

# Public Health

Die Perspektive ökonomisch benachteiligter, nicht-europäischer Länder

Detlef Schwefel

für: Friedrich Wilhelm Schwartz et alii: Das Public Health Buch  
Zweite Auflage im URBAN & FISCHER Verlag

# Public Health

## Die Perspektive ökonomisch benachteiligter, nicht-europäischer Länder

Detlef Schwefel

### Ausgangssituation

Weltweit hat das letzte Jahrhundert Gesundheit und Überleben der Menschen deutlich verbessert. Nach den Weltkriegen stieg die Lebenserwartung von etwa 45 auf über 65 Jahre, besonders stark in Entwicklungsländern, wo sich gleichzeitig die Fertilitätsrate nahezu halbierte. Diese Umkehr der Bevölkerungspyramide mit Zunahme älterer Altersgruppen und Abnahme der jüngeren Altersgruppen wird demografischer Übergang genannt. Hierdurch und durch den Bevölkerungszuwachs insgesamt entwickelten sich dort komplexere gesundheitliche Profile, vor allem bedingt durch eine Zunahme nicht-übertragbarer Gesundheitsprobleme, wie Kreislauferkrankungen, Tumore und Unfälle. Weltweit werden diese von einem Anteil von 36% im Jahre 1990 auf 57% im Jahre 2020 anwachsen. [5]

Durchschnittswerte täuschen, da die Lebens- und Überlebenschancen innerhalb der armen Länder sozial höchst unterschiedlich sind. „Übertragbare Krankheiten verursachen ... 64 % des Verlustes beschwerdefreier Lebensjahre (DALYs) von 20 % der Weltbevölkerung in den Ländern mit geringstem Prokopfeinkommen, verglichen mit ... 44 % der DALYs bei der Weltbevölkerung insgesamt. Übertragbare Krankheiten sind somit verantwortlich für ... 79 % der Abweichungen des DALYs zwischen den jeweils 20% der ärmsten und der reichsten Weltbevölkerung, verglichen mit 9 % Differenzen bei den nicht-übertragbaren Krankheiten“ [16].

Der Verlust oder Gewinn an „disability adjusted life years (DALYs)“ oder an beschwerdefreien Lebensjahren sind gängige Indikatoren der Outcome-Messung von Interventionen.

In ökonomisch benachteiligten Ländern und bei den Armen grassieren die längst überwunden geglaubten Probleme weiter: Unterernährung und Infektionskrankheiten, Säuglings-, Kinder- und Müttersterblichkeit. Auch Cholera, Malaria und Tuberkulose treten verstärkt wieder auf.

Tuberkulose zum Beispiel ist dort verantwortlich für 5% der Todesfälle und 54 Millionen Menschen in armen Ländern sind infiziert [5]. Neue Infektionskrankheiten kommen hinzu: Mit AIDS wird die Lebenserwartung in Südafrika von 68 auf 48 Jahre im Jahre 2010 fallen; wegen AIDS wird es dann in Afrika etwa 40 Millionen Waisenkinder geben [2]. Unnötiges Leiden und Sterben ist nicht besiegt und nimmt in den armen Ländern wieder zu.

### Risikofaktoren

Deutlicher als in den reichen Ländern sind dort die sozialen und wirtschaftlichen Gründe der Gesundheitsprobleme. 36% der Kinder zeigen Zeichen der Unter- oder Fehlernährung, 1,1 Milliarden Menschen haben keinen Zugang zu sauberem Wasser, 120 Millionen Ehepaare haben keinen Zugang zur Familienplanung. Einkommen, Ernährung, Erziehung (insbesondere von Frauen und Mädchen), familiäre Umwelt und Hygiene

Tabelle 2-1 Risikofaktoren für unnötige Todesfälle in Entwicklungsländern (nach: [16])

Risikofaktor	Todesfälle pro Jahr		Verlorene Lebensjahre pro Jahr	
	Millionen	%	Millionen	%
Fehlernährung	5	11.7	199	22.0
Wasser, Umwelt	3	5.3	85	9.4
Ungeschützter Sex	1	2.2	28	3.0
Tabak	3	6.0	26	2.9
Arbeit	1	2.2	22	2.5
Alkohol	1	1.5	20	2.1
Bluthochdruck	3	5.8	18	1.9
Unaktivität	2	3.9	11	1.3
Luftverschmutzung	.5	1.1	6	0.6
Illegale Drogen	.1	0.2	3	0.3

beeinflussen Leben und Überleben deutlicher, als gesundheitsbezogene Politiken und Interventionen dies tun könnten, nicht nur, weil in den armen Ländern die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit viel geringer sind als in den reichen: [4; 16]

11 % der globalen Gesundheitsausgaben müssen 93 % der Krankheitslast bedienen.

