Krankenkassen – unter angemessener Berücksichtigung des Datenschutzes nutzen können.

Die Union will ein Gesundheitssystem, das von Solidarität und Subsidiarität geprägt ist. Die Versorgung aller, nach dem allgemeinen Stand der Medizin, ungeachtet ihres Alters und ihrer finanziellen Leistungsfähigkeit, muss gesichert werden. Dennoch ist eine angemessene Beteiligung der Versicherten an den Kosten ihrer Gesundheitsversorgung notwendig, nicht nur zur Finanzierung des Systems, sondern auch, um den Wert des Gutes „Gesundheit“ wieder verstärkt bewusst zu machen. Dabei muss die individuelle Belastbarkeit berücksichtigt werden, was mit der Härtefallregelung gewährleistet werden soll.

Wir wollen menschliche Zuwendung statt Bürokratie, ein System, in dem es weniger Budgetierung und dirigistische Einflüsse gibt. Nicht Kontrolle und Gängelung, sondern Anreize und Wettbewerb sorgen für Effizienz im System. Für die mündigen Patienten, als die wir die Menschen sehen, wollen wir freie Arztwahl statt Staatsmedizin, Therapiefreiheit statt Listenmedizin und Wettbewerb statt Einheitsversorgung.

Anmerkung

¹ Erhard, Ludwig: Wohlstand für alle. 1957.

Gesundheitspolitische Aspekte der österreichischen Außen- und Entwicklungspolitik

Senta Wessely-Steiner

Die folgenden Beispiele gesundheitspolitischer Aspekte der österreichischen Außen- und Entwicklungshilfepolitik beschränken sich auf einige Ereignisse der letzten 12 Monate, an denen sich dennoch die Diversität in Bezug auf Themen und Zusammenarbeit auf verschiedenen Ebenen – bilateral, in kleiner Gruppe und global – aufzeigen lässt. Die Mitarbeit in internationalen Organisationen sowie auf EU-Ebene wird bewusst ausgelassen.

Außenpolitik

Im Bereich der Außenpolitik – hier sind derzeit 35 bilaterale Verträge mit anderen Staaten oder internationalen Organisationen *ausschließlich* zum Thema Gesundheit in Kraft – seien folgende Bereiche erwähnt:

- Netzwerk menschliche Sicherheit (Human Security Network),
- Irak,
- Radioaktive Quellen bzw. Materialien,
- „Jahr des Wassers“.

Österreich hatte bis Mai 2003 im *Netzwerk menschlicher Sicherheit*, dessen politisches Konzept von „menschlicher Sicherheit“ auf das Individuum und sein Leben in Sicher-

heit und Menschenwürde gerichtet ist, den Vorsitz. In dieser Funktion hat sich die Bundesministerin Ferrero-Waldner neben der Universalisierung der Anti-Personenminen-Konvention intensiv für Verpflichtungen zum Schutz von Kindern in bewaffneten Konflikten eingesetzt. Als Beispiel seien hierzu die wiederholten Entführungen zahlreicher Buben und Mädchen im Norden Ugandas erwähnt, die offensichtlich von der Lord's Resistance Army für den Einsatz in Kämpfen oder als Sexsklaven festgehalten werden. Hier ist das Netzwerk neben politischen Lösungsversuchen um die Rückkehr, Wiedereingliederung und die medizinische und psychologische Betreuung von Kindern Mitgliedern der Lord's Resistance Army sowie von entführten Kindern und Kriegsopfern unter den Kindern bemüht.

Irak: Gemeinsam von Österreich und Jordanien wurde in der Nähe Bagdads ein Kinderbetreuungszentrum eröffnet, in dem kriegstraumatisierten Kindern professionelle psychologische Unterstützung und Hilfe gewährt wird. Das Konzept basiert auf der Expertise eines slowenischen psychosozialen Zentrums, das auf den Erfahrungen der Balkankriege aufbauen konnte.

