

Aus der Missionsärztlichen Klinik GmbH Würzburg
Akademischen Lehrkrankenhaus
der Universität Würzburg
Abteilung für Tropenmedizin
Chefarzt: Prof. Dr. med. Klaus Fleischer

Die Dezentralisierung im Gesundheitswesen
Kolumbiens und Brasiliens
und ihre Auswirkungen
auf die Leprakontrolle

Inaugural – Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg

vorgelegt von

Andreas Kalk

aus Würzburg

Würzburg, Juli 2001

Referent: Prof. Dr. Klaus Fleischer

Korreferent: Prof. Dr. Jörg Hacker

Dekan: Prof. Dr. Volker ter Meulen

Tag der mündlichen Prüfung: 21.06.2002

Der Promovend ist Arzt

... non seulement le gouvernement a moins de rigueur et de célérité pour faire observer les lois, empêcher les vexations, corriger les abus, prévenir les entreprises seditieuses qui peuvent se faire dans des lieux éloignés, mais le peuple a moins d'affection pour ses chefs qu'il ne voit jamais, pour la patrie qui est à ses yeux comme le monde, et pour ses concitoyens dont la plupart lui sont étrangers. Les mêmes lois ne peuvent convenir à tant des provinces diverses qui ont des mœurs différentes, qui vivent sous des climats opposés, et qui ne peuvent souffrir la même forme de gouvernement.

*Jean-Jacques Rousseau
Du contrat social*

Widmung

Diese Arbeit ist Teresita Leal und Rudolf Rosenbauer gewidmet, die Kuba und Franken in Würzburg lebendig werden ließen.

Inhaltsangabe

Inhaltliche Zusammenfassung	1
1. Einleitung	6
1.1 <i>Lepra und Leprakontrolle</i>	7
1.1.1 Historie	7
1.1.2 Epidemiologie	8
1.1.3 Mikrobiologie	10
1.1.4 Pathogenese	11
1.1.5 Klinik	11
1.1.6 Therapie	15
1.1.7 Prävention und <i>Public Health</i>	16
1.2 <i>Charakteristika von Kolumbien und Brasilien</i>	17
1.2.1 Kolumbien	17
1.2.2 Brasilien	20
1.2.3 Synopsis wichtiger Indikatoren	23
1.3 <i>Kontext der Forschungsfrage</i>	25
2. Literaturübersicht	27
2.1 <i>Gesundheitssystemforschung</i>	27
2.2 <i>Theorie und Praxis der Dezentralisierung</i>	34
2.2.1 Theoretische Grundlagen der Dezentralisierung	34
2.2.2 Dezentralisierung, Qualität der Gesundheitsdienste und die Rolle supranationaler Institutionen	38
2.2.3 Klassifikation der Dezentralisierungsformen	40
2.3 <i>Erfahrungen in Lateinamerika</i>	44
2.4 <i>Dezentralisierung und Seuchenkontrolle</i>	50
2.5 <i>Integration der Leprakontrolle in die allgemeinen Gesundheitsdienste</i>	54
2.5.1 Praktische Erfahrungen mit der Integration	54
2.5.2 Planung für Integration	57
3. Zielsetzung und Methoden	60
3.1 <i>Übergeordnetes Ziel</i>	60
3.2 <i>Spezifische Ziele</i>	60
3.3 <i>Methoden</i>	60
3.3.1 Design der Studie	60
3.3.2 Identifikation von Interviewpartnern und Quellen	61
3.3.3 Untersuchte Variablen und Themenkreise	62
3.3.4 Datenkollektion	63
3.3.5 Datensicherung	65
3.3.6 Datenanalyse	65
3.3.7 Datenqualität und ethische Aspekte	66
3.3.8 Umgang mit den Resultaten	67
3.3.9 Diskussion der Generalisierbarkeit	67

4. Resultate	68
4.1 Kolumbien	68
4.1.1 Epidemiologische Daten	68
4.1.2 Gesetzliche Grundlagen der Dezentralisierung	73
4.1.2.1 Gesetzblatt 10 (Ley 10) von 1990	73
4.1.2.2 Gesetzblatt 60 (Ley 60) von 1993	75
4.1.2.3 Gesetzblatt 100 (Ley 100) von 1993	77
4.1.3 Erläuterung und Diskussion der Dezentralisierung in den Printmedien	80
4.1.3.1 Institutionelle Publikationen	80
4.1.3.2 Diskussion in wissenschaftlichen Publikationen	82
4.1.3.3 Diskussion in der Presse	88
4.1.4 Ergebnisse der semi-strukturierten Interviews	89
4.1.4.1 Vorgeschichte der Dezentralisierung	89
4.1.4.2 Zielsetzung der Dezentralisierung	90
4.1.4.3 Implementierung der Dezentralisierung	91
4.1.4.4 Erreichte Verbesserungen	94
4.1.4.5 Zugang zum dezentralisierten Gesundheitssystem	94
4.1.4.6 Equität zwischen den Munizipien	97
4.1.4.7 „Community participation“	98
4.1.4.8 Fluss der Finanzen	99
4.1.4.9 Weitere Probleme des dezentralisierten Gesundheitssystems	100
4.1.4.10 Dezentralisierung und Privatisierung	103
4.1.4.11 Widerstände	104
4.1.4.12 Rolle des Zentrums	105
4.1.4.13 Public Health und dezentralisiertes System	107
4.1.4.14 Qualität der Gesundheitsdienste und Ausbildungsstand des Personals	108
4.1.4.15 Therapie und Kontrolle der Lepra	110
4.1.4.16 Perspektiven des dezentralisierten Systems	112
4.2 Brasilien	114
4.2.1 Epidemiologische Daten	114
4.2.2 Gesetzliche Grundlagen der Dezentralisierung	120
4.2.2.1 Brasilianische Verfassung (Constituição Federal)	120
4.2.2.2 Lei (Gesetzblatt) No. 8.080 von September 1990	120
4.2.2.3 Lei (Gesetzblatt) No. 8.142 von Dezember 1990	121
4.2.2.4 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 1996	122
4.2.2.5 Brasilianische Gesetzgebung zur Leprakontrolle	125
4.2.2.6 Norma Operacional de Assistência à Saúde/(SUS) (NOAS/SUS) 2001	126
4.2.3 Erläuterung und Diskussion der Dezentralisierung in den Printmedien	127
4.2.3.1 Institutionelle Publikationen	127
4.2.3.2 Diskussion in wissenschaftlichen Publikationen	132
4.2.3.3 Diskussion in der Presse	133
4.2.4 Ergebnisse der semi-strukturierten Interviews	134
4.2.4.1 Vorgeschichte der Dezentralisierung	135
4.2.4.2 Zielsetzung der Dezentralisierung	136
4.2.4.3 Implementierung der Dezentralisierung	136
4.2.4.4 Erreichte Verbesserungen	138
4.2.4.5 Zugang zum dezentralisierten Gesundheitssystem	140
4.2.4.6 Equität zwischen den Munizipien	141
4.2.4.7 „Community participation“	143
4.2.4.8 Fluss der Finanzen	144

4.2.4.9 <i>Weitere Probleme des dezentralisierten Gesundheitssystems</i>	146
4.2.4.10 <i>Dezentralisierung und Privatisierung</i>	147
4.2.4.11 <i>Widerstände</i>	148
4.2.4.12 <i>Rolle des Zentrums</i>	149
4.2.4.13 <i>Public Health und dezentralisiertes System</i>	151
4.2.4.14 <i>Qualität der Gesundheitsdienste und Ausbildungsstand des Personals</i>	152
4.2.4.15 <i>Therapie und Kontrolle der Lepra</i>	154
4.2.4.16 <i>Perspektiven des dezentralisierten Systems</i>	155
4.3 <i>Zusammenfassung</i>	157
5. Diskussion	160
5.1 <i>Einführung</i>	160
5.2 <i>Epidemiologische Aspekte</i>	160
5.3 <i>Gemeinsame Erfahrungen in Kolumbien und Brasilien</i>	162
5.4 <i>Unterschiedliche Erfahrungen in Kolumbien und Brasilien</i>	166
5.5 <i>Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen</i>	174
5.6 <i>Diskussion der Generalisierbarkeit</i>	177
6. Empfehlungen	180
6.1 <i>Empfehlungen für die Leprakontrolle</i>	180
6.1.1 <i>Vorbereitung der Dezentralisierung</i>	180
6.1.2 <i>Finanzierungsmechanismen</i>	181
6.1.3 <i>Anforderungen an das Zentrum</i>	181
6.1.4 <i>Training und IEC</i>	181
6.1.5 <i>Equität</i>	182
6.1.6 <i>Community participation</i>	182
6.1.7 <i>Public Health und private medizinische Versorgung</i>	183
6.2 <i>Empfehlungen für zukünftige Forschung</i>	183
6.2.1 <i>Vorbereitungszeiträume</i>	183
6.2.2 <i>Zielebene der Dezentralisierung</i>	184
6.2.3 <i>Finanzrekrutierung</i>	184
6.2.4 <i>Trainingsmaßnahmen</i>	185
6.2.5 <i>Einbindung des privaten Sektors</i>	185
6.3 <i>Zusammenfassung</i>	186
7. Bibliographie	188
Appendix	198
Abkürzungen	198
Ausgewählte Indikatoren der Gesundheitssysteme von acht Staaten	201

