



Fokus: Gesundheit in der OEZA

„Die Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist alles nichts.“

Arthur Schopenhauer

"Die Millenniums-Entwicklungsziele, allen voran die Beseitigung von extremer Armut und Hunger, sind nicht zu erreichen, wenn Fragen der Bevölkerung und reproduktiven Gesundheit nicht gezielt angegangen werden. Und das heißt verstärkte Anstrengungen zur Förderung von Frauenrechten und höhere Investitionen in Bildung und Gesundheit einschließlich reproduktiver Gesundheit und Familienplanung."

Kofi A. Annan

Globale Gesundheit in Zahlen

Pro Jahr geraten weltweit 100 Millionen Menschen in absolute Armut, weil sie die Kosten für ihre Gesundheitsversorgung selbst tragen müssen. Nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) leiden 44 Millionen Haushalte unter massiven finanziellen Belastungen, da sie mehr als 40 Prozent ihrer Mittel für medizinische Versorgung ausgeben müssen. Ein Fünftel der Menschheit hat keinen Zugang zu Basisgesundheitsversorgung. Der Hälfte der Weltbevölkerung fehlt es an oft überlebensnotwendigen Medikamenten, und mehr als eine Milliarde Menschen hat keinen Zugang zu sauberem Wasser. 123 Millionen Frauen haben unzureichenden Zugang zu Familienplanung. Jedes Jahr kommt es zu 80 Millionen ungewollten Schwangerschaften und 46 Millionen Schwangerschaftsabbrüchen, davon 20 Millionen unter unsicheren Bedingungen. Jährlich sterben rund 600.000 Frauen an Geburtskomplikationen. Von den 6,6 Milliarden derzeit auf der Welt lebenden Menschen sind ca. 33,2 Millionen bzw. 0,5 Prozent mit dem HI-Virus infiziert. Jährlich infizieren sich 2,7 Millionen Menschen neu, das sind 6.800 Neuinfektionen pro Tag, etwa ein Fünftel der Betroffenen sind Kinder unter 15 Jahren. 2007 starben 2,1 Millionen Menschen an AIDS, 76 Prozent davon in Ländern Afrikas südlich der Sahara. Pro Tag sterben mehr als 5.700 Menschen an der Immunschwäche. AIDS ist damit die gravierendste Infektionskrankheit weltweit (vgl. UNAIDS Bericht 2007). Zwei Drittel der Neuinfektionen in Sub-Sahara-Afrika betreffen derzeit 15- bis 19-jährige Mädchen. Insgesamt sind ca. 60 Prozent der HIV-infizierten Menschen in Sub-Sahara-Afrika weiblich. In den meisten Ländern ist die Neuinfektionsrate bei Mädchen fünf bis sechs Mal höher als bei Jungen.¹

Die internationale Staatengemeinschaft hat sich im Rahmen der Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) dazu bekannt, die Kindersterblichkeit zu senken, die Gesundheit von Müttern zu verbessern und HIV/AIDS, Malaria und andere Krankheiten zu bekämpfen. Sollten diese Anstrengungen nicht mit erheblich mehr Nachdruck verfolgt werden, können diese Ziele nicht erreicht werden.

¹ Nähere Informationen zum Thema siehe Fokus: HIV/AIDS in der OEZA, www.entwicklung.at.

Der Gesundheitsbegriff im Wandel der Zeit

„Gesundheit ist ein Zustand vollständigen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Beschwerden und Krankheit“ (WHO). Mit dieser Definition versucht die WHO schon seit mehr als 50 Jahren (1946), ein positiv und ganzheitlich orientiertes Gesundheitsverständnis in der Politik, Fachwelt und Bevölkerung zu verbreiten. Weiterentwickelt wurde die Definition durch das Konzept „Primary Health Care / PHC“ (Basisgesundheitsversorgung), das 1978 auf der Weltgesundheitskonferenz in Alma Ata von mehr als 140 Ländern unterzeichnet wurde. Mit der Erklärung von Ottawa 1986 kam durch das Konzept der Gesundheitsförderung eine weitere Dimension hinzu. „Gesundheit wird als Ressource für das tägliche Leben, nicht als Ziel des Lebens gesehen, als positives Konzept, das soziale und persönliche wie auch körperliche Fähigkeiten einschließt“ (Ottawa Charter, WHO 1986). Gesundheitsförderung ist demnach ein Prozess, der Menschen in die Lage versetzt, ihre Gesundheit aktiv zu verbessern. Ziel ist der Zustand vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens, „der dadurch erreicht werden soll, dass Individuen und Gruppen dabei unterstützt werden, die eigenen Wünsche wahrzunehmen und zu realisieren, ihre Bedürfnisse zu befriedigen sowie die Rahmenbedingungen zu verändern oder sich an diese anzupassen.“