### Strategien

Ein Meilenstein für die Beherrschung dieser Faktoren durch die Gesundheitsdienste sollte die Primary Health Care (PHC)-Strategie von Weltgesundheitsorganisation (WHO; [www.who.int](http://www.who.int)) und Weltkinderhilfswerk der Vereinten Nationen (UNICEF; [www.unicef.org](http://www.unicef.org)) sein, verabschiedet in Alma Ata im Jahre 1978 [17]. Sie setzte auf gemeindeorientierte Basisgesundheitsdienste mit medizinischem Hilfspersonal, auf ein pyramidales System integrierter sozialer und (para)medizinischer Dienste, orientiert an den Bedürfnissen der Armen. Diese umfassende Strategie reflektierte recht harmonisch die Perspektiven der Entwicklungsländer und auch ihrer Helfer.

Pragmatischere Ansätze von Gebern und Nehmern kritisierten in den 80er Jahren die Effektivität dieser umfassenden, staatlichen und kostenlosen Strategie. Selektivere Programme setzten sich durch: Impfprogramme und Kampagnen für Muttermilchernährung, Maßnahmen gegen Malaria, Durchfall und Tetanus [12]. Auch UNICEF [3; 1; 10] wurde pragmatischer: Wachstums- und Entwicklungsüberprüfung, orale Rehydratation bei Durchfallerkrankungen, Stillberatung, Impfprogramme; später kamen hinzu: Familienplanung, HIV/AIDS, sichere Mutterschaft, Mikronährwertergänzung. Sogar die Weltmächte, die G8, fordern Konkretes und Vertikales: Maßnahmen gegen HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria. Diese pragmatischeren Ansätze zerbröckeln allerdings das horizontale und gesellschaftspolitische Ferment der Alma Ata Strategie und entfernen sich von wesentlichen Faktoren der Gesundheitsprobleme der Armen in armen Ländern. Sie medikalisieren das Problem.

Vertikale Programme beziehen sich auf ausgewählte Krankheiten, horizontale Programme bekämpfen sie im Kontext des gesamten Gesundheitssystems. Eine umfassende Strategie bezieht sich auf das gesamte Gesundheitssystem, eine selektive auf ausgewählte Gesundheitsprogramme.

	Prozentuale Verringerung der globalen Krankheitslast	Kosten pro beschwerdefreiem Lebensjahr	Jährliche Ausgaben pro Kopf in US\$
Integriertes Management von Kinderkrankheiten	14	40.00	1.60
Erweitertes Impfprogramm	6	14.50	0.50
Schwangerenvorsorge	4	40.00	3.80
Familienplanung	3	25.00	0.90
AIDS Prävention	2	4.00	1.70
Behandlung von Geschlechtskrankheiten	1	2.00	0.20
Behandlung der Tuberkulose	1	4.00	0.60
Schulgesundheitsprogramm	0.1	22.50	0.30
Tabak- und Alkoholprogramm	0.1	42.50	0.30

In den 80er und 90er Jahren entwickelten vor allem gesundheitsökonomische Ansätze ihre Durchschlagskraft. Kosten-Effektivitäts-Analysen für die Beherrschung der wesentlichen Krankheitslasten sollten Orientierung geben. Ziel war die kostengünstige Erhöhung beschwerdebzw. unfähigkeitsfreier Lebensjahre. Auf dieser Grundlage entwickelte man Minimalpakete, die im wesentlichen enthielten: erweitertes Impfprogramm

für alle (Impfprogramme zur Prävention von Kinderkrankheiten kosten nur 12-30 US\$ pro beschwerdefreiem Lebensjahr), Schulgesundheit (vor allem Entwurmung und Hygiene), sonstige Public Health Programme (Gesundheitsaufklärung und --förderung, epidemiologische Beobachtung, Vektorenkontrolle, Wasser- und Nahrungsmittelkontrolle), Tabak- und Alkoholprogramme, AIDS Prävention. Diese Programme sollten einen neuen Universalismus stärken. Sie gelten nicht nur dem Bedarf der Armen, sondern aller Menschen. [14; 16; 18]

Weltbank ([www.worldbank.com](http://www.worldbank.com)) und Weltgesundheitsorganisation fordern vor allem Nachhaltigkeit und Effizienz für die