Auflistung der Abbildungen

- Abbildung 1: Registrierte globale "Prävalenz" und "Inzidenz" der Lepra in den Jahren 1985-99
- Abbildung 2: Geographische Distribution der registrierten Lepra-Inzidenz 1999 nach Ländern und in Prozentzahlen
- Abbildung 3: Relative registrierte Lepra-Inzidenz 1999 (neue Fälle pro 100.000 Einwohner)
- Abbildung 4: Tuberkuloide Lepra
- Abbildung 5: Lepromatöse Lepra
- Abbildung 6: Massenhafte Darstellung (rotgefärbter) *M. leprae* im Ausstrich – Färbung nach Ziehl-Neelsen
- Abbildung 7: Registrierte Patienten und neue Lepra-Fälle in Kolumbien 1990-99
- Abbildung 8: Registrierte Patienten und neue Lepra-Fälle in Kolumbien 1990-99
- Abbildung 9: Prozentsatz von MB-Fällen und Kindern unter neu entdeckten Lepra-Patienten in Kolumbien 1990-99
- Abbildung 10: Prozentsatz von Rückfällen unter neu entdeckten Patienten mit pauci- und multibacillärer Lepra in Kolumbien 1990/91, 1994 und 1996-98
- Abbildung 11: Anteil der Gesundheitsausgaben am kolumbianischen BSP 1987-95
- Abbildung 12: Einbindung der kolumbianischen Bevölkerung ins Netz der Krankenversicherung 1997
- Abbildung 13: Deckungsgrad der Krankenversorgung in Kolumbien 1991 und 1998
- Abbildung 14: Neue Lepra-Fälle in vier vom DAHW koordinierten brasilianischen Bundesstaaten 1990-99
- Abbildung 15: Registrierte „Prävalenz“ in den o.a. Staaten 1990-99
- Abbildung 16: Prozentualer Anteil multibacillärer Patienten in vier vom DAHW koordinierten brasilianischen Bundesstaaten 1990-99
- Abbildung 17: *Child rate* in vier DAHW-koordinierten brasilianischen Bundesstaaten 1992-99
- Abbildung 18: Prozentsatz von Rückfällen unter multibacillären Patienten in vier vom DAHW koordinierten brasilianischen Bundesstaaten 1992-99
- Abbildung 19: Aufteilung des brasilianischen Gesundheitsbudgets 1998 (Gesamtsumme 56,6 Mrd. R\$)
- Abbildung 20: Deckungsgrad der Krankenversorgung in Brasilien 1998
- Abbildung 21: Prozentuale Abdeckung der Bevölkerung des brasilianischen Bundesstaates Mato Grosso durch Gesundheitsagenten und „Teams für Familiengesundheit“ 1995-2000

Auflistung der Landkarten

Landkarte 1: Topographische Darstellung Kolumbiens

Landkarte 2: Topographische Darstellung Brasiliens

Auflistung der Tabellen

Tabelle 1: Demographische Daten und Indikatoren der Gesundheitsversorgung in Brasilien und Kolumbien

Tabelle 2: Professionelle Zuordnung der Partner in den semi-strukturierten Interviews

Tabelle 3: Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen der Dezentralisierung für die Leprakontrolle

Tabelle 4: Vorbedingungen und Aufgaben von nach ihrem Grad der Dezentralisierung kategorisierten Munizipien in Brasilien

Tabelle 5: Synoptische Zusammenstellung wesentlicher Ergebnisse aus 39 semi-strukturierten Interviews (2000/01 Kolumbien und Brasilien)

Tabelle 6: Synoptische Zusammenstellung der durch die Studie identifizierten gemeinsamen und unterschiedlichen Vorbedingungen und Ergebnisse der Dezentralisierung des Gesundheitssystems in Kolumbien und Brasilien

Tabelle 7: Demographische Daten und Indikatoren der Gesundheitsversorgung in sechs lateinamerikanischen Staaten, Mosambik und Deutschland

Inhaltliche Zusammenfassung

Die Studie beschäftigt sich mit den Auswirkungen der in den 80er Jahren des 20. Jahrhunderts eingeleiteten Dezentralisierung des Gesundheitswesens in Kolumbien und in Brasilien auf die Gesundheitsdienste allgemein und die Leprakontrolle im besonderen. Zudem soll der Typus der implementierten Dezentralisierung identifiziert werden. Es werden mit vorwiegend qualitativen Forschungsmethoden in den Jahren 2000/2001 gesammelte Daten vorgetragen und diskutiert.

Übergeordnetes Ziel der Studie ist es, einen Beitrag zur Kontrolle der Lepra zu leisten, indem Mechanismen zur Sicherung qualitativ hochstehender Kontrolle im dezentralisierten Gesundheitssystem identifiziert werden.

Die Studie stützt sich in ihrer Datenerhebung auf

- Trends routinemäßig vom DEUTSCHEN AUSSÄTZIGEN-HILFSWERK DAHW gesammelter, für die Leprakontrolle relevanter epidemiologischer Indikatoren im letzten Jahrzehnt
- für die Dezentralisierung und die Leprakontrolle unter der Dezentralisierung bedeutsame Gesetzestexte und zusätzliche Direktiven aus Kolumbien und Brasilien
- aktuelle Veröffentlichungen und Stellungnahmen in Printmedien aus Kolumbien und Brasilien
- 39 mit Schlüsselinformanten im Bereich Leprakontrolle in Kolumbien und Brasilien durchgeführte semi-strukturierte Interviews

Die epidemiologischen Indikatoren wurden vom DAHW in Würzburg übermittelt; die übrigen Daten wurden anlässlich zweier Reisen nach Kolumbien und Brasilien in Juni/Juli 2000 und März/April 2001 zusammengetragen.

Wesentliche Ergebnisse der Studie sind folgende:

Kolumbien ist mit 1,6 neuen Leprafällen pro 100.000 Einwohner im Jahr 1999 ein Land niedriger Endemizität, Brasilien dagegen mit 35-140 Patienten pro 100.000 Einwohner in den fünf vom DAHW unterstützten Bundesstaaten ein Land mit hoher Endemizität. Dieser Wert ist in Kolumbien tendenziell am Abfallen, in einigen brasilianischen Bundesstaaten

noch ansteigend. Eine Zuordnung der Entwicklung dieses wichtigsten wie anderer epidemiologischer Indikatoren aus dem Bereich der Leprakontrolle zu bestimmten Phasen der Dezentralisierung ist nicht möglich.

In Kolumbien wie in Brasilien existieren ausgefeilte die Dezentralisierung regelnde Gesetzestexte. Sie schreiben die Dezentralisierung hin zum Munizipium fest. Sie streben die umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung sowie die Förderung von präventiver Medizin und von Mitbestimmung der Bevölkerung in der Gesundheitspolitik an.

Die Printmedien kritisierten die Dezentralisierung in Kolumbien teilweise heftig. Die Mehrausgaben im Gesundheitssektor seien von der Administration der Krankenversicherungen verschlungen worden, die Abdeckung der Bevölkerung sei allenfalls graduell verbessert worden. Zudem würde das gesamte Gesundheitssystem merkantilisiert. In Brasilien beobachteten die Printmedien die Entwicklung mit verhaltenem Optimismus.

Die semi-strukturierten Interviews kreisten folgende gemeinsame Erfahrungen in Kolumbien wie in Brasilien ein:

- Deklariertes Ziel der Dezentralisierung sei die Sicherung des Zugangs der gesamten Bevölkerung zum und ihres Mitspracherechtes im Gesundheitssystem.
- Angestrebt würde die Devolution zu den Munizipien mit – falls unumgänglich – einer privatwirtschaftlichen Komponente.
- Bevölkerung, Gesundheitspersonal und Lokalpolitiker seien für die Dezentralisierung weder inhaltlich (Informationsstand, Qualifikation) noch mental (Akzeptanz) vorbereitet worden.
- Der Dezentralisierungsprozess habe sich mit der Fehlbesetzung relevanter Posten und der Fehlleitung von Finanzen auseinander zu setzen.
- Das Zentrum habe seine normative Funktion gewahrt.
- Erfahrungen mit der Umsetzung von Training bzw. IEC in gemehrtes Wissen und dieses Wissens in sachgerechteres Verhalten seien uneinheitlich.

Folgende unterschiedlichen Erfahrungen wurden übermittelt:

- Die Dezentralisierungspolitik Kolumbiens sei mehr von externen neoliberalistischen Strömungen getragen gewesen, die Brasiliens vom Ende der Militärdiktatur 1983/84 und der aufblühenden Bürgerrechtsbewegung.
- Kolumbien strebe die grundlegende Finanzierung des Gesundheitssystems durch Krankenversicherungen, Brasilien durch Steuern an.
- Kolumbien strebe mit massiv hinterfragtem Erfolg eine Steigerung der Effizienz (und damit der Qualität) der Gesundheitsdienste durch den „freien Wettbewerb“ zwischen öffentlichen und privaten Anbietern von Dienstleistungen einerseits und den Versicherungsgesellschaften andererseits an. Brasilien promoviere die öffentliche Gesundheitsversorgung durch öffentliche Dienste.
- Die zwangsläufige Beeinträchtigung der Equität zwischen den Munizipien durch die Dezentralisierung würde in Brasilien im Gegensatz zu Kolumbien durch eine Reihe von Mechanismen abgemildert.
- Die *community participation* habe in Brasilien eindeutige, in Kolumbien angezweifelte Fortschritte gemacht.
- Die Verwendung der im Zuge der Dezentralisierung transferierten Finanzen würde in Kolumbien nicht so stringent kontrolliert wie in Brasilien; vor allem würde nur in Brasilien konsequent auf Sanktionen bei Unregelmäßigkeiten zurückgegriffen.
- Die Leprakontrolle speziell wie auch andere Programme des Arbeitsfeldes *Public Health* haben in Brasilien durch die Dezentralisierung eine Stimulation erfahren, während in Kolumbien einige der diesbezüglichen Dienste kollabierten oder vom Kollaps bedroht seien.
- Der Blick in die Zukunft der Dezentralisierung ist in Kolumbien von Bedenken, in Brasilien von Zuversicht getragen.