Gesundheit wird von folgenden Komponenten direkt oder indirekt maßgebend beeinflusst: ausreichende Ernährung, ausreichendes Grundeinkommen, Bildung, intakte Umwelt, gesundheitsförderndes Umfeld, Frieden, soziale Gerechtigkeit und Gleichberechtigung, Wissen über gesundheitsbewusste Lebens- und Verhaltensweisen. Diese Faktoren können je nach kulturellem und sozialem Kontext sowie individuellem Empfinden unterschiedlich ausgeprägt sein.

Der Gesundheitsbegriff – auch im Sinne der WHO – umfasst nicht nur körperliches, sondern auch seelisches Wohlbefinden. Die WHO definiert psychische Gesundheit wie folgt: „Mental health can be conceptualized as a state of well-being in which the individual realizes his or her own abilities, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to his or her community“ (WHO, 2007). Gesundheit ist ein Zustand objektiven und subjektiven Befindens, der dann gegeben ist, wenn sich eine Person in Einklang mit den körperlichen, seelischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung, den eigenen Möglichkeiten, Zielen und äußeren Lebensbedingungen befindet.

Die sozialen, wirtschaftlichen, ökologischen und kulturellen Lebensbedingungen bilden jedenfalls den Rahmen für Gesundheit. Ein nachhaltiges Gesundheitskonzept kann also nicht auf den Gesundheitssektor allein beschränkt werden, sondern sollte die ökonomischen, ökologischen und sozialen Wechselbeziehungen berücksichtigen.

Gesundheit als Schlüsselfaktor für Entwicklung

Gesundheit ist beides, sowohl Bedingung als auch Ziel nachhaltiger Entwicklung. Freie und gerecht zugängliche Gesundheitsversorgung ist unabdingbare Voraussetzung für ein menschenwürdiges Leben und die Überwindung von Armut. Nur so kann die nachhaltige soziale und wirtschaftliche Entwicklung von Individuen, Gesellschaften und Ländern gewährleistet werden. Gesundheit ist sowohl Menschenrecht als auch wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme jedes/r Einzelnen am Entwicklungsprozess eines Landes. Gesundheitsförderung und die Sicherstellung des Zugangs zu Gesundheitsversorgung werden heute in der Entwicklungszusammenarbeit als grundlegende Bestandteile jeder Strategie zur Sicherung der Grundbedürfnisse und als wesentliche Elemente von Armutsminderung eingestuft.

Die wirtschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte haben den Gesundheitszustand der Menschen in vielen Teilen der Welt verbessert. Allerdings hat sich aber auch gezeigt, dass sowohl ein steigendes Bruttoinlandsprodukt als auch steigendes individuelles Einkommen und Wirtschaftswachstum nur bedingt zur Verbesserung des Gesundheitszustandes beitragen. Gesundheit und gesundheitsförderndes Verhalten hängen von den sozioökonomischen Ressourcen und von den persönlichen Kompetenzen bzw. vom individuellen Verhalten ab.

Die Überwindung von Hunger und Krankheit kann nur dann nachhaltig vorangetrieben werden, wenn die Betroffenen bei der Entfaltung ihrer Fähigkeiten unterstützt werden. Gesundheitsförderung braucht ganzheitliche, auf gegenseitigem Respekt und ethischen Grundsätzen basierende partnerschaftliche Ansätze, die von den Menschen selbst ausgehen und sich somit nach deren Bedürfnissen richten.

Gesundheit als Gesundheitsförderung verstanden kann nicht „verordnet“, sondern nur mit den Menschen selbst und von diesen verwirklicht und umgesetzt werden.

