Gunnar Adler-Karlsson

Gesundheitsversorgung in der dritten Welt*

Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung ist wesentlich durch drei ökonomische und politische Faktoren bestimmt, das Niveau ökonomischer Entwicklung einer Gesellschaft, die Funktionsweise des Marktsystems in Verbindung mit der Profitmotivation der Ärzte und die entsprechende Regierungspolitik im Gesundheitswesen. Die Auswirkungen dieser drei Elemente können in einigen einfachen Feststellungen zusammengefaßt werden:

1. Mit der Armut der Nation nimmt die Unzulänglichkeit gesundheitlicher Bedingungen progressiv zu.
2. Innerhalb der armen Nationen gilt, daß die gesundheitlichen Bedingungen um so schlechter werden, je ärmer die jeweilige Region ist.
3. Die Abwanderung der Ärzte verschlechtert die Situation.
4. Der Ablauf der Marktmechanismen kann manchmal die gesundheitliche Situation in den armen Nationen weiter beeinträchtigen.
5. Um diese nachweisbaren Trends zu korrigieren, ist ein energisches Eingreifen des Staates notwendig.

Diese Feststellungen möchte ich nun, nacheinander, diskutieren.

Gesundheitsausgaben und Bruttosozialprodukt

Die Statistiken der armen Nationen sind allgemein unzuverlässig. Was jedoch an Daten vorliegt, weist durchgehend darauf hin, daß von der Höhe des Bruttosozialprodukts pro Kopf der Bevölkerung der Anteil für Gesundheitsausgaben direkt abhängig ist. Für die armen Nationen mit einem Pro-Kopf-Einkommen von weniger als 200 Dollar im Jahr liegen die Ausgaben für die Gesundheit bei 2 bis 3 % des Bruttosozialproduktes. In den reichen Nationen ist der Anteil mehr als doppelt so hoch. Wenn alle anderen Faktoren vergleichbar sind, bedeutet dies, daß die Aufwendungen für die Gesundheit in den armen Nationen nicht nur proportional, sondern progressiv mit geringer werdendem Bruttosozialprodukt abnehmen. Ein armer Staat mit einem 200-Dollar-pro-Kopf-Einkommen kann 6 Dollar pro Person für die Gesundheit ausgeben, eine reiche Nation mit 4000 Dollar Einkommen pro Person 200 Dollar. Die Relation der Einkommen würde 1:20, die zwischen den Gesundheitsausgaben 1:33 betragen. Dies ist ein erster und offensichtlicher Faktor, der erklärt, warum der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung in den armen Nationen so unzureichend ist.

* Aus dem Englischen übersetzt von H.-H. Abholz.

Die internationale Ungleichheit in der Verteilung gesundheitlicher Einrichtungen und des Personals

Die internationale Ungleichheit in der Verteilung der Gesundheitsaufwendungen wird in den meisten armen Staaten durch die regionale und internationale Ungleichheit verstärkt. Die Arztdichte auf der ganzen Welt lag im Jahre 1970 bei durchschnittlich 7,9 auf 10 000 Einwohner. Unterhalb dieses Durchschnittes lagen Lateinamerika mit 6,54, Asien mit 2,83 und Afrika sogar nur mit 1,36 Ärzten pro 10 000 Einwohner.

Die entsprechenden Probleme werden dadurch vergrößert, daß die meisten Ärzte der armen Nationen in den großen Städten und nur wenige außerhalb auf dem Lande leben. Auch wenn die Verstädterung schnell fortschreitet, so lebt in den armen Nationen die überwiegende Zahl der Einwohner (etwa 2 Milliarden, dies entspricht 75 %) auf dem Lande. Nach einer jüngst erschienenen WHO-Studie „ist es nicht ungewöhnlich, daß eine Bevölkerung von 50 000 oder mehr Personen von einem Arzt versorgt wird"; dies gilt für einige arme Nationen und entspricht einer Dichte von 0,2 Ärzten pro 10 000 Einwohnern. Etwa ¼ der Menschheit hat somit praktisch überhaupt keinen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung.