Die Analyse möglicher Kausalzusammenhänge zwischen diesen Beobachtungen führte zu folgenden wesentlichen Schlussfolgerungen:

- Ebenso uneinheitlich wie die Dezentralisierung des Gesundheitssystems an sich sind ihre faßbaren Auswirkungen auf *Public Health* und die Leprakontrolle. Dies gilt selbst für dem Anschein nach uniforme Vorgehensweisen wie die Devolution hin zu den Munizipien.
- Bei exakter Vorbereitung und engmaschig überwachter Implementierung lassen sich positive Auswirkungen der Dezentralisierung auf *Public Health* und Leprakontrolle dokumentieren.

- Die Förderung des privaten Gesundheitssektors im Rahmen der Dezentralisierung zuungunsten des öffentlichen ist – bei plausiblen, jedoch nicht bewiesenem – Kausalzusammenhang von negativen Auswirkungen auf *Public Health* und Leprakontrolle begleitet.
- Der Erfolg der Dezentralisierung hängt entscheidend von der Unterstützung aller Beteiligten ab (Politiker, Mitarbeiter der Gesundheitsdienste, Bevölkerung).

Folgende Maßnahmen für die generelle Planung und für die Leprakontrolle empfehlen sich vor und während der Dezentralisierung:

- sorgfältige, wohlüberlegte Vorbereitung unter Einbeziehung aller Beteiligten
- Sicherung der Finanzierung der Dienste (zumindest im Bereich *Public Health* eher durch Steuergelder)
- gesicherte und starke Position des Zentrums in der Supervision unter Einschluss von Sanktionsmöglichkeiten
- sorgfältige und evtl. andere administrative Ebenen nutzende Dezentralisierung von Training und IEC
- Sicherung der Equität zwischen Munizipien durch zentrale Förderung und „Nachbarschaftshilfe“
- Sicherung der *community participation* in exekutiven Organen auch durch vorbereitende Öffentlichkeitsarbeit
- Koppelung präventiver an kurative Dienste vorzugsweise im öffentlichen Sektor

Schließlich könnte die Bearbeitung folgender Forschungsthemen in der Zukunft sinnvoll sein:

- Identifikation idealer Zeiträume für die Implementierung der Dezentralisierung
- Untersuchung der Dezentralisierung hin zu anderen Zielebenen
- Zusammenhang zwischen Form der Finanzrekrutierung und Erfolg der Dezentralisierung
- Adaptation des Trainings auch und gerade in der Leprakontrolle im dezentralisierten Gesundheitssystem (und in Zeiten rückläufiger Inzidenz)
- Möglichkeiten und Grenzen der Einbindung privater Gesundheitsdienste in präventive Medizin und Leprakontrolle

Kernaussage der Arbeit ist die Feststellung, dass die Dezentralisierung des Gesundheitswesens die Leprakontrolle gefährdet, sich aber unter ganz bestimmten, eng umschriebenen Voraussetzungen sich doch positiv auswirken kann.

1. Einleitung

Gesundheit ist ein Allgemeingut und somit – unabhängig von der Bedeutung, die ihr in einem gegebenen Staatsgebilde beigemessen wird – ein Politikum. Ureigenste Tätigkeitsfelder des Staates im Gesundheitssektor sind die Definition medizinischer Minimalstandards in Ausbildung und Training, die Bereitstellung und der Unterhalt von Behandlungszentren sowie die Regelung des Umgangs mit ansteckenden Erkrankungen. Solche Infektionen betreffen aufgrund ihrer Natur nie ausschließlich das Individuum, sondern immer auch die Gesellschaft und haben daher eine besondere politische Relevanz. Das Spektrum möglicher staatlicher Interventionen, das sich über Jahrtausende hauptsächlich auf die Isolation (und im Extremfall Exekution) von infektiös Erkrankten beschränkte, erweiterte sich mit der Entwicklung der modernen Medizin kontinuierlich und konstruktiv. Beispielhaft seien Vorschriften zu Schutzimpfungen, die Meldepflicht für bestimmte Erkrankungen sowie schließlich gesetzliche Regelungen zum Umgang mit meldepflichtigen Erkrankungen genannt.

Seit etwa 1980 wurden und werden in einer zunehmenden Anzahl von Ländern und in zunehmendem Umfang unter dem Begriff „Gesundheitssystemreform“ zusammengefaßte gesundheitspolitische Veränderungen implementiert, die die Bedeutung der Zentralregierung im Gesundheitssystem zumindest nachhaltig verändern, häufig genug ebenso nachhaltig verringern.

Die vorliegende Forschungsarbeit beschäftigt sich mit den Auswirkungen dieser Gesundheitssystemreform auf die Kontrolle der Lepra in zwei südamerikanischen Ländern, die frühzeitig mit der Umsetzung dieser Reform begannen. Eines von ihnen, Kolumbien, blickt trotz fortbestehender politischen Wirren auf eine lange und relativ erfolgreiche Geschichte der Leprakontrolle zurück, das andere, Brasilien, zählt bei aller Dynamik des nationalen Kontrollprogrammes nach Indien weltweit die meisten neuen Leprafälle. Der folgende Abschnitt sucht zum einen, relevante Informationen zur Lepra und zu den besagten Ländern zusammenzutragen. In der Folge ordnet er die Forschungsfrage in den so abgesteckten Kontext ein.

1.1 Lepra und Leprakontrolle

Wesentliche Aspekte der Historie der Lepra, ihrer aktuellen epidemiologischen Bedeutung, der Klinik und der individuellen Therapie sowie schließlich ihrer gesellschaftlichen „Kontrolle“ im Rahmen des *Public-Health*-Konzeptes werden zusammengefaßt. Obwohl epidemiologische und präventive Gesichtspunkte für die Einordnung der Forschungsfrage die entscheidenden sind, wird der Klinik insoweit vermehrte Aufmerksamkeit gewidmet, als sie für das Verständnis dieser mitunter bizarr anmutenden Krankheit bedeutsam ist.

1.1.1 Historie

Die Lepra wird ebenso in der Bibel wie schon Hunderte Jahre v. Chr. in indischen und chinesischen Überlieferungen sowie auf ägyptischen Papyri erwähnt. 1873 entdeckte der Norweger Armauer Hansen das *Mycobacterium leprae*.

Die Jahrhunderte währende Politik der Isolation und rein symptomatischen Therapie von Leprösen in Leprosorien wurde 1941 mit dem ersten erfolgreichen Einsatz von Sulfonamiden durch Faget in Carville, Louisiana, (USA) revolutioniert. Der therapeutische Einsatz begann bereits in den 20er Jahren, scheiterte aber zunächst an der Überdosierung der Medikamente. 1947 führte Cochrane Dapson (DDS), ein hoch wirksames Sulfonamid, in die Therapie ein. 1962 mit dem Clofazimin und 1971 mit dem Rifampicin kamen die anderen beiden grundlegenden Chemotherapeutika hinzu.

Die Anzüchtung von *M. leprae* ist bisher *in vitro* nicht gelungen, wohingegen seit 1960 die Vermehrung in Mäusepfoten, seit 1971 im neunbändigen Gürteltier etabliert ist. Der Erreger konnte 1975 in wild lebenden Gürteltieren und 1981 in Mangabey-Affen nachgewiesen werden.

Seit 1982 gilt die zur Vermeidung von Resistenzen von der WHO empfohlene Polychemotherapie in einer bis heute kaum abgewandelten Form als Behandlungsstandard (WHO 1982).

1.1.2 Epidemiologie

Wie bei jeder anderen Erkrankung stellen Prävalenz und Inzidenz der Lepra die Eckpfeiler der epidemiologischen Beurteilung dar. Aufgrund einiger Besonderheiten der Infektion (lange latente Infektion bzw. Inkubationsperiode sowie generell niedrige Manifestationsrate der Erkrankung) ist jedoch die Korrelation zwischen registrierter und wirklicher Prävalenz resp. Inzidenz unbekannt. Die registrierte Prävalenz war im übrigen durch die bis in die frühen 90er Jahre übliche Dauerbehandlung artifiziell hoch. Der Effekt der dann zunehmend gängigen Entlassungen aus der Therapie wurde durch die parallele Verkürzung der Chemotherapie extrapoliert. Daher liefert die registrierte Inzidenz einen der Wirklichkeit gerechteren Eindruck von der epidemiologischen Dynamik. Dies Phänomen steht in gewissem Widerspruch zur Politik der WHO, die den Schwellenwert für effektive Seuchenkontrolle bzw. Elimination der Erkrankung bei einer „Prävalenz“ von 1/10.000 Einwohnern ansetzt. Die folgende Graphik illustriert den Trend beider Indikatoren über Zeit:

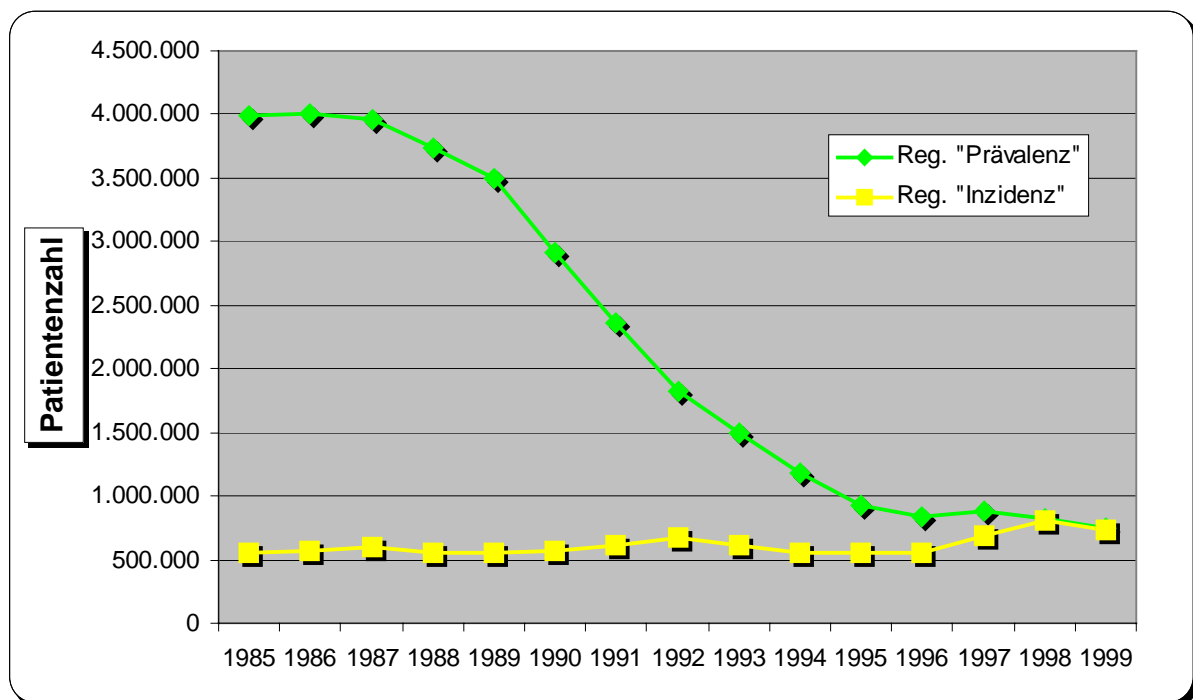


Abbildung 1: Registrierte globale "Prävalenz" und "Inzidenz" der Lepra in den Jahren 1985-99 (Quelle: WHO)