Ziel jeglichen Engagements im Gesundheitsbereich ist, arme Bevölkerungsgruppen in die Lage zu versetzen, ihre persönlichen Fähigkeiten und Ressourcen möglichst effizient sowohl zur Prävention als auch zur Selbsthilfe einzusetzen. Dafür müssen die wirtschaftlichen Möglichkeiten verbessert und die Beteiligung der Gesellschaft an Entscheidungsprozessen gestärkt werden. Erleichterter Zugang zu Versorgungsstrukturen, ein speziell auf die Bedürfnisse der Armen ausgerichtetes Dienstleistungsangebot und tragfähige wie auch finanzierbare Konzepte von Gesundheitsfinanzierung sind erforderlich, um soziale Sicherheit zu gewährleisten.

Die immer größer werdende Kluft zwischen dem Gesundheitszustand ärmerer und wohlhabenderer Bevölkerungsgruppen birgt erhebliches gesellschaftliches Konfliktpotenzial. Gesundheitsförderung mit Fokus auf die Ärmsten kann daher auch als Komponente von Krisenprävention gesehen werden.

Der Teilbereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit hat unter anderem aufgrund seines Einflusses auf das Bevölkerungswachstum zentrale Bedeutung für die Entwicklung eines Landes. Die Verlangsamung des Bevölkerungswachstums stellt eine für Armutsminderung wichtige Komponente dar. Auf der Internationalen Konferenz über Bevölkerung und Entwicklung 1994 in Kairo wurde die enge Verbindung zwischen Entwicklung, Empowerment und reproduktiver Gesundheit anerkannt.

Die WHO weist ausdrücklich darauf hin, dass Interventionen im Gesundheitsbereich (vgl. Commission on Macroeconomics and Health / CMH) einen hohen volkswirtschaftlichen Gewinn darstellen. Maßnahmen im Gesundheitsbereich haben auf effiziente Armutsminderung und die Bekämpfung der häufigsten Todesursachen wesentlichen Einfluss. Die Kooperation zwischen Staaten, Nichtregierungsorganisationen (NRO) und Industrie zur Verbesserung des Zugangs zu essentiellen Medikamenten, Investitionen in reproduktive Gesundheit und die Erhöhung der Gesundheitsausgaben sind laut WHO Grundvoraussetzungen für jede wirtschaftliche Entwicklung.

Gesundheit und Millenniums-Entwicklungsziele

Die Millenniums-Entwicklungsziele (MDGs) 4 bis 6 (Senkung der Kindersterblichkeit, Verbesserung der Müttergesundheit, Bekämpfung von HIV/AIDS, Malaria und anderen Krankheiten) beziehen sich direkt auf den Gesundheitsbereich. Ziel 3 (Stärkung der Rolle der Frauen) umfasst auch Initiativen zur Verbesserung der sexuellen und reproduktiven Gesundheit. Die Fokussierung von Gesundheitsprojekten auf benachteiligte Bevölkerungsgruppen trägt zu Armutsminderung (MDG1) bei.

Die Mütter- und Kindersterblichkeit hat in den vergangenen Jahren in einigen Ländern wieder zugenommen. Die Lebenserwartung ist in verschiedenen Ländern zurückgegangen. Die Ernährungsproblematik spitzt sich gerade in letzter Zeit wieder zu, sodass zur Erreichung jener MDGs, die mit Gesundheit in Verbindung stehen ein sehr hoher Handlungsbedarf besteht. Im November 2007 startete die „Global Campaign for the Health MDGs“. Grund dafür war der starke Nachholbedarf und die Einsicht, dass die Ziele nicht erreicht werden können, sollte die internationale Gemeinschaft ihre Bemühungen nicht massiv verstärken.

Herausforderungen

Good Governance

Good Governance ist ein zentrales Thema der Entwicklungszusammenarbeit. In von Willkür und Korruption geprägten Staaten bleiben insbesondere die Belange armer Bevölkerungsgruppen auf der Strecke. Wo das Volk nicht mitbestimmen kann und die Regierenden ihre Macht missbrauchen, mangelt es an sozialen Grundleistungen des Staates. Weder Strom- und Wasserversorgung, noch Bildungsangebote oder Gesundheitsversorgung reichen aus bzw. sind effizient. Dies geht auf Kosten der Menschen. Mangelnder politischer Wille ist oftmals ein wesentliches Hindernis für die Effizienz von Maßnahmen im Gesundheitsbereich.

