards health for all.« *World Health Statistics Quarterly* 42(4)
- WHO (1991). *Community Involvement in Health Development: Challenging Health Services. Report of a Study Group.* Geneva, WHO.
- WHO/AFRO (1974). »The place of public health in the economy of the African countries.« *AFRO Technical Papers* (No.7).

Haushalte der Gesundheitsministerien in % des Staatshaushaltes

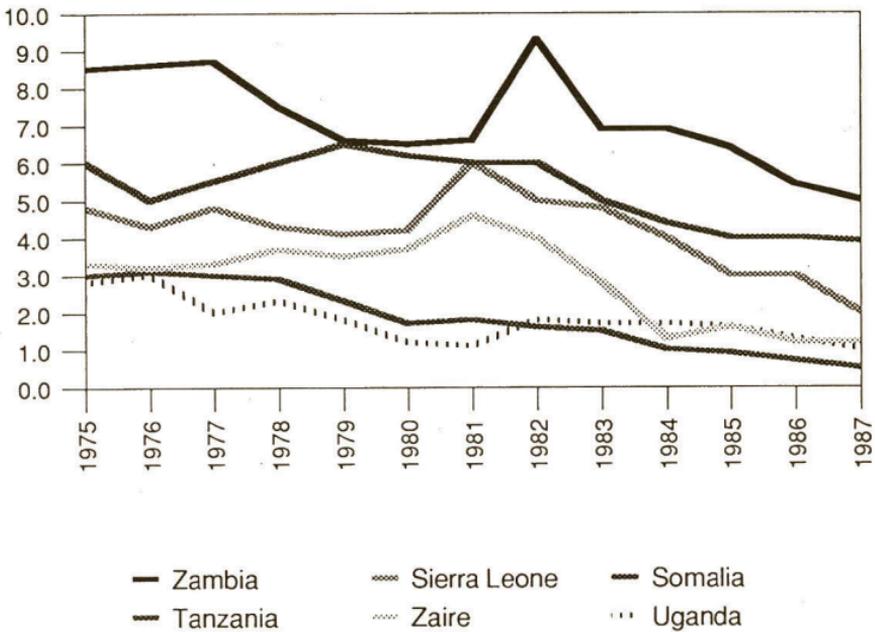


Abbildung 2

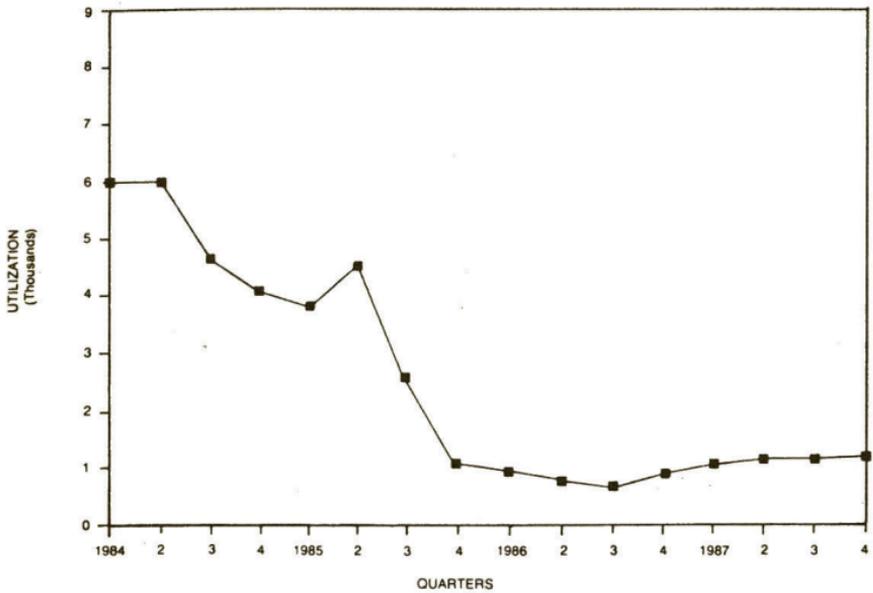
Tab.1: Abnahme der Öffentlichen Ausgaben für Gesundheit 1979-83 in %

Land	Öffentliche Ausgaben für Gesundheit (1979 - 1983) Veränderung in %	BSP pro Kopf der Bevölkerung (1979-1983) in %
Ghana	-15,8	-4,4
Malawi	-9,8	-1,0
Sudan	-9,5	-2,6
Togo	-7,5	-3,7
Liberia	-6,9	-7,1
Mauritius	-6,6	-
Tunesien	-6,4	+1,4

Quelle: Cornia, G. A., R. Jolly, et al. (1987).

Nutzung von Gesundheitszentren (Besucher / Monat) in Ghana, 1984 bis 1987 nach Einführung von Gebühren für medizinische Behandlung (Janovsky, 1988)

Ländliche Gesundheitszentren



Städtische Gesundheitszentren

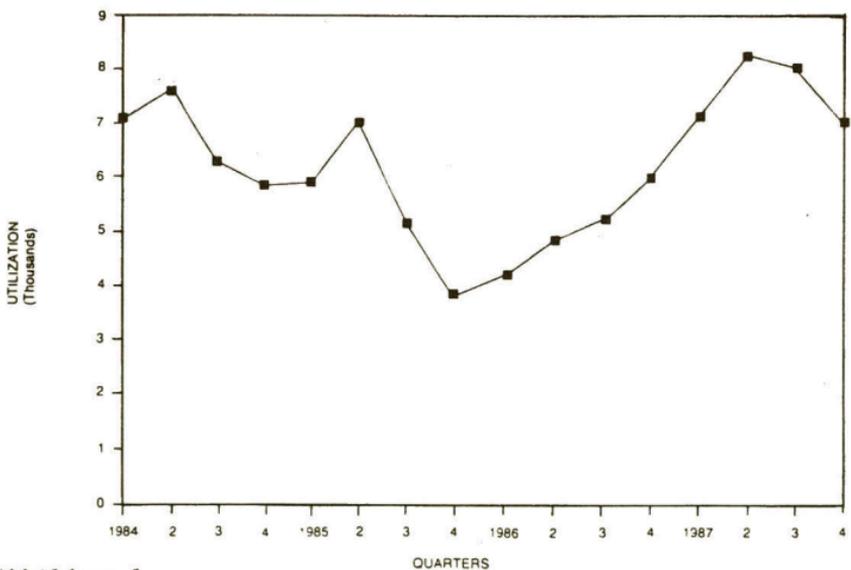


Abbildung 1