Die Abwanderung von Ärzten

In fast allen Staaten sind die Ärzte eine ungewöhnlich gut bezahlte Berufsgruppe. So lagen z. B. in den USA im Jahre 1966 die durchschnittlichen Einkünfte der Ärzte und Chirurgen etwa doppelt so hoch wie die der Naturwissenschaftler und Ingenieure. Die Ärzte haben auch ein hohes Maß internationaler Beziehungen, die es ihnen ermöglichen, gut über Einkommensunterschiede in den verschiedenen Staaten informiert zu sein. Die Ärzte in den armen Nationen sind in den großen Städten konzentriert. Es kann dort sogar zu einem Überschuß an Ärzten kommen, der dann zu einer Abwanderung beiträgt. Wohin kan der einzelne Arzt gehen? Er wird sehr auf dem Lande gebraucht, aber die Lebensbedingungen sind dort nicht gut, und die Bezahlung ist noch schlechter. Andererseits kann er auch in eine der reicheren Nationen abwandern, wo mit der Explosion der Gesundheitsausgaben eine große und bisher unbefriedigte Nachfrage nach mehr Ärzten — trotz ihrer hohen Einkommen — geschaffen wurde. Kann man den einzelnen für die Wahl der zweiten Alternative verurteilen? Um die erste zu wählen, ist offensichtlich ein sehr hohes Maß an individueller Selbstlosigkeit nötig.

Eine nicht unwesentliche Zahl von Ärzten zieht es unter diesen Umständen vor, in die reicheren Nationen auszuwandern. Der „Rat der Welthandels- und Entwicklungskonferenz" (UNCTAD) hat erst kürzlich eine Studie über den wertmäßigen Verlust qualifizierter Kräfte aus den armen Nationen angefertigt[1]. Wie häufig, sind diese Daten am besten für die USA festgehalten. Zwischen 1961 und 1970 kamen 14 545 Ärzte aus Entwicklungsländern in die USA. Im Jahre 1970 waren es allein 1334 Ärzte. Der Gewinn durch die Zuwanderung qualifizierter Ärzte im Jahre 1970 wird auf etwa 1,4 Milliarden Dollar geschätzt, was 45 % der offiziellen US-Hilfe für die Entwicklungsländer im gleichen Jahr entspricht.

Dies ist ein Hinweis auf die Tatsache, daß in diesem Gesellschaftssystem — im Gesundheitswesen wie auch in anderen Bereichen — die noch etwas dazu bekommen, die schon etwas haben und dies von denen nehmen, die schon zu wenig haben. Die Abwanderung der Ärzte in andere Nationen verschlechtert die Möglichkeiten für eine bessere gesundheitliche Versorgung in den armen Nationen. Aber es gibt auch eine innernationale Abwanderung, die die geschilderte Situation noch verschlechtert. Für die Ärzte bedeutet es geringeres Ansehen, mit den einfachen Krankheiten auf dem Lande zu tun zu haben. Junge Ärzte, die dies tun, haben nicht die gleichen Aufstiegschancen wie ihre Kollegen, die ihre Forschung in denjenigen modernen und entwickeltsten Bereichen der Medizin betreiben, in denen die führenden westlichen medizinischen Schulen vorangehen. Wenn sie nun noch an Geld interessiert sind, garantieren die höheren Einkommen in den städtischen Gebieten dafür, daß zur Versorgung ländlicher Gebiete nur eine kleine und unter Umständen sogar unqualifizierte Gruppe von Ärzten zur Verfügung steht.

Sowohl die Abwanderung ins Ausland als auch die innernationale Abwanderung ist ein großes Hindernis für die schnelle Entwicklung von Gesundheitsinstitutionen in den armen Nationen und dort besonders in den ärmsten Gebieten.

Verstärkende Folgen

Die Beziehungen zwischen den armen und reichen Nationen haben bezüglich des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung noch andere verstärkende Auswirkungen. Nur zwei Beispiele sollen dies zeigen. Es ist natürlich, daß für die Eltern in den armen Nationen an erster Stelle der Wunsch nach den Mitteln steht, die ihren Kindern ein Überleben ermöglichen. Es ist auch allgemein anerkannt, daß die moderne westliche Medizin einen großen Teil der Verantwortung für die sogenannte Bevölkerungsexplosion trägt. Die Kinder, die noch vor wenigen Jahrzehnten mit hoher Wahrscheinlichkeit zu sterben hatten, überleben nun. Aber sie überleben, um ein Leben in Armut und Elend zu führen, das unausweichlich zu verschiedenen Erkrankungen führt. Dies wiederum zieht einen ansteigenden Bedarf nach gesundheitlicher Versorgung nach sich. Es verlangt eben sehr viel mehr Pflege, ein Kind am Leben zu erhalten, als es sterben zu lassen. Die Beziehungen zur westlichen Welt haben den Segen verminderter Säuglingssterblichkeit gebracht. Dieser Segen jedoch ist verbunden mit einem deutlich ansteigenden aber bisher unerfüllten Bedarf nach medizinischer Versorgung.