Aufgabe der Regierungen ist es, dafür zu sorgen, dass Gesundheitsversorgung für ihre BürgerInnen in angemessener Qualität sichergestellt wird. Die Aufgabe von Entwicklungszusammenarbeit und NRO besteht darin, Regierungen in der Durchführung ihrer Gesundheitsprogramme zu unterstützen. Alle Aktivitäten müssen mit den jeweiligen staatlichen Programmen abgestimmt werden. Auch wenn die finanziellen Ressourcen nicht ausreichen, um ein für die gesamte Bevölkerung zugängliches Basisgesundheitswesen zu etablieren, ist jede Regierung aufgefordert, die entsprechenden Rahmenbedingungen (z. B. Masterplan) zu schaffen.

Good Governance sollte nicht im alleinigen Zuständigkeitsbereich einzelner Nationalstaaten liegen. Veränderte globale Rahmenbedingungen sowie unzureichende Abstimmung zwischen der ständig steigenden Zahl an Gebern und Institutionen haben in den letzten Dekaden die Wirksamkeit der Interventionen geschmälert. Die Errichtung eines Gesundheitswesens, das der gesamten Bevölkerung die notwendigen Leistungen zur Verfügung stellt, ist nur durch innovative, demokratische und transparente Koordinationsmechanismen zwischen den einzelnen Akteuren – Staat und zivilgesellschaftlichen Organisationen auf der einen und den verschiedenen zumeist ausländischen, staatlichen und privaten Gebern, internationalen Organisation und Fonds auf der anderen Seite – möglich.

Finanzierungsprobleme und ineffiziente bzw. ungleiche Ressourcenverteilung

Das Budget öffentlicher Gesundheitseinrichtungen ist meist unzureichend. Obwohl sich beispielsweise afrikanische Regierungen verpflichtet haben, 15 Prozent ihres Budgets in den Gesundheitssektor zu investieren, wurde dieses Ziel bisher nur in wenigen Ländern verwirklicht. In Entwicklungsländern muss der Großteil der Gesundheitsversorgung von den Menschen selbst bezahlt werden. Außerdem werden Mittel für Gesundheitsversorgung hauptsächlich in urbane Strukturen investiert.

Mangel an Arbeitskräften im Gesundheitssektor

Weltweit wird laut Schätzungen bis 2015 das Defizit an geschulten Gesundheitskräften 4 Millionen betragen. In vielen wenig entwickelten Ländern gibt es weniger als eine/n GesundheitsarbeiterIn pro 1.000 Menschen. Zudem sind diese meist im urbanen Raum oder im privaten Sektor tätig. Vor allem in Afrika wird dieses Problem durch hohe Sterberaten infolge von HIV/AIDS und die Abwanderung von Fachkräften weiter verstärkt.

Mangelnde Entscheidungs- und Handlungskompetenzen

Mangelnde Aufklärung und Wissen sowie unzureichende Entscheidungs- und Handlungskompetenzen von Frauen bezüglich reproduktiver Rechte gehören zu den Hauptursachen für die hohe Zahl an unerwünschten Schwangerschaften und Schwangerschaftsabbrüchen. Darüber hinaus kann in vielen Ländern die Nachfrage nach Familienplanungsdiensten bei weitem nicht abgedeckt werden. Vor allem fehlt es an Verhütungsmitteln. Dabei handelt sich nicht nur um ein Mengen-, sondern insbesondere um ein Verteilungsproblem.

Katastrophen – „Emergency Response“

Bei schwereren Katastrophen können die Strukturen der Basisgesundheitsversorgung eines Landes teilweise oder völlig zerstört werden. Der Wiederaufbau bzw. die Revitalisierung des Gesundheitswesens haben in der ersten Nothilfephase, in der es um das Überleben der Betroffenen geht, keine Priorität. Die mittel- bis langfristigen Folgen solcher Ereignisse sind häufig schwerer als die Katastrophe selbst (z. B. bei Überflutungen.) Die Unterstützung beim Aufbau von Basisgesundheitsprogrammen kann im Rahmen von Wiederaufbauhilfe erfolgen.