Im Mai 2003 hat die österreichische Außenministerin gemeinsam mit der Bundesministerin für Gesundheit elf schwerstverletzte irakische Kinder nach Österreich geflogen, um dort behandelt zu werden, was nur nach vorhergehenden Telefonaten bzw. Gesprächen mit UN-Generalsekretär Kofi Annan, dem Secretary of State Colin Powell, dem US-Zivilverwalter Bremer sowie der Unterstützung der USA beim Transport der verwundeten Kinder möglich war. Es ist Österreich als einzigem Land geglückt, zumindest einige wenige verletzte Kinder aus dem Irak auszufliegen und ihnen die erforderliche medizinische und psychologische Behandlung zuteil werden zu lassen. Die Grenzen eines derartigen Projektes sind leicht erkennbar: Verfügbarkeit entsprechender Kapazitäten im eigenen Land, interna-

tionale Verbindungen, persönliche Kontakte und vor allem hoher persönlicher Einsatz der betroffenen Regierungsmitglieder.

Ein Spitalsprojekt im Irak wird derzeit geprüft, ein weiteres Spitalsprojekt in Rumänien konnte im Mai 2003 vollendet und seiner Bestimmung übergeben werden. In Belgrad erhalten Frauen, die Opfer von Menschenhandel geworden sind, im Frauenhaus SHELTER Zuflucht und vor allem medizinische und psychologische Behandlung.

Radioaktive Quellen bzw. Materialien: Außenpolitik muss aber auch um die Gesundheit der eigenen Bevölkerung besorgt sein; in diesem Zusammenhang sind die Bemühungen um einen störungsfreien Betrieb grenznaher Kernkraftwerke zu sehen. Daneben ist permanente Unterstützung bei der Kontrolle radioaktiver Materialien erforderlich, um sie vor Terrorakten, Diebstahl oder falschem Umgang zu schützen.

2003 – Jahr des Wassers: Sauberes Wasser, vor allem Trinkwasser ist eine der Grundvoraussetzungen für Gesundheit und bessere Lebensbedingungen der Armen. Laut Weltentwicklungsbericht der UNO haben 1,2 Milliarden Menschen keinen Zugang zu sauberem Trinkwasser, doppelt so vielen Menschen stehen keine Sanitäranlagen zur Verfügung. Um auf die Bedeutung des Wassers aufmerksam zu machen, hat die UNO 2003 zum Internationalen Jahr des Wassers ausgerufen. Da im Jahre 2025 jedem Menschen nur mehr die Hälfte der heutigen Wassermenge zur Verfügung stehen wird, wird Wasser als wichtiger Grund für Konflikte im 21. Jahrhundert gesehen. Um den Teufelskreis zwischen Wassermangel, Krankheit und Armut zu durchbrechen, hat die österreichische Entwicklungszusammenarbeit schon seit Jahren den Ausbau der Wasserversorgung und der Sanitäreinrichtung in Partnerländern forciert: In Kenia arbeiten Österreicher mit der dortigen „Kenya Water for Health Organization“ an Wasserprojek-

ten, in Uganda werden umfassende Wasserversorgungssysteme in zahlreichen Kleinstädten errichtet; in Palästina wird eine Meerwasser-Entsalzungsanlage, in Cap Verde werden Gemeindewasserversorgungen und ländliche Wassergenossenschaften unterstützt. Zur Vermeidung von Krankheiten aufgrund von Wasserverschmutzungen müssen Abwässer und Fäkalien entsprechend entsorgt werden, wobei Österreich innovative Lösungen durch ökologische Sanitärkonzepte, z. B. den Einsatz von Trockentoiletten entwickelt hat.

Entwicklungspolitik

Zur Optimierung der verfügbaren Ressourcen konzentrierte sich die Entwicklungspolitik Österreichs auf fünf Schlüsselregionen sowie Schwerpunktsektoren: nachhaltige wirtschaftliche Entwicklung, Armutsbekämpfung, Förderung von Demokratie, Konfliktprevention und Friedenssicherung, Gleichstellung der Geschlechter sowie Umweltschutz. Zahlreiche Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation werden in Programme anderer Sektoren, vor allem die Armutsbekämpfung, eingebunden. Projekte der Gesundheitsförderung laufen derzeit in Äthiopien, Tansania, Nicaragua und Palästina. Dabei spielt die Basisgesundheitsversorgung und die Betreuung von besonders benachteiligten Bevölkerungsgruppen – Frauen und Kindern – eine große Rolle, wobei ein ganzheitlicher Ansatz unter Berücksichtigung wirtschaftlicher, sozialer und kultureller Aspekte verfolgt wird. Konkrete Einsatzgebiete sind außerdem die reproduktive Gesundheit sowie Familienplanung, Aufklärung, Verhalten bei epidemischen Krankheiten, HIV/Aids, Tuberkulose u. a.m.