- Verbesserung von Gesundheit, Ernährung und Bevölkerungssituation
- Stärkung der Gesundheitssysteme durch Reformen
- nachhaltige Sicherung der Finanzierung

Versicherungssysteme mit staatlichen und privaten Komponenten und einer Konkurrenz zwischen Gesundheitsmanagementplänen sowie Wahlfreiheit für die Patienten wurde zum Credo der modernen Strategie – USA en miniature [16]. Kostenlose staatliche Gesundheitsdienste gelten vielen als überholt [13; 14]. Wegen Macht und Geld der Geber sind dieses fast überall auch die Perspektiven der Nehmer geworden, d.h. der ökonomisch benachteiligten Länder. Nur wenige Gesundheitsminister(ien) armer Länder emanzipierten sich und gingen eigene Wege.

Nach der Jahrtausendwende muss man die zugrundeliegende Armut und ihre Produktionsbedingungen als Hauptproblem wieder entdecken [7; 21]. Gesucht sind Koalitionen zur Armutsbekämpfung, in der auch Probleme wie Gewalt, Krieg, Terror, Drogen, Elend, Flucht, Klima und Umwelt angegriffen werden und Werte, Demokratie und strategische Allianzen betont werden. Gleichwohl: in den reichen Ländern sorgt man sich vor allem um Malaria, Tuberkulose und AIDS in den armen Ländern.

### Gesundheitsversorgung

Zentrales Anliegen aller Strategien zur Verbesserung der Gesundheit in den armen Ländern sind Reformen im Gesundheitswesen, um Prioritäten setzen und damit rationale Rationierungen begründen zu können [16; 20]. Die aktuelle Diskussion orientiert sich an vier Grundfragen:

- Zielgruppen: Sollen spezielle Programme für die Mehrheit der armen Bevölkerung, die die Hauptkrankheitslast zu tragen haben, durchgeführt werden oder sollen Gesundheitsdienste allgemein zugänglich sein und damit die Reichen und die Städter bevorzugen? Die Ziele gesundheitlicher Versorgung stehen im Mittelpunkt dieser Debatte: Güte des Gesamtsystems oder Schutz für die Benachteiligten oder für Zielgruppen wie die Armen, die Frauen, die Jugendlichen oder indigene Bevölkerungen.
- Träger: Soll der Staat hauptsächlichlicher Träger der Gesundheitsversorgung sein oder kann diese Aufgabe der private Sektor übernehmen? Das Verhältnis von Staat und Markt ist Tummelplatz heftiger ideologischer Debatten. Es spiegelt das Dilemma wider zwischen legitimen Staatsfunktionen, gesundheitlichen Bedürfnissen, kaufkräftiger Nachfrage und Einkommensinteressen privater und öffentlicher Anbieter.
- Leistungsfähigkeit: Welche Aspekte der Leistungsfähigkeit der öffentlichen Gesundheitsversorgung sollen vorrangig reformiert werden: Effektivität, Effizienz, Fairness, Kundenzufriedenheit oder andere Aspekte umfassender Qualität? Welche Komponenten des Gesundheitssystems – Menschen, Mauern, Materialien, Methoden (ambulant, stationär) – sollen in welchem Verhältnis zueinander stehen? Sind dezentrale Verwaltungseinheiten besser in der Lage, Bürgernähe mit Leistungsfähigkeit zu verbinden?
- Finanzierung: Wie lässt sich das Gesundheitssystem nachhaltig finanzieren? Hauptthemen sind: Risikoausgleich durch Versicherungen und Vorauszahlungen, Sicherstellung eines vernünftigen Finanzierungsniveaus, Kostendämpfung und Haushaltsdisziplin, verbesserte Budgetierungs- und Ressourcenallokationspraktiken. Die Frage der Finanzierungsgerechtigkeit wird zu wenig betont: wie ist zu vertreten, dass die „freiwilligen“ privaten Gesundheitsausgaben der Armen meist über 50% betragen und oft irrational verschwendet werden und in katastrophalen Fällen längst nicht ausreichen, während die über die Steuer erzwungenen Ausgaben ihnen nur in geringem Ausmaße zugute kommen.

Hintergrund der Reformbemühungen ist die Erkenntnis, dass staatliche Gesundheitsdienste in den armen Ländern meist eine nur geringe Leistungsfähigkeit aufweisen und dass auch der Markt versagt bei einer vernünftigen Rationierung nötiger Gesundheitsdienste. Hauptannahme hierbei ist allerdings,

dass es die Gesundheitsversorgung sei, die die Gesundheit der Armen und die Produktionsbedingungen der Gesundheit vorrangig verbessere.