Die konstante Inzidenz neuer Erkrankungen ist trotz der vielfach propagierten Fortschritte bei der Eliminierung der Lepra klar ersichtlich. Dieser Trend mag allerdings auch der zunehmenden Aktivität der Kontrollprogramme zuzuschreiben sein und daher seinerseits positive Aspekte der wirklichen Entwicklung verschleiern. Des weiteren ist die rückläufige „Prävalenz“ der Lepra zwar der immer zügigeren Entlassung der Patienten aus der früher regelhaft lebenslangen Therapie zu verdanken und somit ein Artefakt. Nichtsdestotrotz ist sie ein brauchbarer Indikator für die Arbeitsbelastung der Lepradienste, zumindest in Bezug auf die Implementierung und Supervision der medikamentösen Therapie.

Die herausragende Rolle Indiens und Brasiliens in der geographischen Verteilung der Lepra wird durch folgende Zusammenstellung deutlich:

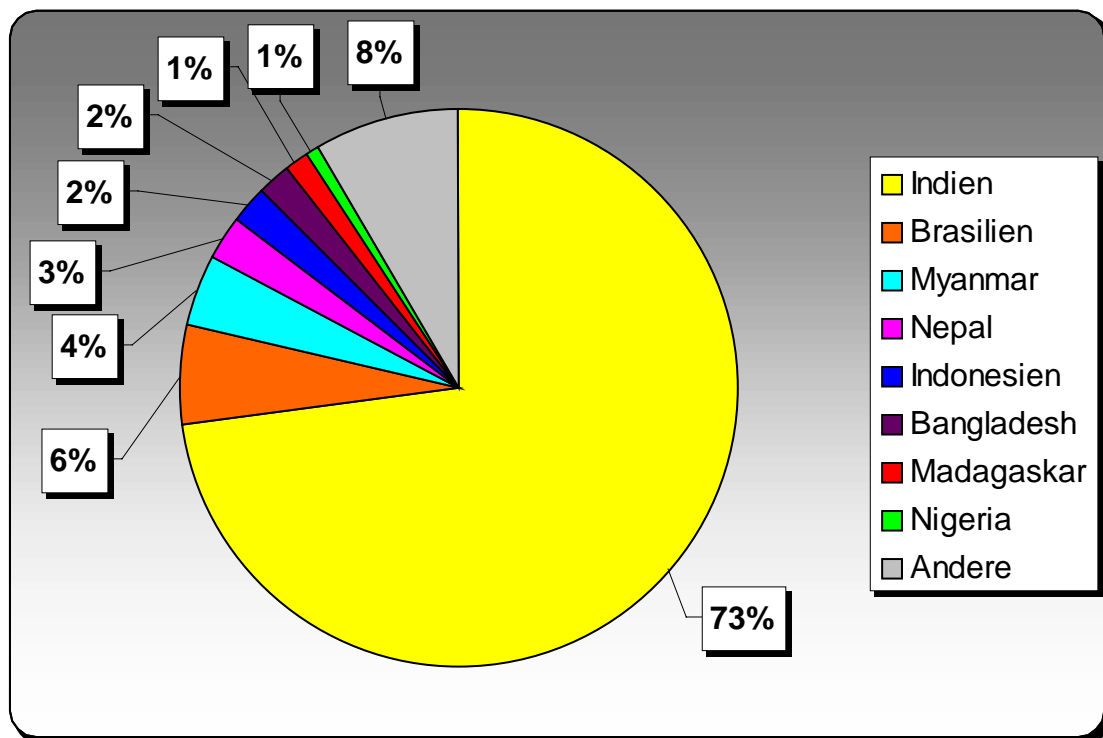


Abbildung 2: Geographische Distribution der registrierten Lepra-Inzidenz 1999 nach Ländern und in Prozentzahlen – Quelle: WHO

Indien mit 538.000 neuen Fällen und Brasilien mit 42.000 entdeckten Erkrankungen (Deutschland: 5 neue Fälle in 1999) stellen allein 79% der registrierten weltweiten Inzidenz von 738.000 Fällen. Beide Länder liegen auch bei der relativen Inzidenz bezogen auf die Gesamtbevölkerung in den vorderen Rängen:

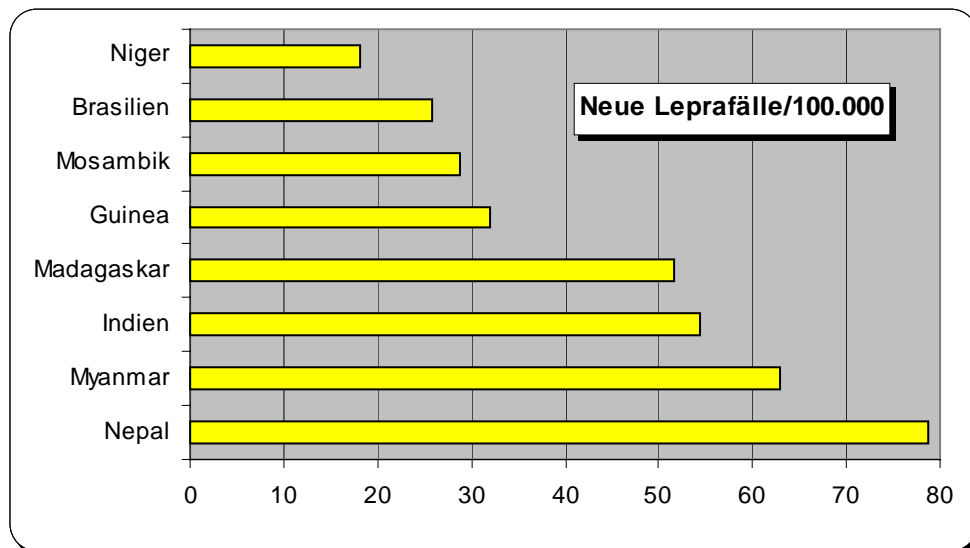


Abbildung 3: Relative registrierte Lepra-Inzidenz 1999 (neue Fälle pro 100.000 Einwohner – Quelle: WHO)

Nur wenig und eher selbstverständliche prädisponierende Faktoren für die Transmission von *M. leprae* zwischen Individuen sind gesichert:

- enger oder langdauernder Kontakt mit einem Infizierten
- hohe Erregerdichte beim Infizierten (besonders bei *Lepra lepromatosa*)

Voraussetzung für eine Infektion ist ein – angeborenes oder durch äußere Faktoren bedingtes – Immundefizit (Hastings 1994); geschätzt 95% der Menschheit sind natürlich immun gegen Lepra.

1.1.3 Mikrobiologie

Das *M. leprae* zählt zur großen Familie der Mycobacteriaceen. Es zählt zu den säurefesten Stäbchen. *M. leprae* ist ein obligater Parasit, der außerhalb des menschlichen Körpers offenbar bis zu 10 Tage überleben kann. Er läßt sich auf keinem bekannten Nährboden, wohl aber in der Pfote der Maus und im neunbändigen Gürteltier anzüchten. Das Gürteltier wie auch die bevorzugt bei Mensch und Maus betroffenen Körperregionen sind durch eine vergleichsweise niedrige Temperatur gekennzeichnet, welche das Wachstum

von *M. leprae* begünstigt. Der Keim teilt sich nur etwa alle 12 Tage und bildet keine Sporen.

1.1.4 Pathogenese

Die Eintrittspforte von *M. leprae* in den menschlichen Organismus konnte bisher nicht zweifelsfrei identifiziert werden. Die Tröpfcheninfektion über die Nasenschleimhäute mit der Ausbildung eines lokalen Primäraffektes ähnlich wie bei der Tuberkulose gilt als wahrscheinlich, aber unabhängig davon scheint auch die Möglichkeit der transkutanen Übertragung zu bestehen.

Ebenso wie bei der Tuberkulose bestehen erhebliche Unterschiede in der Inzidenz von latenten und apparenten Infektionen einerseits sowie nicht kontagiösen und kontagiösen Infektionen andererseits.

Latente Infektionen können symptomfrei über Jahre oder womöglich sogar Jahrzehnte fortbestehen, aber auch jederzeit in die spontane Abheilung übergehen. Falls sie zur manifesten Erkrankung führen, beträgt die durchschnittliche Inkubationszeit ca. 4 Jahre.

Es werden zwei Pole der Erkrankung unterschieden, die *Lepra lepromatosa* bei ausgeprägtem und die *Lepra tuberculosa* bei geringgradigem Immundefizit.