Gesundheit in der Österreichische Entwicklungszusammenarbeit

Obwohl Gesundheit kein Schwerpunktsektor der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit ist, unterstützt diese vor allem aufgrund historischer Entwicklungen und/oder aus humanitären Gründen – etwa infolge von politischen Auseinandersetzungen oder Katastrophen in Äthiopien, Nicaragua und den Palästinensischen Gebieten – umfangreiche Gesundheitsprojekte und -programme. Darüber hinaus führen österreichische NRO als Teil ihrer Rahmenprogramme Projekte im Gesundheitsbereich durch.

Mehr als 25 Jahre Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitssektor haben gezeigt, dass mit der Strategie, Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care / PHC) zu unterstützen, nachhaltige Erfolge erzielt werden können. Wichtige Komponenten waren unter anderem die Förderung von Hygiene, Bildung, des Zuganges zu Basisgesundheitsseinrichtungen und Informationsarbeit. Auch weiterhin geht es bei allen österreichischen Maßnahmen darum, den Aufbau einer langfristigen, tragfähigen und von der Bevölkerung möglichst selbstverwalteten Basisgesundheitsversorgung zu unterstützen. Dies bedeutet Gesundheitsförderung in umfassendem Sinn: Ernährung, Wasserversorgung, Bildung, Hygiene, Mutter-Kind-Gesundheit, Malariaprävention.

Ein besonderer Schwerpunkt ist die Gesundheitsversorgung von Frauen, Kindern und Menschen mit Behinderung, wobei gleichberechtigter Zugang zu Gesundheitsdiensten sichergestellt werden soll. Diese Gruppen stellen eine besondere Herausforderung für die Entwicklungszusammenarbeit dar, da sowohl ihre mangelnde gesellschaftliche Akzeptanz als auch ihre jeweiligen Bedürfnisse im Gesundheitskontext zu wenig Berücksichtigung finden. Die entsprechenden Maßnahmen müssen Länder- bzw. regionsspezifisch angepasst sein.

Im Bereich HIV/AIDS wird die Strategie der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit in erster Linie auf präventiven Maßnahmen liegen. Mangelndes Wissen und unzureichende Anwendung von Präventionsstrategien sowie die mangelnde Reichweite von Präventionsprogrammen tragen entscheidend zur Erhöhung der Rate jährlicher Neuinfektionen bei.

Sämtliche österreichischen Aktivitäten im Gesundheitsbereich sollen mit der nationalen Gesundheitspolitik bzw. den nationalen Gesundheitsprogrammen und anderen Gebern, Durchführungsorganisationen sowie NRO-Netzwerken abgestimmt werden, auf allen Ebenen gender-sensitiv und auf Nachhaltigkeit überprüfbar sein sowie partizipativ mit allen Betroffenen geplant, durchgeführt und evaluiert werden.



Projektbeispiele

Nicaragua

Seit Mitte der 1990er-Jahre fördert die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit NRO-Projekte im nicaraguanischen Gesundheitssektor, die von HORIZONT 3000 (bzw. bis 1998 vom ÖED) gemeinsam mit lokalen Partnern in den beiden Autonomen Atlantikregionen Nicaraguas umgesetzt werden. Diese zählen zu den ärmsten Regionen des Landes und weisen neben anderen Gebieten die höchste HIV/AIDS-Infektionsrate Nicaraguas auf. Zwischen 1996 und 2007 stellte die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit insgesamt ca. 5,9 Mio. Euro an Fördermitteln zur Verfügung. Für den Zeitraum von 2008 bis 2011 ist ein Betrag von 1,9 Mio. Euro vorgesehen. Unterstützt werden kommunale Gesundheitsarbeit und die Förderung gesunder Lebensweise im Sinne der von der nicaraguanischen Regierung propagierten verstärkten Anstrengungen zur Prävention und Behandlung von HIV/AIDS. Darüber hinaus wird die Organisationsentwicklung der AIDS-Kommissionen „Comisión de Lucha contra el SIDA (CORLUSIDA)“ in Bilwi und der „Campaña Costeña de Lucha contra el VIH/SIDA (CORESIDA)“ in Bluefields gefördert.