Manchmal haben die Beziehungen zur westlichen Welt aber sogar direkt und eindeutig schädlichen Einfluß. Dies ist z. B. der Fall durch die Einführung der Flaschennahrung bei Säuglingen, einer Veränderung, die stark durch einige westliche multinationale Konzerne gefördert wird. Riesige Werbekampagnen z. B. mit sogenannten „Milchschwestern", die als Krankenschwestern gekleidet sind, sowie die Unkenntnis der Mütter werden benutzt, um die verpackten Milchprodukte auf den Markt zu bringen und damit die Konzerne ihren Profit machen können. Wie mehrere Autoren zeigen konnten, werden die Flaschen aber nicht sauber gehalten[2]. Wegen der hohen Kosten versuchen die Mütter, so viel wie möglich zu sparen, so

daß die Kinder dann schließlich keine ausreichenden Milchmengen erhalten. Am wichtigsten aber ist, daß bei der Flaschenernährung der immunologische Schutz, der mit der Muttermilch übertragen wird, stark vermindert ist. Die Konzerne sind sich dieser Folgen bewußt. In einem Land wie Schweden konnten sie zu einer Vereinbarung mit den Behörden gezwungen werden, daß keine Werbung für Flaschennahrung mehr durchgeführt wird. In den armen Nationen mit ihren allgemein „großzügigen" Behörden betreiben die Konzerne ihren sicherlich profitablen Werbefeldzug und vergrößern damit einmal mehr den Bedarf an medizinischen Versorgungsleistungen.

Gesundheit und ein „Neues internationales ökonomisches System"

Wir haben nun einige Probleme der gesundheitlichen Versorgung in den armen Nationen kurz gestreift. Der Bedarf an gesundheitlichen Versorgungseinrichtungen ist durch eine Reihe von sowohl günstigen als auch ungünstigen Auswirkungen der Beziehungen mit den entwickelten Ländern angestiegen. Die Deckung dieses Bedarfes gelingt nur unzureichend wegen des niedrigen Brutto-Sozialproduktes, der Abwanderung von Ärzten ins Ausland sowie der innernationalen Abwanderung. Derzeit ist nicht absehbar, ob und wodurch diese Ungleichwichtigkeiten korrigiert werden könnten. Tatsächlich scheinen sie eher größer zu werden. Der medizinische Bereich ist nur ein Beispiel für viele andere, deren Verhältnisse viele verantwortliche Politiker am herrschenden ökonomischen System zweifeln und ein „Neues internationales ökonomisches System" fordern läßt.

Es soll in diesem Zusammenhang erwähnt werden, daß bei der UN der Vorschlag gemacht wurde, den Wert der Ärzte, Ingenieure, Lehrer und der anderen hochqualifizierten Personen, die von den armen in die reichen Nationen gegangen sind, als eine Art „Entwicklungshilfe" der armen an die reichen Nationen anzusehen, die im Wert den ausstehenden Schulden der armen an die reichen Nationen entsprechen, so daß diese Schulden damit getilgt wären. Ein solcher Vorschlag hat derzeit sicher keine Aussicht auf Realisierung, aber er zeigt deutlich die zunehmende Unzufriedenheit in den armen Nationen. Was kann getan werden, um die beschriebenen Verhältnisse zu ändern?

Die Neuverteilung der Mittel

Insofern als die Verhältnisse in den armen Nationen durch einen niedrigen allgemein ökonomischen Entwicklungsgrad gekennzeichnet sind, kann auf einen schnellen Fortschritt nicht gehofft werden. Selbst wenn das Ziel des zweiten UN-Entwicklungsplanes für ein Jahrzehnt — 3,5 % Anstieg im Pro-Kopf-Einkommen — erreicht werden würde, würde das durchschnittliche Einkommen in den armen Nationen in diesen zehn Jahren nur von etwa 200 Dollar auf 280 Dollar pro Kopf, bezogen auf die Preise von 1970, steigen. Unter Einschätzung aller anderen drängenden Forderungen der armen Nationen nach Verbesserung der Lebensverhältnisse wird weiterhin nicht viel von den 280 Dollar für das Gesundheitswesen übrig bleiben können.