1.1.5 Klinik

Charakteristisch für die wenig infektiöse tuberkuloide Lepra sind wenige, umschriebene und asymmetrisch verteilte Pigmentveränderungen der Haut¹ mit begleitenden Sensibilitätsstörungen, lokaler Anhydrose und der isolierten, palpablen Auftreibung peripherer Nerven.

¹ Hypopigmentation oder Erythem



Abbildung 4: Tuberkuloide Lepra (© Dr. W. K. Jacyk)

Die lepromatöse Lepra zeichnet sich durch zahlreiche und symmetrische Veränderungen an der Haut und den peripheren Nerven aus. Bakterien sind z. T. massenhaft nachzuweisen, der Verlauf der Infektion ist in der Regel progredient.

Die WHO definiert die paucibacilläre (PB) Lepra als

- Fälle mit bis zu 5 Hautläsionen und gleichzeitigen Sensibilitätsstörungen sowie
- Fälle des sensiblen oder motorischen Ausfalls von maximal einem peripheren Nervenstamm

Bei mehr Läsionen oder befallenen Nerven liegt multibacilläre (MB) Lepra vor.

Der Erreger befällt Nerven aller Qualitäten. *M. leprae* ist der einzige Erreger, der intranervale Abszesse u. U. mit Formation caseifizierender Nekrosen hervorrufen kann.

Die Folgen eines chronisch bestehenden sensorischen Defizits sind fatal:



Bagatellverletzungen und Fehlbelastungen des Gewebes führen zur Ausbildung persistierender Infektionen und letztlich – unterstützt durch den Befall des knöchernen Skelettes – zu spontanen Amputationen. Zudem provoziert das häufig bestehende motorische Defizit die den jeweiligen Nerven zuzuordnenden Fehlstellungen. Zweifelsohne sind die sekundären Folgen der Lepra – unabhängig vom Vorhandensein aktiver Erreger - klinisch viel bedeutsamer als die unmittelbaren Folgen der Infektion.

Abbildung 5: Lepromatöse Lepra (© Dr. W. K. Jacyk)

Ebenfalls von herausragender klinischer Bedeutung ist der Befall des Auges durch *M. leprae*. Läsionen am Auge werden vor allem verursacht durch direkte Invasion des *Corpus ciliare* und anderer Subkomponenten des Auges sowie die Schädigung von N. trigeminus oder N. facialis und Ausfall der schützenden sensiblen und motorischen Funktionen (Lidschlag!). Diese verschiedenen Schädigungsmechanismen machen die Blindheit zu einer bedeutungsvollen Komplikation der Lepra und die Lepra zu einer bedeutungsvollen Ursache der Blindheit. Die nicht seltene Verbindung der schweren Sehbehinderung mit ausgeprägten Störungen des Tastempfindens ist für betroffene Patienten besonders unheilvoll.

Summarisch ergibt sich das Bild eines in Jahrtausenden der biologischen Auseinandersetzung gewachsenen Wirt-Parasit-Verhältnisses, dessen Komplexität und dessen Besonderheiten trotz aller Parallelen einzigartig unter den Infektionskrankheiten sind. Dies gilt auch für die typischen Reaktionen im Verlauf der Lepra.

Zu jedem bestimmten Zeitpunkt im Ablauf der Infektion besteht eine bestimmte immunologische Balance zwischen Wirt und Parasit. Drastische Änderungen dieser Balance etwa durch die Polychemotherapie, aber auch durch eine Verschiebung der Immunkompetenz wie z. B. bei einer Schwangerschaft, äußern sich in charakteristischen Krankheitsbildern, den Lepra-Reaktionen. Dabei handelt es sich um allergische Vorgänge, die durch die kennzeichnenden Neuritiden die endgültigen neurologischen Defizite der Erkrankung mitbestimmen und somit in ihrer Bedeutung kaum zu überschätzen sind.

Die zügige und angepaßte konservative und auch chirurgische Therapie der Reaktionen und Neuritiden ist für die weitestgehende *restitutio ad integrum* der Infizierten ebenso wichtig wie die Chemotherapie selbst. Wichtigste Maßnahmen sind die Gabe von Corticosteroiden und ggf. die operative Nervendekompression.

Die Diagnose der Lepra ist in der Regel eine klinische. Nichtsdestotrotz kann die Infektion bakteriologisch, histologisch, durch – serologische und intrakutane – Immunreaktionen sowie durch die 1984 eingeführte PCR (*polymerase chain reaction*) nachgewiesen werden. Von klinischer Relevanz ist lediglich die Ziehl-Neelsen-Färbung durch Skarifikation gewonnener Lymphausstriche. Diese erleichtert aber auch nur bei der *Lepra lepromatosa* die Differentialdiagnose. Ansonsten sind alle Untersuchungen wenig sensibel und/oder spezifisch und zudem sehr kostenintensiv.

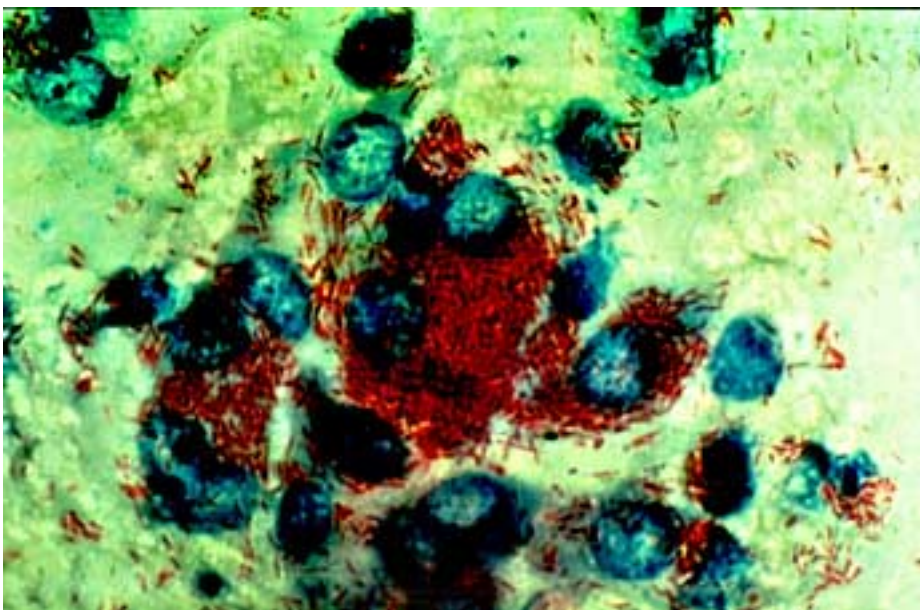


Abbildung 6: Massenhafte Darstellung (rotgefärbter) *M. leprae* im Ausstrich – Färbung nach Ziehl-Neelsen (© DAHW)

1.1.6 Therapie

Die Chemotherapie der Lepra erfuhr in den letzten beiden Jahrzehnten eine dramatische Vereinfachung und Standardisierung. Sie basiert auf den Pharmaka Rifampicin und DDS sowie (bei multibacillärer Lepra) Clofazimin. Fast ebenso bedeutungsvoll ist die Behandlung der Reaktionen, die auf Corticosteroiden als wichtigsten Therapeutika beruht. Bei paucibacillärer Lepra wird die Polychemotherapie über 6 Monate, bei MB Lepra über 12 Monate empfohlen. Die Medikamente werden für die Feldarbeit in sogenannten Blistern mit der eingeschweißten Dosis für einen Behandlungsmonat ausgeliefert. Die nur einmal im Monat notwendige Einnahme des wichtigsten Chemotherapeutikums Rifampicin wird bei der Ausgabe des neuen Blisters vom Personal der Gesundheitsdienste überwacht. Die regelmäßige Einnahme führt zur fast sicheren bakteriologischen Heilung. Auch Patienten mit lepromatöser Lepra sind schon wenige Tage nach der Einnahme einer Einmaldosis Rifampicin als nicht mehr infektiös anzusehen. Dieser Tatbestand ist die Grundlage der modernen ambulanten Therapie: Die wesentliche Infektionsgefahr besteht vor der Diagnosestellung.

Mit Einführung dieser Behandlung entstanden neuere, komplexere Konzepte einer Behandlung der Infektion und ihrer Folgen: Die systematische und lebenslange Prävention von Körperbehinderungen bei nervalen Ausfällen, rekonstruktive chirurgische Maßnahmen und die sozio-ökonomische Rehabilitation der ehemaligen Patienten in die Gesellschaft entwickelten sich zu neuen Schwerpunkten einer „ganzheitlichen“ Therapie. Die detaillierte Darlegung der zur Verfügung stehenden Palette von Interventionen sprengte den Rahmen dieser Einführung. Zur Illustration seien nichtsdestoweniger drei Beispiele aus dem Bereich der „Prävention von Behinderungen“ (*Prevention of Disabilities – PoD*) angeführt:

- die regelmäßige Körper- und Wundpflege durch die von Nervenschäden Betroffenen
- die Unterrichtung dieser Patientengruppe über Gefahren im Alltagsleben bei bestimmten Sensibilitätsdefiziten
- die Produktion und Distribution orthopädischer und sonstiger Hilfsmittel (Brillen, Handschuhe, angepaßtes Schuhwerk, Haushaltsutensilien zum Schutz vor Verbrennungen u.ä.)

Wo immer möglich, suchen die Dienste für PoD und sonstige Rehabilitationsmaßnahmen den Anschluß an andere in diesem Sektor tätige Einrichtungen.

1.1.7 Prävention und *Public Health*

Kaum ein Faktor hat eine vergleichbar protektive Wirkung in Bezug auf Lepra wie der allgemeine sozioökonomische Fortschritt, und gleichzeitig steht kaum ein Faktor derartig exponiert außerhalb des Einflusses präventiver Medizin.