### Gesundheitsförderung

Gesundheit ist nicht passiv nur Abwesenheit von Krankheit oder gutes körperliches, geistiges und soziales Wohlbefinden. Gesundheit ist gemäß einem aktiveren Selbstverständnis die Fähigkeit, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen und zu genießen. Diese Fähigkeit - oder gar Bereitschaft - hat drei wesentliche Komponenten:

- die körperliche Fähigkeit des Individuums, gern und gut zu leben und Krankheiten zu überleben,
- die geistige Fähigkeit und Bereitschaft zu einer informierten Selbsthilfe und einer vernünftigen Selbstverantwortung,
- die soziale Fähigkeit und Bereitschaft, gemeinsam mit Familien, Nachbarn und Gemeinden gesunde Lebens- und Umweltbedingungen (wieder)herzustellen.

Gesundheit in diesem Sinne wird ganz wesentlich von Menschen und Familien produziert (bzw. der Natur und Gesellschaft abgetrotzt) und viel weniger von Gesundheitseinrichtungen. Wissen über Prävention und Selbsthilfe sind entscheidende Fundamente der genannten menschlichen Fähigkeiten.

- Ein Großteil von Krankheiten lässt sich durch entsprechendes Verständnis und Wissen in Familien vermeiden mittels einer gesunden Lebensführung und der Beherrschung der direkten Umwelt – vor allem durch vernünftige Ernährung, Hygiene und gesunde Wohn- und Lebensverhältnisse. Beispielhafte Programme: Außerschulische und schulische „produktive“ Bildung über Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention, Promotion einer „richtigen oder rationalen“ Lebensführung und einer gesunden Subsistenzwirtschaft.
- Ein Großteil dennoch auftretender Erkrankungen (Durchfall- und akute Atemwegserkrankungen bestimmen in der armen Welt mehr als die Hälfte der Krankheitslast) lässt sich mit dem Wissen von Familienangehörigen und freiwilligen Gesundheitsarbeitern beherrschen; meistens sind es mehr als zwei Drittel der Krankheitsepisoden, die sich mit häuslichen Heilmitteln bzw. mit einer kleinen Hausapotheke vermindern, lindern oder beseitigen lassen. Beispielhafte Programme: Ausbildung von freiwilligen Gesundheits- und Sozialarbeitern über Wasser und die wesentlichsten Nahrungsmittel, Heilpflanzen und Medikamente, Maßnahmen mit Familien, Nachbarschaftsgruppen und Schulen für eine gesunde Umwelt, Familienplanung.
- Nachbarschaftshilfe oder Selbsthilfeorganisationen können diese Fähigkeiten unterstützen und in ihrer Wirkung vervielfachen. In allen Ländern gibt es hervorragendes lokales Gesundheitsmanagement in diesem Sinne, das zu finden, zu fördern und zu verbreiten ist. Beispielhafte Programme: Wettbewerbe über Selbsthilfe und gutes Management und Anreize für die Besten, ihre Weisheiten zu verbreiten und andere anzustecken mit ihren Impulsen und Ideen. [8]

Gesundheit und ihre individuelle, familiäre und soziale Herstellung und Erhaltung stehen im Mittelpunkt einer vernünftigen Gesundheitsstrategie in Entwicklungsländern, nicht so sehr Krankheit und ihre Reparatur. Schwerpunkt ist die Herstellung wesentlicher Produktionsfaktoren für Gesundheit und Überleben. Begeisterung hierfür im Sinne eines emotionalen Mitreißen und intellektuellen Stimulierens zum Zwecke einer sinnstiftenden und produktiven Tätigkeit für ein besseres und gesünderes Leben und Überleben – das ist es, was gute Gesundheitspolitik ausmacht.

Flankierende Aspekte dieser produktiven Gesundheitsstrategie sind die folgenden, eher kurativen und helfenden Maßnahmenbündel

- Krankheitshilfe als individuelle Nothilfe bei Leid, Krankheit und Tod – qualitativ hochwertiges und kosten-effizientes Gesundheitswesen im kurativen Sinne, das den Armen gerade bei katastrophalen Krankheitsfällen hilft, um nicht ganze Familien weiter verarmen zu lassen und ihre „unternehmerische“ Risikobereitschaft zu bremsen. [20]
- Katastrophenhilfe im Sinne gesellschaftlicher Nothilfe bei natürlich oder menschlich verursachten Katastrophen – temporäre Hilfe nach Erdbeben, Wirbelstürmen, Kriegen, etc.