Außerdem beteiligt sich Österreich seit 2005 gemeinsam mit Schweden, Finnland, den Niederlanden und der Weltbank an Sektorbudgethilfe für den nicaraguanischen Gesundheitssektor zur Umsetzung des Nationalen Gesundheitsplans 2005–2009. Der österreichische Beitrag betrug zwischen 2005 und 2009 insgesamt € 3,5 Mio. Die Geberländer tragen anteilig zur Finanzierung des Fünf-Jahres-Planes der Regierung bei. Vorrangige Ziele sind, die Qualität der medizinischen Grundversorgung zu erhöhen und den Zugang vor allem für die ländliche Bevölkerung, Frauen und Kinder sowie die ärmsten Schichten der Bevölkerung zu verbessern. Weiters sollen die Kapazitäten von Gesundheitsinstitutionen gestärkt und der Gesundheitsbereich mehr dezentralisiert werden.

Projekte

Projekttitel:	Sektorbudgethilfe als Beitrag zum SWAP-Salud
Projektnummer:	2312-00/2005 u. 2312-01/2005
Laufzeit:	01.07.2005 – 30.06.2009
Vertragssumme:	€ 3.500.000,00
Die Durchführung erfolgt durch das nicaraguanische Gesundheitsministerium.	

Projekttitel:	Programm zu HIV-AIDS-Betreuung der Bevölkerung in den Karibikregionen Nicaraguas
Projektnummer:	1494-00/2008
Laufzeit:	01.04.2008 – 31.03.2011
Vertragssumme:	€ 1.983.915,00
Projektträger:	HORIZONT3000

Äthiopien

Gesundheit ist einer der zwei Schwerpunkte der Österreichischen Entwicklungszusammenarbeit in Äthiopien, wobei der geografische Fokus auf der Region Somali im Südosten Äthiopiens liegt. Somali gilt als eines der am wenigsten entwickelten Gebiete des Landes. Drei Viertel der Bevölkerung sind Nomaden und faktisch ohne Zugang zu öffentlichen Einrichtungen wie Schulen oder Spitälern. Die Gesundheitsversorgung ist unzureichend, die Kindersterblichkeit sehr hoch. Medizinische Betreuung vor, während oder nach der Geburt steht einem nur sehr geringen Prozentsatz der Frauen zur Verfügung.

Wesentliches Element ist die Stärkung der regionalen Gesundheitsbehörde (Somali Regional Health Bureau). Diese wird bei der Umsetzung des Gesundheitsplans der äthiopischen Regierung (Health Sector Development Programme) unterstützt. Gemeinsam arbeiten die Österreichische



Entwicklungszusammenarbeit und die Gesundheitsbehörde an der Verbesserung der Gesundheitsvorsorge in ausgewählten Bezirken. Das Programm umfasst unter anderem den Ausbau von Gesundheitsstationen, die Bildung von Gesundheits-Komitees in Dörfern sowie die Erweiterung der fachlichen Kompetenz des Gesundheitspersonals durch Trainingskurse.

Aufgrund der hohen TBC-Infektionsrate wurde 1996 ein spezifisches Behandlungsprogramm eingeführt. Neben der Behandlung geht es vor allem um Gesundheitserziehung von PatientInnen und Personal, da schlechte hygienische Bedingungen die Gefahr von Erkrankungen und Infektionen erhöhen. Das TBC-Programm wird inzwischen von der Gesundheitsbehörde selbstständig durchgeführt und gilt als Beispiel für nachhaltige Entwicklung im Gesundheitsbereich. Ziel ist es, das regionale Gesundheitssystem mithilfe von Kapazitätsaufbau und Bewusstseinsbildung in dem Maße zu stärken, dass es im Sinne von Ownership sämtliche Aufgaben langfristig eigenständig wahrnehmen kann.

Zwischen 1996 und 2008 wurden von Österreich Fördermittel in der Höhe von rund 10,2 Mio. Euro für Maßnahmen zur Verbesserung von Basisgesundheitsversorgung, Vorsorge und der Qualität der Gesundheitsleistungen bereitgestellt. Für den Zeitraum 2009–2012 sind dafür rund 5 Mio. Euro vorgesehen.

Neben ihrem Engagement in der Somali-Region beteiligt sich die Österreichische Entwicklungszusammenarbeit an der Umsetzung der Ziele des nationalen Health Sector Development Programme und fördert Maßnahmen zur Bekämpfung von HIV/AIDS und zur Abschaffung von weiblicher Genitalverstümmelung.