Glücklicherweise kann auch vieles innerhalb der ökonomischen Begrenzungen getan werden, wenn eine adäquatere Verteilung der vorhandenen

medizinischen Ressourcen vorgenommen wird. Dies wurde auch vom Generaldirektor der WHO betont, der im Juli 1974 sagte, daß er trotz der geringen vorhandenen Ressourcen „glaube . . ., daß es möglich ist, ein Gesundheitssystem zu entwerfen, das viele Bereiche medizinischer Versorgung abdeckt, das einigermaßen preisgünstig arbeitet und das die Basisversorgung, die von so vielen Bevölkerungsgruppen gebraucht wird, liefern kann. Die Kosten für eine derartige Gesundheitsversorgung liegen wahrscheinlich für zahlreiche Nationen innerhalb des Erreichbaren . . ."[3].

Zu ähnlichen Schlüssen kam eine Seminar über medizinische Versorgung der Kinder in Afrika, dessen Ergebnisse erst kürzlich von der Dag-Hammarskjöld-Stiftung veröffentlicht worden sind[4].

Wie sollte nun, im einzelnen, ein solches System ausschauen?

Eine feste politische Kontrolle

Wenn keines der Gesundheitsprobleme der armen Nationen durch die jetzigen mehr oder minder spontanen Entwicklungstendenzen gelöst zu werden verspricht, müssen eben diese Entwicklungstendenzen beeinflußt werden, d. h. die Politiker müssen die Zügel in die Hand nehmen und in eine für die Gesundheitsbedürfnisse adäquatere Richtung lenken. Eine größere WHO/UNICEF-Untersuchung hat auch gezeigt, daß bei einem derartigen Vorgehen positive Ergebnisse erreicht werden können. Aber die Fachleute sagen auch, daß dies nicht leicht sein wird: „Eine straffe Gesundheitspolitik für die ambulante Versorgung der Unterprivilegierten impliziert für die meisten Gesundheitssysteme eine echte Revolution. . . Um solche schwer erreichbaren Veränderungen durchzuführen, müssen Politiker die Verantwortung bei der Überwindung der Trägheit und der Opposition auf seiten der ärztlichen Standesorganisationen und anderer verhärteter Interessen tragen."[5]

Wenn der politische Wunsch, ein annehmbares, gerechtes Gesundheitssystem aufzubauen, bei denen, die die Macht haben, besteht, kann dies auch realisiert werden. Wenn dieser Wunsch fehlt, wird die schon jetzt schlechte Situation wahrscheinlich noch schlechter werden. Was nun sollten die Politiker tun?

Ein neuer Typ von Gesundheitsarbeiter

In dem oben angeführten Zitat wurden sehr barsche Worte über die „Überwindung der Trägheit und Opposition auf seiten der ärztlichen Standesorganisation und anderer verhärteter Interessen" gesprochen. Diese Worte sind leider gerechtfertigt. Wenn ein weitverzweigtes Gesundheitssystem sich auf die Ärzte normaler Ausprägung zu stützen hat, wird es entweder zu teuer, oder es wird, wenn die Gehälter der Ärzte auf das, was der Staatshaushalt verkraften kann, heruntergeschraubt werden, eine Zunahme der Abwanderung in diesem Bereich geben. Die dadurch entstehenden untragbaren Kosten zeigt eine zehn Jahre alte Studie: die Kosten für die Ausbildung eines Mediziners betrugen für Nigeria 33 600 und für Uganda 26 000 Dollar; zur gleichen Zeit lag das Pro-Kopf-Einkommen pro Jahr bei 68, bzw. 83 Dollar. Was also gebraucht wird, ist eine neue

Art von Gesundheitsarbeiter, dessen Ausbildung wenig kostet und der besonders für die spezifischen Aufgaben eines Gesundheitssystems der Basisversorgung ausgebildet ist. Der chinesische „barfüßige Arzt" ist das bekannteste Beispiel eines solchen Gesundheitsarbeiters, der in vielen Teilen der armen Welt gebraucht werden könnte.