In der Annahme, daß der menschliche Wirt das wesentliche natürliche Reservoir von *M. leprae* darstellt, wird daher das frühe Auffinden und die umgehende Behandlung aller Infizierten als die entscheidende Strategie zur Expositionsprophylaxe angesehen. Der schleichende Verlauf der Lepra und das in vielen Kulturen mit der Diagnose verbundene Stigma erschweren die frühe Identifikation von Infizierten und erfordern daher ein durchdachtes Vorgehen. Zudem befindet sich die kontinuierliche Einnahme von Medikamenten über etliche Monate trotz rascher Beschwerdebesserung (oder gar trotz der auch möglichen drastischen Verschlechterung des Befundes im Falle einer Reaktion) in nachhaltigem Widerspruch zu gängigem menschlichen Verhalten. Schließlich leidet in jedem Fall eine beachtliche Minderheit der zuvor an Lepra Erkrankten an verbleibenden Nervenschädigungen und muß daher dauerhaft in der mühseligen Prävention von Behinderungen unterwiesen werden. Durch diese Zusammenhänge ist die erfolgreiche Leprakontrolle – ähnlich wie die vieler anderer Seuchen – genauso ein soziales wie ein medizinisches Problem: Ohne die Mitarbeit der betroffenen Bevölkerungsgruppen, ohne ihre Einbindung in die Leprakontrolle und ohne ihre Akzeptanz der schwerfälligen, aber hoch wirksamen medizinischen Therapie sind wesentliche Fortschritte kaum vorstellbar.

Ähnliches gilt für die Einbindung des Gesundheitspersonals: Da die Lepra wohl zu den folgenschwereren, aber gleichzeitig zu den selteneren Infektionskrankheiten zählt, ist die Aufrechterhaltung minimaler Kenntnisse sowohl die – bezüglich der Primärsymptome wenig geläufige – Diagnostik als auch die langwierige und komplexe Therapie betreffend eine zweite wesentliche Herausforderung.

Schließlich steht und fällt die erfolgreiche Leprakontrolle mit den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Das systematische frühzeitige Auffinden von Infizierten, die Durchführung einer standardisierten monatelangen medikamentösen Therapie samt der dafür benötigten Logistik und Supervision, die Sicherstellung eines minimalen Kenntnisstandes unter Mitarbeitern der Gesundheitsdienste und manch anderer Eckpfeiler der Kontrolle sind ohne politische Rückendeckung nicht zu implementieren. Hilfreich kann hierbei die Einsicht in die herausragende Kosteneffektivität der Leprakontrolle sein: Der

durch die Krankheit verursachte Schaden gilt als derart beträchtlich, daß ihre Eindämmung auch von erwiesenem volkswirtschaftlichem Nutzen ist.

Es ist klar ersichtlich, daß die Einbindung aller Beteiligten (der betroffenen Bevölkerungsgruppen, des Gesundheitspersonals und der Politiker) durch Veränderungen des Gesundheitssystems beeinträchtigt werden kann. Von daher ist auch von einem Einfluß der gesundheitspolitischen Dezentralisierung auf die Leprakontrolle auszugehen. Die kritische Bewertung der in diesem Zusammenhang gesammelten Erfahrungen erscheint daher unumgänglich. Die vorliegende Arbeit beabsichtigt, einen kleinen Beitrag zu einer sachgerechten Bewertung zu leisten.

1.2 Charakteristika von Kolumbien und Brasilien

Im folgenden Abschnitt werden einige wesentliche Fakten zur Geographie und Geschichte sowie zur politischen und wirtschaftlichen Entwicklung Kolumbiens und Brasiliens vorgetragen. Es folgt die Zusammenstellung wichtiger demographischen Daten mit besonderer Berücksichtigung von zur Beurteilung des Gesundheitsstatus der Bevölkerung relevanten Indikatoren.

1.2.1 Kolumbien

Kolumbien ist mit 1,14 Mill. km² das viertgrößte Land Südamerikas. Im Nordwesten des Subkontinentes liegend grenzt es als einziges Land dieser Region sowohl an den Pazifischen Ozean als auch an das Karibische Meer. Trotz seiner tropischen Lage weist Kolumbien eine verblüffende Vielfalt des Klimas und der Topographie auf: Zwischen Pazifikküste im Westen und Amazonasbassin im Osten durchziehen drei *cordilleras* der Anden das Land in Nord-Süd-Richtung und sorgen für spektakuläre Kontraste: Die bis zu 5.775 m hohen Gipfel der Sierra Nevada sind etwa nur wenige Dutzend Kilometer von Santa Marta an der Karibikküste entfernt.

Über die präkolumbianischen Kulturen Kolumbiens ist vergleichsweise wenig bekannt, da räumlich beschränkte Zivilisationen vorherrschten, die wenige bleibende Konstruktionen

Unter dem Eindruck der US-amerikanischen Unabhängigkeit und der französischen Revolution sowie der nachfolgenden Napoleonischen Kriege führte und gewann Simon Bolívar in den Jahren 1812-19 den kolumbianischen Unabhängigkeitskrieg. Der Souveränität des neuen Staates Groß-Kolumbien folgte die Aufteilung in Kolumbien, Ecuador und Venezuela im Jahre 1830.

Mit der politischen Spaltung des Landes in eher zentralistisch orientierte Konservative und föderalistisch ausgerichtete Liberale begann eine fast ununterbrochene Sequenz von Bürgerkriegen und bürgerkriegsähnlichen Auseinandersetzungen, die sich unter veränderten Vorzeichen nunmehr über 150 Jahre bis zum heutigen Tage in Kolumbien fortsetzt. Diese Kämpfe eskalierten periodisch: So starben in den Jahren 1899-1903 ca. 100.000 Kolumbianer im „Krieg der 1.000 Tage“. Die USA nutzten nebenbei diese damaligen inneren Zwistigkeiten, um die Unabhängigkeit der kolumbianischen Provinz Panama durchzusetzen und so die Grundlage für den Kanalbau unter US-amerikanischer Kontrolle zu schaffen. Die als *La Violencia* – „die Gewalt“ – bezeichnete Periode von 1948-53 kostete 300.000 Kolumbianern das Leben und mündete in die einzige Militärdiktatur des 20. Jahrhunderts im Lande von 1953-57. Sie wurde durch die erneute, unter demokratischen Vorzeichen ausgetragene Auseinandersetzung zwischen Liberalen und Konservativen abgelöst, in die sich zunehmend kommunistisch orientierte Guerillagruppen, strikt antikommunistische *paramilitares*³ und seit 1980 die Drogenkartells einmischten.

Unter der letzten liberalen Regierung von Ernesto Samper 1994-98 nahmen all diese Machtkämpfe und die dazugehörigen Interessenverquickungen bis dahin unbekannte Ausmaße an; dem Präsidenten selbst wurde nachgewiesen, wissentlich 6 Mill. US \$ Wahlkampfgelder vom sogenannten Cali-Kartell angenommen zu haben. Aber auch die sich anschließende und bis heute im Amt befindliche Regierung des Konservativen Andrés Pastrana Arango war trotz einiger Erfolge im Kampf gegen die Drogenmafia und trotz Friedensgesprächen mit der wichtigsten Guerillagruppe FARC⁴ bisher nicht in der Lage, die innenpolitische Situation des Landes zu stabilisieren.

Kolumbien zählt ca. 41 Mill. Einwohner einer auch unter Einwanderungsländern bemerkenswert vielfältigen Zusammensetzung: 75% der Bevölkerung werden in irgendeiner Form zu den Mischlingen zwischen Indianern, Weißen und Schwarzen gezählt.

³ häufig mit Militär und Polizei kooperierende „paramilitärische“ Einheiten

⁴ Fuerzas Armadas Revolucionarias Colombianas – Revolutionäre Kolumbianische Streitkräfte

Der *trigueño*⁵ gilt bei allen latenten Vorurteilen in gewisser Hinsicht als Verkörperung des Kolumbianers schlechthin. Die Bevölkerung ist äußerst ungleich über das Territorium verteilt. Die Bevölkerungsdichte im Amazonasbecken ist extrem gering, 72% der Einwohner leben in Städten, davon allein 6 Millionen in der Hauptstadt Bogotá. Die Zahl der Binnenflüchtlinge wird auf 1,8 Mill. geschätzt, die FARC kontrollieren eine 42.000 km² messende, ihr von der Regierung zugestandene „Neutrale Zone“. Die spanische Sprache und katholische Religion sind prädominant.

Das Bruttosozialprodukt Kolumbiens betrug 1998 ca. 101 Mrd. US \$ oder 2.470 \$ pro Einwohner mit einem durchschnittlichen Wachstum von knapp 4% in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts. Die Auslandsverschuldung 1998 betrug 33 Mrd. US \$. Importen von 10,7 Mrd. \$ 1999 (vor allem Maschinen und Apparate, chem. Produkte) standen legale Exporte von 11,6 Mrd. \$ gegenüber (vor allem Erdöl/Erdölprodukte und chem. Produkte). Das Gesamtvolumen des Exports wird auf 18,5 Mrd. \$ geschätzt. Der – illegale – Handel mit Kokain und Heroin macht hiervon annähernd 40% aus und ist somit *de facto* der bedeutsamste Sektor.

1.2.2 Brasilien

Brasilien bedeckt eine Fläche von 8,55 Mill. km² und ist damit das größte Land Lateinamerikas, das fünftgrößte der Erde. Es bedeckt nahezu die Hälfte Südamerikas und grenzt an alle Länder des Subkontinentes außer Chile und Ecuador. In der Abwesenheit herausragender Gebirgszüge ist das Klima hauptsächlich durch die Breitenlage und die Niederschlagsmenge bestimmt. Das ausgedehnte und tropische Amazonasbecken des Westens geht im Nordosten über in den *Sertão*, eine permanent von Dürren bedrohte semiaride Region. Weiter südlich folgen erneut ein tropischer Klimagürtel und schließlich die subtropischen südlichen Staaten.