- Sozialhilfe für die aus dem Weltwirtschaftsprozess entlassenen bzw. auf ihn wartenden Menschen und für die körperlich und seelisch derangierten Bevölkerungen – semipermanente Nothilfe im Sinne von Suppenküchen, Einkommenstransfers, etc.

### Aussichten

Die Globalisierung aller nationalen Wirtschaftsverläufe wird wohl zunächst mehr als die Hälfte der Weltbevölkerung aus ihren Arbeitszusammenhängen drängen und in eine neue Art von Not- und Subsistenzwirtschaft zurückversetzen. Diese Krise ist eine Chance für eine alternative Strategie einer neuen Weltwirtschafts- und -sozialordnung „von unten her“. Isolierte Gesundheits-, Bildungs-, Umwelt- oder „soziale“ Politiken und Projekte kann es nicht mehr geben. Gesundheitssysteme für die arme Welt sind nicht einfach simplere Kopien derer reicherer Länder – das wäre ein fundamentales Missverständnis. Reformen im Gesundheitswesen reichen nicht. Gesundheitspolitik reicht viel weiter, wenn sie die Produktionsbedingungen der Krankheit tangieren will.

Gesundheitspolitiken in der armen Welt müssen angesichts großer Knappheiten das Volk und seine Vertreter u.a. mit flächendeckenden Präventionskampagnen dazu bewegen können, Gesundheit in ihre eigene Hand zu nehmen und sie müssen ein soziales Netz spannen, damit die Armen und ihre Familien bei katastrophalen Krankheitsfällen nicht immer wieder in die Armutsfalle stürzen.
--

„Health in the hands of the people!“ braucht emanzipierte Gesundheitspolitiken und reformierte, qualitativ hochwertige, kostengünstige und korruptionsfreie Gesundheitsdienste und soziale Sicherungen als ihre Partner, z.B. um die Preise der fünf oder zehn wesentlichsten Arzneimittel drastisch zu drücken. Träger und Partner von Politiken und Projekten diesen Typs werden verantwortungsbewusste Teile nationaler und lokaler Staatsbürokratien sein sowie exzellente Nichtregierungsorganisationen und ihre weltweiten Helfer.

## Literatur

1. Bellamy C. The state of the world's children 2002. Leadership. New York: UNICEF; 2001
2. Brown LR. HIV epidemic restructuring Africa's population. In: Worldwatch Issue Alert 2000-10, October 31, 2000
3. Grant JP. The state of the world's children 1981-82. New York: UNICEF; 1981
4. Gwatkin DR. Health inequalities and the health of the poor. What do we know? What can we do? In: Bulletin of the World Health Organization 2000; 78 (1), 3-17\*
5. Murray C, Lopez A. (eds). The global burden of disease. Boston: Harvard University Press; 1996\*
6. Navarro V. Assessment of the world health report 2000. In: The Lancet 2000; 356, 1598-1601\*
7. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), Development Assistance Committee (DAC). DAC guidelines on poverty reduction. Paris: OECD; 2001
8. Schwefel D, Pons M. Winners show the way to good management in health care. In: World Health Forum 1994, 15, 4, 348-352
9. Sen AK. Health in development. In: Bulletin of the World Health Organization 1999; 77, 619-623
10. UNICEF. The progress of nations 2000. New York: UNICEF; 2000
11. United Nations Development Programme. Human development report 1997. New York: Oxford University Press; 1997
12. Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. In: New England J of Medicine 1979; 301, 967
13. World Bank. Health sector policy paper. Washington: IBRD; 1980
14. World Bank. Financing health services in developing countries: an agenda for reform. Washington: IBRD; 1987
15. World Bank. World development report: Investing in health. New York: Oxford University Press; 1993\*
16. World Bank. Health, nutrition and population sector strategy paper. Washington: IBRD); 1997
17. World Health Organization. Primary health care: Report of the international conference on primary health care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: WHO; 1978
18. World Health Organization. The world health report 1995: Bridging the gaps. Geneva: WHO; 1995
19. World Health Organization. The world health report 1999: Making a difference. Geneva: WHO; 1999
20. World Health Organization. The world health report 2000: Health systems: improving performance. Geneva: WHO; 2000\*
21. World Health Organization: Macroeconomics and health. Investing in health for economic development. Geneva: WHO; 2001

\* zur Vertiefung der Thematik empfohlene Literatur