Armutsorientierte Entwicklungszusammenarbeit ist aus volkswirtschaftlichen Aspekten aber vor allem auch

aus humanitären und moralischen Gesichtspunkten notwendig. Sie dient der Vermeidung von extremen Einkommensungleichheiten, von sozialer Marginalisierung, aber vor allem auch der Prävention von bewaffneten Konflikten und der Vermeidung unkontrollierter Flüchtlingsbewegungen. So haben sich z. B. langjährige ethnische Konflikte im Osten Ugandas verheerend auf die Gesundheitsversorgung der Lokalbevölkerung ausgewirkt. Die medizinische Betreuung eines Indianerstammes vor und während des Minenräumungsprozesses in Nicaragua geht gleichfalls auf den Bürgerkrieg der Achtzigerjahre zurück. Im Norden Nicaraguas wiederum wird das einheimische Gesundheitspersonal zur Übernahme der notwendigen Verwaltungs- und Managementaufgaben unter Wahrung der ethnisch-kulturellen Eigenheiten der Bevölkerung geschult. In Burkina Faso wird die nachhaltige Machbarkeit für die Nutzung von traditionell verwendeten Heilpflanzen im Hinblick auf wirtschaftliche und soziale Bedingungen geprüft; wodurch einerseits ein Beitrag zur Medikamentenerzeugung geleistet, andererseits durch den Anbau von Heilpflanzen neue Einnahmequellen für die Landbevölkerung erschlossen werden. Auch im Senegal werden Alternativen der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung im Sinne der Kosten, der Wirksamkeit und der soziokulturellen Akzeptanz aufgezeigt, wobei gleichfalls ein Schwerpunkt bei der Komponente Heilpflanze liegt.

In Palästina wird ein basismedizinisches Zentrum für chronisch Kranke errichtet, wodurch zur Verbesserung der allgemeinen medizinischen Versorgung, zur Senkung der Sterberate und zur Vermeidung unnötiger volkswirtschaftlicher Kosten durch schrittweise Umorientierung der nationalen Gesundheitspolitik in Richtung Vorsorgemedizin beigetragen werden soll.

Anhand des Gesundheitsprogramms in Äthiopien, das seit 1998 durchgeführt wird, sollen die „Grenzen“ auf-

gezeigt werden, die derartigen Entwicklungshilfeprogrammen gesetzt sind:

In Äthiopien, einem Schwerpunktland der bilateralen Entwicklungszusammenarbeit, nimmt der Sektor Gesundheit einen hohen Stellenwert in den von der äthiopischen Regierung festgelegten Entwicklungsprioritäten ein. Österreich führt drei verschiedene Projekte in der Region Somali durch, eine traditionell äthiopische Peripherie mit infrastrukturellen und politischen Schwächen, wo die Gesundheitsindikatoren aufgrund der Randlage, der Unterversorgung und kultureller Tabus noch *unter* dem bekanntermaßen äußerst prekären nationalen äthiopischen Durchschnitt liegt.

Die verschiedenen Projektbereiche umfassen die Basisgesundheitsversorgung, vor allem die Vorbeugung gegen Aids, die Reduzierung der Sterberate aufgrund von Tuberkulose, eine der Haupttodesursachen in Äthiopien, das Eindämmen der Krankheitsübertragung sowie die Prävention von Arzneimittelresistenz. Des Weiteren soll die Kapazität gestärkt werden sowie eine bessere Verteilung der Gesundheitsinstitutionen in der Region durch einen Klinikausbau und den Einsatz mobiler Gesundheitsteams erreicht werden. Hinzu kommen die Unterstützung komplementärer Initiativen zum staatlichen Gesundheitssystem durch Bildung von Gesundheitskomitees in den Dörfern, die Stärkung der Notfallvorsorge mit Einrichtungsgegenständen und Medikamenten, die Verbesserung des Wissensstandes über angepasste Gesundheitsfürsorge für Nomaden sowie die Anleitung zur Verhaltensänderung im Bereich von gesundheitsschädlichen traditionellen Praktiken und die Einbindung der lokalen Bevölkerung in alle Phasen des Gesundheitswesens. Weitere Projekte umfassen Impfungen, die Betreuung schwangerer Frauen und Kleinkinder, Aufklärung über Hygiene, HIV sowie über die Folgen der weiblichen Geschlechtsverstümmelungen.