Projekte

Projekttitel:	Support to the Implementation of the Health Sector Development Programme in Somali Regional State
Projektnummer:	1992-00/2007
Laufzeit:	01.07.2007–31.12.2009
Vertragssumme:	€ 1.000.000,00
Projektträger und Projektpartner im Land:	Somali Regional Health Bureau

Projekttitel:	Support to the Somali Regional Health Bureau in the Development of Health Services in Gode, Kelafo, Mustahil and Adanle Woredas, SRS, Ethiopia
Projektnummer:	1986-01/2008
Laufzeit:	10.01.2008–31.12.2009
Vertragssumme:	€ 1.148.457,00
Projektträger:	Deutsche Welthungerhilfe
Projektpartner im Land:	Somali Regional Health Bureau

Projekttitel:	Beitrag zu Health Pooled Fund (HPF-II) – Support to the Implementation of the Health Sector Development Programme of Ethiopia
Projektnummer:	2513-00/2007
Laufzeit:	01.10.2007–31.12.2009
Vertragssumme:	€ 350.000,00
Projektträger:	UNICEF
Projektpartner im Land:	Federal Ministry of Health

Projekttitel:	UNICEF; Integrated Youth Development and HIV/AIDS Interventions in SNNPR
Projektnummer:	2466-00/2006
Laufzeit:	01.01.2006–30.06.2009
Vertragssumme:	€ 300.150,00
Projektträger:	UNICEF



Projektitel:	Health System Support Programme Filtu and Dollo woredas of Libaan Zone, Somali National Regional State
Projektnummer:	2061-00/2005
Laufzeit:	01.06.2005–31.01.2009
Vertragssumme:	€ 1.463.643,00
Projektträger:	Comitato Collaborazione Medica (CCM)

Projektitel:	Stopping Female Genital Mutilation in Afar
Projektnummer:	2443-01/2009
Laufzeit:	01.01.2009–31.12.2011
Vertragssumme:	€ 200.000,00
Projektträger:	Afar Pastoralist Development Association (APDA)

Palästinensische Gebiete

Die österreichische Unterstützung des palästinensischen Gesundheitswesens begann während der 1. Intifada Ende der 1980er-Jahre in Form von Nothilfemaßnahmen. In der Altstadt von Jerusalem wurde etwa eine basismedizinische Einrichtung für die arme Bevölkerung errichtet und betrieben, in der Westbank und Gaza basismedizinische Grundversorgung durch palästinensische Selbsthilfeorganisationen ermöglicht.

Im Lauf der Jahre konnten die palästinensischen Partner, insbesondere die Union of Palestinian Medical Committees (UPMRC), ihre Arbeit professionalisieren. Mittlerweile sind sie zu wichtigen Partnern der überlasteten Palästinensischen Gesundheitsbehörde geworden. Da viele PalästinenserInnen mit chronischen Krankheiten wie Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Krebs aufgrund der politischen Situation (Ausgangssperren, Abschiebungen usw.) keinen Zugang zu medizinischer Versorgung hatten, errichtete UPMRC ein Zentrum zur Behandlung und Prävention. Von Anfang an wurde darauf geachtet, dass die Aktivitäten mit dem palästinensischen Gesundheitsministerium, den in den Palästinensischen Gebieten tätigen internationalen Organisationen (WHO, UNWRA) und anderen NRO koordiniert wurden. Derzeit wird daran gearbeitet, ein den internationalen Standards entsprechendes flächendeckendes nationales System zur Prävention und Behandlung von chronischen Krankheiten zu etablieren.

Verhütung chronischer Krankheiten

Im Rahmen der langjährigen Zusammenarbeit mit der palästinensischen NRO Palestinian Medical Relief Society (PMRS) wurde mit Unterstützung der OEZA ein Zentrum zur Behandlung von chronischen Krankheiten in Ramallah aufgebaut. Dieses trägt zur Verankerung von Früherkennung, Prävention und Behandlung von chronischen Krankheiten in den Feldkliniken der PMRS bei. Zudem soll entsprechende Koordination auf nationaler Ebene bewirkt werden.

Durch die zweite Phase soll angesichts des weitgehenden Zusammenbruchs der medizinischen Versorgung chronisch kranken Menschen weiterhin Zugang zu adäquater medizinischer Versorgung garantiert werden. Weiters soll das Non-Communicable Diseases (NCD) Programm von PMRS ausgeweitet und die Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsministerium verstärkt werden.