Die barfüßigen Ärzte sind Teil eines differenzierten Systems, das durch die bewußte Bemühung charakterisiert ist, den Aufwand medizinischer Versorgung der Schwere eines medizinischen Falles anzupassen und diesen — aus Gründen des Mangels — so niedrig wie möglich zu halten. Diejenigen Ärzte, die die westliche Medizin oder Pharmakologie studiert haben, konzentrieren sich auf die schwersten Erkrankungen, die Ärzte der traditionellen chinesischen Medizin und die ausgebildeten Schwestern, Hebammen und Apotheker helfen auf einem mittleren Niveau, die barfüßigen Ärzte hingegen behandeln einfache Erkrankungen oder leiten die Patienten mit schwereren Erkrankungen den entsprechend ausgebildeten Personen zu. In diesem System wird die lokale Selbständigkeit sehr betont. Die Ausbildungszeit eines barfüßigen Arztes beträgt normalerweise nur 3 Monate und wird fortgesetzt durch eine überwachende Ausbildung bei der Arbeit. Die Möglichkeit, den chinesischen Weg auch in anderen Nationen zu beschreiten, ist selbstverständlich umstritten. Aber wenn es China gelang, die Versorgungssituation grundsätzlich zu verändern, sollte dies für andere Nationen nicht unmöglich sein. Vorausgesetzt ist, daß die Politiker, die die Macht haben, auch den Willen haben, dies zu tun.

Aber — es muß wiederholt werden — es ist unwahrscheinlich, dies alles mit Hilfe der traditionellen, im Westen ausgebildeten Ärzte durchführen zu können, die zu teuer sind oder aber wahrscheinlich in die reichen Nationen abwandern würden, wenn die Umstände für sie zu unvorteilhaft werden. Wenn der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für alle Bevölkerungsgruppen der armen Nationen möglich sein soll, muß dies entsprechend der WHO-UNICEF-Untersuchung durch „eine neue Art von Gesundheitsarbeitern erfolgen, die Kenntnis von sozialer Problematik haben und in der Weise ausgebildet sind, daß sie auf die alltäglichen Bedürfnisse der Bevölkerung eingehen können. Die Basis und die Stärke eines solchen Gesundheitsdienstes liegt bei dem Kern der entsprechend für die ambulanten Belange der Medizin ausgebildeten Gesundheitsarbeiter, der aus der Bevölkerung kommt und von dieser kontrolliert wird. Er liegt nicht bei einer Gruppe von frustrierten, entfremdeten und nur widerwillig seine Arbeit verrichtenden Bürokraten, die von außen einer Gemeinde aufgesetzt werden."

Über Ratten und Rattenbisse

Der Leiter des schwedischen Gesundheitssystems, Bror Rexed, führt gern an, daß es keinen Sinn hat, Rattenbisse zu behandeln, wenn man nichts gegen die Ratten tut. Ebenso hat es keinen Sinn, ein neues und weitverzweigtes kuratives Gesundheitssystem in den armen Nationen zu schaffen, wenn man nichts gegen die Faktoren tut, die die meisten Erkrankungen fördern. Medizin ist nur ein kleiner Bereich im großen gesellschaftlichen Gefüge. Veränderungen in der Medizin allein werden wohl wenig erreichen.

Es ist notwendig, gesellschaftliche Strukturen als solche zu verändern. Eine andere WHO-Untersuchung bei 91 Staaten hat gezeigt, daß im Jahre 1970 nur 29 % der gesamten Bevölkerung Zugang zu reinem Trinkwasser hatte. Die Zielvorgaben des Zweiten UN-Entwicklungs-10-Jahresplans sehen vor, daß 27 % der städtischen Bevölkerung eine Kanalisation haben sollen und 10 % der ländlichen Bevölkerung mit Einrichtungen zur Abwässerbeseitigung ausgestattet werden sollen. Diese Zahlen enthüllen einiges über die Umweltfaktoren, die erklären können, warum die gesundheitliche Situation in den meisten armen Nationen so schlecht ist.