Dieses Programmziel wird durch objektiv verifizierbare Indikatoren sowie regionale bzw. interventionsbezogene soziale und medizinische Indikatoren überprüft.

Wo liegen nun die Grenzen dieses Gesundheitsprogramms, das als außerordentlich erfolgreich bezeichnet werden kann?

- Ein generelles Problem in Afrika ist die hohe Quote von 80 Prozent an Ärzten bzw. im Gesundheitsbereich ausgebildeten Menschen, die ins Ausland abwandern.
- Daraus ergibt sich ein Mangel an Absorptionskapazität im staatlichen Gesundheitssystem, da nicht genügend Fachpersonal zur Umsetzung der Programme vorhanden ist. Zusätzlich kommt erschwerend die mit 26 Prozent bei weitem niedrigste Rate an *Grundschulbildung* der Bevölkerung hinzu.
- Dieser Mangel an Fachpersonal bzw. die oft ungenügende Ausbildung schafft bürokratische Hürden: Da das von Österreich finanzierte Somali Health Bureau oft nicht in der Lage ist, die entsprechenden, für den Fortgang des Projektes erforderlichen Berichte innerhalb der vorgeschriebenen Zeiträume zu verfassen, verzögert sich die Auszahlung der Tranchen und deren Umsetzung unnötigerweise.
- Daher wird – entgegen dem Grundsatz der Entwicklungszusammenarbeit, vorrangig mit staatlichen Stellen zusammenzuarbeiten, um so die spätere Fortführung der Projekte zu gewährleisten – vermehrt die Kooperation mit NGOs gesucht, um die Schwäche der staatlichen Struktur zu kompensieren.
- Diese trotz größter Anstrengungen Äthiopiens immer noch beschränkte institutionelle Kapazität wird durch die Schwerfälligkeit der Bürokratie, die immer noch von Männern dominiert wird und ihre Rolle mehr in der Kontrolle als in der Förderung sieht, zusätzlich beeinträchtigt. Der Privatisierungs- und Liberalisierungsprozess ist

- langsam, die legalen und institutionellen Rahmenbedingungen schwach, die Inflation nicht im Griff.
- Dazu kommen weitere sozioökonomische Komponenten eines Entwicklungslandes:
 - Bruttonationalprodukt ca. 100 Dollar pro Kopf,
 - mangelnde Nahrungsmittelsicherheit durch periodisch wiederkehrende Trockenheit,
 - beschränkter Zugang der Bevölkerung zu sauberem Trinkwasser (nur 25 Prozent),
 - sowie zu sanitären Einrichtungen (19 Prozent),
 - unzureichende infrastrukturelle Einrichtungen zum Teil aufgrund des jahrelangen Bürgerkrieges und Konfliktes mit Eritrea,
 - niedrigste Straßendichte, so dass lediglich 35 bis 45 Prozent der Bevölkerung Zugang zu Gesundheitseinrichtungen haben (Patienten müssen oft 7 bis 8 Stunden zur nächsten Gesundheitseinrichtung getragen werden, was oft zu vermeidbaren Komplikationen oder auch Tod führt),
 - kulturelle Hemmnisse wie z. B. die Tatsache, dass äthiopische Mütter nicht gewohnt sind ihren Kindern die Augen zu waschen.
 - 70 Prozent der Bewohner der Region Somali sind *Nomaden*, die in das Gesundheitssystem integriert werden müssen bzw. eine Anpassung des Gesundheitssystems an das nomadische Leben erforderlich machen. Der österreichische Ansatz liegt hier vermehrt in der Arbeit mit traditionellen Gesundheitssystemen, was bei den äthiopischen Regierungsinstitutionen, die in der klassischen Medizin ausgebildet und daher oft traditionelle Methoden belächeln, nicht immer auf Verständnis stößt. Gesundheitspolitik wird in diesem Falle auch zu einer politischen Kontrolle der Bevölkerung und zur Durchsetzung einer strikten Ansiedlungspolitik verwendet.