Die Kenntnisse über die präkolumbianischen Kulturen Brasiliens sind noch lückenhafter als die der Frühgeschichte Kolumbiens. Es wird allerdings angenommen, daß das Land zur Zeit der ersten portugiesischen Landnahme von ca. 7 Mill. Indios bewohnt war, denen eine heutige indianische Bevölkerung von nur 300.000 gegenübersteht.

⁵ Kolumbianer mit Vorfahren unter allen drei Ethnien

Im Jahre 1500 betrat der Portugiese Pedro Cabral als erster Europäer brasilianischen Boden. 1549 wurde Tomé de Sousa als erster Gouverneur Portugiesisch-Brasiliens ernannt, Hauptstadt wurde Bahia. Für nahezu 300 Jahre blieb Zuckerrohr das wichtigste Agrarprodukt des Landes. Die Bearbeitung der Plantagen unterhielt eine stetige Nachfrage nach Sklaven.



Landkarte 2: Topographische Darstellung Brasiliens (Quelle: Microsoft Encarta)

Auf der Jagd nach Indios eroberten die sogenannten *bandeirantes*⁶ einen Großteil des heutigen Brasiliens. Der später einsetzende transatlantische Handel mit afrikanischen Sklaven führte dazu, daß nur wenige Länder des heutigen Afrika eine größere afrikanischstämmige Bevölkerungsgruppe als Brasilien aufweisen.

Im Jahre 1807 floh der portugiesische Prinzregent Dom João VI. vor den anrückenden Armeen Napoleons nach Brasilien und machte Rio de Janeiro zur Hauptstadt seines portugiesischsprachigen Reiches. Nach dessen Rückkehr nach Lissabon erklärte sein in

Brasilien verbleibender Sohn Dom Pedro I. 1821 in einem unblutigen Schritt die brasilianische Unabhängigkeit. Dieser wiederum mußte im Jahre 1830 wegen Inkompetenz den Thron zugunsten seines fünfjährigen Sohnes Dom Pedro II. abtreten. Jener übernahm ein Jahrzehnt später offiziell die Amtsgeschäfte bis zum Jahre 1889 und formte in vielerlei Hinsicht bereits das moderne Brasilien: Er baute eine konstitutionelle, parlamentarische Monarchie auf, förderte die Masseneinwanderung aus Europa, festigte Brasiliens Position als regionale Großmacht, unterstützte die Einführung des Kaffeeanbaus ebenso wie den Aufbau eines Eisenbahnnetzes und schaffte schließlich 1888 die Sklaverei ab.

Von 1889 bis 1985 wurde das Land entweder durch Militärdiktatoren oder durch vom Militär direkt abhängige Präsidenten regiert. Bekannter sind Getúlio Vargas, der von 1930-54 regierte, das Land trotz Sympathien für den Faschismus auf Seiten der Alliierten in den Zweiten Weltkrieg führte und sich 1954 nach seiner Absetzung erschoss, sowie Juscelino Kubitschek, der die Hauptstadt während seiner Regierungszeit 1955-60 von Rio de Janeiro in das aus dem Boden gestampfte und zumindest damals futuristische Brasília verlagerte.

1985 übernahmen mit der Demokratisierung der Gesellschaft wieder Zivilisten die Regierung. Ein Korruptionsskandal gigantischen Ausmaßes – es ging um die Veruntreuung von Milliardensummen – zwang 1992 den Präsidenten Fernando Collor de Mello zum Rücktritt. Ihm folgte für zwei Jahre Vizepräsident Itamar Franco. Dessen Finanzminister Fernando Henrique Cardoso setzte nach über einem Jahrzehnt der Hyperinflation die Stabilisierung der nationalen Währung durch. Er regiert seit 1994 als Präsident. Zwar gelang ihm die ökonomische Konsolidierung des Landes, doch stellen die extrem ungleiche Verteilung des brasilianischen Wohlstandes, die Kriminalität an sich und die der Drogenbanden im besonderen weiterhin äußerst ernste Bedrohungen der inneren Sicherheit des Landes dar. Es wird geschätzt, daß in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts über eine halbe Million Brasilianer eines gewaltsamen Todes gestorben sind.

Brasilien mit seinen 168 Mill. Einwohnern ist auch von der Bevölkerungszahl her das fünftgrößte Land der Erde und das größte Lateinamerikas. Über die Hälfte der Einwohner sind „Weiße“, 34% Mulatten und Mestizen, 11% „Schwarze“. 78% der Bevölkerung leben in Städten, davon 9,8 Mill. in São Paulo, 5,6 Mill. in Rio de Janeiro und 1,8 Mill. in der sechstgrößten Stadt, der Hauptstadt Brasília. Diese Angaben beziehen sich auf das

⁶ „Fahnenträger“

eigentliche Stadtgebiet; Groß-São Paulo zählt etwa 17 Millionen Einwohner und gilt z. Zt. als die drittgrößte Metropole der Welt nach Tokio und Mexiko-Stadt. Prädominante Sprache des Landes ist Portugiesisch, 75% der Bevölkerung sind Katholiken, 10% Protestanten.

Das Bruttosozialprodukt Brasiliens belief sich 1998 auf 768 Mrd. US \$ oder 4.639 \$ pro Einwohner mit einem langjährigen durchschnittlichen Zuwachs von gut 3%. Die Auslandsverschuldung betrug 232 Mrd. US \$. Importen von 49 Mrd. \$ standen Exporte von 48 Mrd. \$ gegenüber. Das Land importiert vor allem Maschinen, chem. Erzeugnisse und Kraftfahrzeuge, exportiert aber auch vorrangig Transportmaterialien und -teile sowie Metalle und Metallerzeugnisse. Alle Agrarprodukte zusammen machen noch 29% der brasilianischen Exporte aus.

1.2.3 Synopsis wichtiger Indikatoren

Die weiter unten folgende Tabelle sucht, wichtige demographische Daten sowie Indikatoren zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Brasiliens und Kolumbiens zusammenzustellen. Im Anhang dieser Arbeit findet sich eine ausführlichere Übersicht mit Berücksichtigung der südamerikanischen Nachbarländer sowie auch von Deutschland und Mosambik, um einen Vergleich mit einem hochindustrialisierten Land und einem Land sehr niedrigen Nationaleinkommens zu ermöglichen. Bei allen immanenten Schwächen gestatten diese Indikatoren die grobe Orientierung über den Grad der Aufmerksamkeit, die das Gesundheitswesen in den angeführten Ländern genießt.

Summarisch kann festgestellt werden, daß Brasilien trotz seines höheren Bruttosozialproduktes pro Einwohner nur unwesentlich mehr Finanzen *per capita* in die Gesundheitsversorgung einfließen läßt als Kolumbien. In absoluten Ziffern stehen zwar 319 US \$ im Vergleich zu 247 \$ zur Verfügung. Alle das sogenannte *outcome*, die epidemiologisch faßbaren Resultate von Gesundheitsinterventionen, beschreibenden Indikatoren sprechen jedoch für die höhere Effizienz des kolumbianischen Gesundheitssystems. Dies gilt in besonderem Maße für die niedrige Säuglings- und Müttersterblichkeit, aber auch für die Lebenserwartung (die natürlich die Sterbeziffern pro Altersgruppe reflektiert). Besonders augenfällig ist der Unterschied zwischen beiden Ländern im *fairness ranking* des *World Health Report 2000* der WHO. Diese Publikation sucht die Gesundheitssysteme aller Mitgliedsstaaten u. a. bezüglich ihrer Fairness im Umgang mit Patienten gleich welcher sozialen, ökonomischen und sonstigen Provenienz

zu vergleichen und räumt Kolumbien den 1. Platz, Brasilien hingegen den 189. Platz fast als Schlußlicht aller Mitgliedsländer ein. Details dieser Bewertung werden unter 4. diskutiert.

<i>Indikator</i>	Kolumbien		Brasilien	
	<i>Jahr</i>	<i>Schätzung</i>	<i>Jahr</i>	<i>Schätzung</i>
Bevölkerung	1999	41.600.000	1999	168.000.000
Jährl. Bevölkerungswachstum	1990-98	1,9%	1990-98	1,4%
Städt. Bevölkerung	1998	72%	1998	78%
Alphabetisierungsrate (Erwachsene)	1995	91%	1995	83%
Geburtenziffer	1999	24/1.000	1999	20/1.000
Sterbeziffer	1999	6/1.000	1999	7/1.000
Müttersterblichkeit	1990	100/100.000	1990	220/100.000
Lebenserwartung	1998	71,1 J.	1998	67,7 J.
Fruchtbarkeitsrate	1999	2,7	1999	2,2
Säuglingssterblichkeit	1999	29/1.000	1999	41/1.000
Sterblichkeit 0-5 Jahre	1999	29/1.000	1999	45/1.000
Sterblichkeit 15-59 Jahre	1999	175/1.000	1999	226/1.000
Deckung Trinkwasserversorgung	1990-98	85%	1990-98	70%
Deckung Kanalisationsanschluß	1990-98	85%	1990-98	76%
Anteil Gesundheitsausgaben am BSP	1997	9,3%	1997	6,5%
Gesundheitsausgaben <i>per capita</i>	1997	247 US \$	1997	319 US \$
<i>Fairness ranking</i> WHO	1997	1	1997	189
<i>Human development index ranking</i>	1999	57	1999	79

Tabelle 1: Demographische Daten und Indikatoren der Gesundheitsversorgung in Brasilien und Kolumbien *Quellen: WHO, Fischer Weltalmanach 2001*

Im Resümee nehmen Kolumbien und Brasilien bei der Mehrzahl der angelegten Parameter wie fast alle anderen lateinamerikanischen Länder eine Mittelstellung zwischen den „entwickelten“ Industrienationen der westlichen Welt und Ländern niedrigen Nationaleinkommens ein. Sie müssen sich in der Zukunft der Frage stellen, wie die nur bestimmte Bevölkerungsgruppen erfassende Transition in eine moderne „Dienstleistungsgesellschaft“ eine breitere Grundlage finden kann, wie der Abbau sozialer Disparitäten und der bürgerkriegsbedingten oder bürgerkriegsähnlichen Gewalt zu bewerkstelligen ist, und wie schließlich bei begrenzten Ressourcen ein gewisses Niveau an Gesundheit „für alle“ zu erreichen ist. Hierbei spielt die Strukturierung des Gesundheitssystems eine wichtige Rolle.