Wenn Behörden den Gesundheitsstand verbessern wollen, werden sie mit mehr Erfolg die Mittel zur Schaffung von sauberem Trinkwasser und einer gesunden Umwelt in den Dörfern der Welt bereitstellen, als wenn sie sich allein auf das Gesundheitssystem konzentrieren. Ein ähnliches Argument gilt für die Verbesserung des Transport- und Nachrichtenwesens, ohne das ein Gesundheitssystem nicht ausreichend funktionieren kann. Eine geplante Dezentralisierung in regionale und lokale Gesundheitsdienste muß mit der Möglichkeit kombiniert werden, Medizin und medizinische Apparate von einem Zentrum an alle Orte zu bringen und andererseits auch Patienten mit schweren Erkrankungen an eine beschränkte Zahl von Orten zu bringen, wo die unter hohen Kosten ausgebildeten Ärzte zu finden sind. In einer anderen Weise kann ein hierarchisch organisiertes System, das versucht, die vorhandenen Mittel in optimaler Weise zu nutzen, einfach nicht arbeiten. Schließlich muß auch die gesundheitliche Aufklärung in den armen Gebieten verstärkt werden. Aufgrund der Bevölkerungsexplosion ist die absolute Zahl der erwachsenen Analphabeten heute so groß wie noch nie in der Geschichte. Ein wirkungsvolles präventives Gesundheitssystem kann in einer Gesellschaft nicht funktionieren, wenn die Mehrheit nicht lesen und schreiben kann und auch keine sonstige Ausbildung erhalten hat. Informationen über die einfachsten Dinge der Hygiene, der Infektionsabwehr und Ernährungsfehler können sonst kaum jemanden erreichen. Die Frage gesundheitlicher Versorgung in den armen Nationen ist grundsätzlich ein Teil eines strukturellen Problems, in dem sauberes Wasser, die Entwicklung eines Transportsystems und die Verbesserung der Ausbildung ebenso wichtige Momente wie die rein medizinischen Faktoren sind.

Dies alles aber macht die Lösung der Probleme so schwierig. Wenn wir aber nicht versuchen, trotz der Schwierigkeiten Lösungen zu finden, so werden wir alle in Verhältnissen enden, wie sie in einem Artikel über ein ländliches Krankenhaus in Kolumbien beschrieben werden. Die meisten chirurgischen Patienten kommen dort aufgrund von Verwundungen im Zusammenhang mit Guerillaangriffen, mafiaähnlichen Schießereien rivalisierenden Banden, und „der häufigste Grund für einen bauchchirurgischen Eingriff sind Messerstichwunden, die Prostituierten von ihren Mitarbeitern beigebracht werden“[6].

Schlußfolgerung

Ich möchte noch einmal Herrn Dr. Mahler, Generaldirektor der WHO, zitieren: „Als eine Illustration der himmelschreienden ungerechten Verteilung von Wohlfahrtseinrichtungen auf dem Planet Erde ist anzusehen,

daß die industrialisierten Länder etwa 500 mal mehr pro Kopf der Bevölkerung für Gesundheitsausgaben investieren, als dies der Fall in den armen Ländern ist, die derartige Investitionen vielmehr brauchen . . ." Es ist einfach so, daß die Möglichkeit, Zugang zu Gesundheit und zum Gesundheitssystem zu haben, sich in den meisten armen Nationen nicht an der Sorge für die Erhaltung des Lebens orientiert. Diese Möglichkeit ist abhängig vom Geld, vom Geld der Reichen, der reichen Nationen, der reichen Gebiete innerhalb der armen Nationen und von den reichen Individuen in diesen Gebieten. Die armen Menschen der armen Nationen werden niemals einen ausreichenden Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erhalten, wenn nicht eine politische Entscheidung den Einfluß des Marktes ablöst, wenn nicht die Orientierung an der Erhaltung des Lebens wichtiger als die am Geld wird. Wir sollten uns nicht selbst betrügen. Das Problem ist nicht eines der Medizin, es ist eines der Politik: die ungleiche Verteilung ist Tatsache, die Neuverteilung ist eine Möglichkeit.

Anmerkungen

1 UNCTAD, The reverse transfer of technology. Economic effects of the outflow of trained personal from developing countries. United Nations, New York, 1975.

2 D. B. Jeliffe and E. F. P. Jeliffe: Human milk, nutrition and the world resource crisis. Science, vol. 188, 9 May 1975, pp. 557—561; Schweizerische Arbeitsgruppen für Entwicklungspolitik: Nestle tötet Babys. Ursachen und Folgen der Verbreitung künstlicher Säuglingsnahrung in der dritten Welt. Bern, 1974.

3 WHO, Press Release No. 15, March 28, 1974.

4 O. Nordberg et al.: Action for Children. Towards an Optimum Child Care Package in Africa. Uppsala 1975.

5 WHO/UNICEF joint study on alternative approaches to meeting basic health needs of populations in developing countries. JC 20 / UNICEF-WHO / 75. 2. Geneva, Febr. 1975.

6 S. Z. Goldhaber: Medicine without frills: A rural hospital in Columbia. Science, vol. 189, 26 Sept. 1975, pp. 1067—1071.