- Die *Infibulation* wird in der Region Somali fast flächendeckend praktiziert. Die Aufklärungsarbeit – eben wurde ein Videofilm dafür fertiggestellt – stößt hier auf kulturelle Grenzen, die mit einem weit verbreiteten falschen religiösen Verständnis verbunden sind. Obwohl diese Ansicht mittlerweile auch von vielen religiösen Führern in Äthiopien geteilt wird, kann in der Praxis ein nicht beschnittenes Mädchen nicht verheiratet werden. Da Männer nur beschnittene Mädchen als „rein“ betrachten, wird diese Tradition aufgrund der wirtschaftlichen Machtposition der Männer fortgeführt.
- Diese kulturelle Grenze führt auch zu Konfliktsituationen in der Entwicklungspolitik: So wurde an Österreich die Bitte herangetragen, die gynäkologische Abteilung der Stadt Gode auszubauen, um dort die Beschneidungen sicherer durchführen zu können. Da damit Beschneidungen sogar unterstützt würden, wird sich Österreich an diesem Projekt nicht beteiligen.

Allen Projekten – sei es Irak, Afghanistan, Äthiopien, Palästina oder wo auch immer – liegt das Konzept zugrunde, durch gezielte Maßnahmen die Übernahme dieser Einrichtungen in die *staatlichen* und regionalen Strukturen des jeweiligen Landes zu erwirken, um die eigenständige Fortführung nach einer gewissen Zeit zu gewährleisten. Hier gibt es vor allem aufgrund kriegerischer Ereignisse – man denke an die Intifada, an Bürgerkriege oder Stammesfehden – Rückschläge, so dass immer wieder nichtstaatliche Organisationen die Hauptlast tragen müssen. Negative Auswirkungen ergeben sich, neben kulturellen Hemmnissen, auch aus der Entwicklung des Welthandels, wie jüngst das Scheitern der Ministerkonferenz in Cancún. Hier müssen die intensiven Bemühungen um faire und annehmbare Handelsregeln, die die Wirtschaft der ärmsten Länder stärken könnten sowie die Liberalisierung von Dienstleistun-

gen, zu denen auch die Gesundheitsversorgung zählt, fortgesetzt werden. Billige, wirksame und dringend benötigte Medikamente müssten erhältlich sein, und nicht Medikamente, die, weil unverkäuflich, vom europäischen Markt abgezogen wurden. Die Liste der „Grenzen“, an die man stößt, ist lang und vielseitig. Ich glaube aber, dass die Liste der erzielten Erfolge, egal wie groß, wichtiger ist.

Chancen und Risiken einer Reformierung des Gesundheitswesens

Jörg-Dietrich Hoppe

Gesundheit ist, wie Umfragen immer wieder ergeben, das „höchste“ Gut aus der Sicht der Bevölkerung. Gemeint ist hier nicht die WHO-Definition von 1946, nach der Gesundheit „ein Zustand völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen“ ist. Als Gesundheit wird in unseren Tagen auch akzeptiert, mit dem einen oder anderen Defizit („in oder mit Krankheit gesund“) leben zu können, wobei man unterstellt, dass dieses Defizit mit Hilfe der Medizin bewältigt werden kann.

Die Sozialwissenschaft sagt, Gesundheit sei ein konditionales Gut, die Volkswirtschaftler sprechen von der Gesundheit als einem superioren Gut, manche Philosophen, wie der Kieler Philosoph Wolfgang Kersting, sprechen sogar von der Gesundheit als einem transzendentalen Gut.

Die Prinzipien unseres Gesundheitswesens, zumindest soweit es die gesetzliche Krankenversicherung betrifft, beruhen seit den Bismarckschen Sozialgesetzen

1. auf dem Prinzip der beitragsfinanzierten Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse mit einer Beitragserrhebung nach finanzieller Leistungsfähigkeit und einem umfassenden Leistungsversprechen im Krankheitsfall, auch für Mitversicherte und Nicht-Selbsterwerbstätige,
2. grundsätzlich auf dem Prinzip des Sachleistungssystems, bei dem die Finanztransfers für Patienten und ihre Betreuer relativ intransparent bleiben,