Aufbau eines nationalen Zentrums für nicht-übertragbare Krankheiten

Das palästinensische Gesundheitssystem ist komplex aufgebaut und stark zersplittert. Das Gesundheitsministerium unterhält 413 von 651 sogenannten Primary-Health-Care-Feldkliniken. Die übrigen Feldkliniken werden gemeinsam mit anderen Akteuren (z. B. Palestinian Medical Relief Society /PMRS und Palestine Red Crescent Societies/PRCS) betrieben.

Das bisherige Gesundheitszentrum für nicht-übertragbare Krankheiten wird von einer NRO mit beschränkten Ressourcen geführt. Die Dienstleistungen kommen nur einem kleinen Teil der Bevölkerung zugute. Das Gesundheitsministerium hat in seinem Strategieplan 2008–2010 die besondere Bedeutung hervorgehoben, die es der Errichtung eines nationalen Zentrums für nicht-übertragbare Krankheiten beimisst. Österreich unterstützt es dabei.

Das Zentrum wird sowohl als nationale Behandlungs- als auch als Schulungseinrichtung für Ärzte fungieren. Es wird palästinensische Kapazitäten im Gesundheitssektor stärken und gleichzeitig die Qualität der Regulierungs- und Servicefunktion des Gesundheitsministeriums nachhaltig weiterentwickeln.

Projekte

Projekttitle:	Vorsorge und Behandlung von chronischen Krankheiten
Projektnummer:	1686-00/2008
Laufzeit:	15.02.2005–14.02.2008; 01.07.2008–30.06.2011
Vertragssumme:	€ 943.323,- 2005-2008; € 877.608,- 2008-2011
Projektträger:	Palestinian Medical Relief Society

Projekttitle:	Aufbau eines nationalen Zentrums für nicht-übertragbare Krankheiten
Projektnummer:	2561-00/2008
Projektdauer:	01.07.2008–30.06.2011
Vertragssumme:	1.852.945,- Euro
Projektträger:	Palästinensisches Gesundheitsministerium



Literatur-, Quellenverzeichnis

- K. Buse, K., Walt, G. (2000): Role conflict? The World Bank and the world's health, *Social Science & Medicine*, 50
- Brundtland, Gro Harlem (2000): *Grundrecht Gesundheit*. Campus Verlag, Frankfurt/New York.
- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit: *Gesundheit, Entwicklung und Globalisierung – Orientierungen und Empfehlungen für die internationale Zusammenarbeit*, <http://www2.gtz.de/dokumente/bib/03-0451.pdf>
- Department for International Development (DFID) (2007): *Working together for better health*, <http://www.dfid.gov.uk/Pubs/files/health-strategy07.pdf>
- Diesfeld, H.J. und Krawinkel, M. (2000): *Gesundheit und Entwicklungszusammenarbeit am Beginn des 21. Jahrhunderts. Entwurf einer Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats der Bundesministerin für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung*
- Drager, Nick and Beaglehole, Robert (2001): „Globalization: Changing the Public Health Landscape.“ *Bulletin of the World Health Organization*, 79 (9)
- HLSP-Institut (2008): *health and development global update*, <http://www.hlspinstitute.org/projects/?mode=type&id=75203>
- Italian Global Health Watch (2008): *From Alma Ata to the Global Fund: History of International Health Policy*, <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/socialmedicine/article/view/186/380>
- OECD und WHO: *DAC Guidelines and Reference Series: Poverty and Health*. Paris (OECD) 2003
- Sen, Amartya (1999): „Health in Development.“ *Bulletin of the World Health Organization*, 77(8)
- Wissenschaftlicher Beirat beim Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (1999): *Globalisierung und Entwicklungszusammenarbeit*. Bonn (BMZ)
- WHO: *Macroeconomics and Health (CMH)*: <http://www.who.int/macrohealth/en/>
- WHO (2001): *The World Health Report. 2001. „Mental Health: New Understanding, New Hope.“* Geneva
- WHO-UNICEF (1978): *Alma-Ata 1978 Primary Health Care, “Health for all” Series, No. 1*, WHO, Geneva
- Worldbank (1993): *World Development Report 1993, Investing in Health*, Washington DC