1.3 Kontext der Forschungsfrage

Das globale Ausmaß der Jahrtausende alten Lepraendemie zu Beginn des 21. Jahrhunderts wurde abgesteckt: Trotz der weltweiten Implementierung einer sehr effektiven Chemotherapie werden seit 15 Jahren konstant über eine halbe Million neue Leprafälle jährlich beobachtet; im Jahr 1999 waren es 738.000 Patienten. Das schwere Leid des einzelnen Erkrankten, der infektiöse Charakter der Lepra und schließlich auch der durch die Erkrankung hervorgerufene volkswirtschaftliche Schaden machen die Leprakontrolle zu einer fortbestehenden politischen Herausforderung, zumal bei entsprechendem Engagement von Politikern, Gesundheitsdiensten und der betroffenen Bevölkerungsgruppen eine wirksame Kontrolle möglich ist. Diese sollte neben der bakteriologischen Heilung der Erkrankten und der damit angestrebten Unterbrechung der Transmissionskette auch die permanente primäre und sekundäre Prävention⁷ von Behinderungen sowie nicht zuletzt die Reintegration der vielfach stigmatisierten Betroffenen in die Gesellschaft anstreben.

In der Folge wurden mit Kolumbien und Brasilien zwei südamerikanische Länder in der Transition vom Agrar- zum Industrie- und Dienstleistungsstaat und in einer nach wie vor kritischen Phase der innenpolitischen Entwicklung vorgestellt. In beiden Ländern ist die Lepra seit der Zeit der Eroberungen endemisch, in Brasilien allein werden derzeit 6% aller neuen Leprapatienten weltweit entdeckt. Beide Länder öffneten sich in den letzten 20 Jahren auch aufgrund ihrer innenpolitischen Probleme (Korruption, Dominanz von Oligarchen bzw. Militärs in der Politik, Bedrohung durch Drogenhandel, Kriminalität im allgemeinen und Bürgerkrieg) zunehmend der Einflußnahme von außen. Dies Phänomen betrifft auch und gerade den Gesundheitssektor. Einen Eckpfeiler der durchgesetzten Reformen stellt die Dezentralisierung der öffentlichen Verwaltung und des Gesundheitssystems dar.

Obwohl die Dezentralisierung an sich gerade im vergangenen Jahrzehnt auf vermehrte Aufmerksamkeit im Forschungsbereich stieß, ist wenig über ihre Auswirkungen auf die Seuchenkontrolle und nichts über durch sie provozierte Wandlungen der Leprakontrolle bekannt. Die vorliegende Arbeit beabsichtigt daher, am Beispiel Kolumbiens und Brasiliens folgende vorrangige Fragen zu beantworten:

⁷ Unter primärer Prävention wird in diesem Text die Vorbeugung vor einer Erkrankung, unter sekundärer Prävention die Vorbeugung vor der Verschlimmerung bzw. Chronifizierung einer bereits (latent oder manifest) bestehenden Erkrankung verstanden.

- Welche Form der Dezentralisierung wurde implementiert, und welchen Interessen diene sie?
- Wie wirkte sich die Dezentralisierung auf die Qualität der Gesundheitsdienste an sich aus?
- Welches waren die Auswirkungen auf die Leprakontrolle, und welche Anpassungen macht sie erforderlich?

Die Arbeit entstand in enger Zusammenarbeit mit dem DEUTSCHEN AUSSÄTZIGEN-HILFSWERK (DAHW) in Würzburg. Das DAHW ist als gemeinnütziger Verein eine Nicht-Regierungsorganisation mit der satzungsgemäßen Verpflichtung, die zur Verfügung stehenden Spenden der nachhaltigen Leprakontrolle in den endemischen Ländern zu widmen. Es ist Mitglied der INTERNATIONALEN FÖDERATION DER LEPRAHILFSWERKE ILEP, in der insgesamt 17 Leprahilfswerke zusammengeschlossen sind. Die ILEP-Mitglieder (von denen das DAHW das finanzkräftigste ist) verfügen gemeinsam über ein jährliches Budget von über 60 Mill. US \$ und sind damit bei weitem der wichtigste internationale Donor im Bereich der Leprakontrolle. Mehrere Mitglieder – darunter das DAHW – sind auch massiv in der Tuberkulosekontrolle engagiert, um die Nachhaltigkeit und Effizienz der Lepradienste zu erhalten und zu fördern.

Das DAHW ist im Rahmen des von ILEP erstellten Netzes von Verantwortlichkeiten der ILEP-Koordinator für Leprakontrolle in ganz Kolumbien sowie in den brasilianischen Bundesstaaten Mato Grosso, Mato Grosso do Sul, Amazonas, Roraima und Maranhão. In diesen Projekten zusammen werden in enger Zusammenarbeit mit landeseigenen Institutionen jährlich etwa 10.000 neue Leprapatienten gefunden. Von den Ergebnissen der vorliegenden Forschungsarbeit werden konkrete Empfehlungen die Position und das weitere Wirken des DAHW in diesen Regionen betreffend erhofft. Zudem sollten indirekte Rückschlüsse auf das Vorgehen in anderen Ländern möglich sein, in denen die Dezentralisierung des Gesundheitssystems geplant ist oder bereits vorangetrieben wird.

* * * * *

2. Literaturübersicht

Das Dissertationsthema berührt einen Forschungsbereich, der methodisch wie inhaltlich erst in den Jahren seit 1980 detaillierter abgesteckt wurde. Es werden zunächst einige zumeist sehr rezente Arbeiten besprochen, die die Methodik der Gesundheitssystemforschung beleuchten und sich darüber hinausgehend Gedanken über den Einfluß derartiger Forschung auf die real implementierte Politik machen. Anschließend werden einige grundlegende theoretische Abhandlungen über die Dezentralisierung an sich vorgestellt. Mit zunehmender Implementierung der Dezentralisierung in den verschiedenen lokalen Kontexten mehrten und mehren sich die praktischen Erfahrungen. Spezifische Erfahrungen aus Lateinamerika werden gesondert vorgeführt und diskutiert. Es konnten insgesamt nur wenige Arbeiten identifiziert werden, die sich mit den Auswirkungen der Dezentralisierung auf die Seuchenkontrolle (*disease control*) befassen. Einige Publikationen verfolgen die Kontrolle von Malaria, Denguefieber, Chagas-Krankheit, Schistosomiasis und Filariose im Umfeld der Gesundheitssektorreform in Lateinamerika, insgesamt vier Fallstudien beobachten den Einfluß von Reformen und gerade auch der Dezentralisierung auf die Tuberkulosekontrolle. Die Ergebnisse werden kurz vorgetragen. Es konnte keine Studie ausgemacht werden, die sich mit der Auswirkungen der gesundheitspolitischen Dezentralisierung auf die Leprakontrolle beschäftigt. Die Dezentralisierung der Leprakontrolle und ihre Integration in allgemeine Gesundheitsdienste sind Tendenzen, die zwar keinesfalls als identisch anzusehen sind, sich aber häufig doch in vielen Aspekten überlappen. Da – allerdings erst seit 1997/98 – zur Frage der bestmöglichen Integration vertikaler Lepradienste in die allgemeine Versorgung inzwischen eine ganze Reihe, vielfach noch nicht veröffentlichter Resultate vorliegen, werden diese in der ihnen gebührenden Ausführlichkeit diskutiert.

2.1 Gesundheitssystemforschung

Gesundheitssystemforschung schlägt eine Brücke zwischen Medizin und Politik, indem sie Zusammenhänge zwischen Gesundheitssystem und Gesundheit einerseits sowie die Rolle der öffentlichen Gesundheit im gesamten politischen Kontext andererseits durchleuchtet. Während aus medizinisch-ethischer Sicht vor allem die Effektivität (inwieweit eine bestimmte Aktivität zu einem bestimmten Resultat führt) einer individuellen oder kollektiven

Intervention relevant ist, hat die Gestaltung des Gesundheitssystems auch maßgeblich die Effizienz zu berücksichtigen, die Frage, wie gegebene oder bereitzustellende Ressourcen über bestimmte Aktivitäten in bestimmte Resultate münden. Biermann (1999) beschreibt die Rolle diesbezüglicher Forschung folgendermaßen:

„Das eigentliche Produkt der Gesundheitssystemforschung sind Beiträge zur Herstellung von Gerechtigkeit und Vernunft – Gerechtigkeit in der Verteilung endlicher und ständig knapper werdender Ressourcen und Vernunft bei den demzufolge immer schwieriger werdenden politischen Allokationsentscheidungen.“

Vielfach wird eine gewisse Diskrepanz zwischen der enthusiastischen Implementierung bestimmter gesundheitspolitischer Reformen und deren mangelhafter wissenschaftlicher Unterfütterung notiert (Janovsky 1996). In Antwort darauf versuchte ein Team von Autoren (ibid) im Auftrag der WHO, eine „Forschungsagenda“ für angemessene Methoden und prioritäre Themen zusammenzustellen.

Angesichts der komplexen Interaktion zwischen politischen Rahmenbedingungen im Gesundheitssektor und ihren Auswirkungen auf die „Güte“ des erzielten allgemeinen Gesundheitszustandes wird die Notwendigkeit betont, die Forschungsmethoden dieser Komplexität anzupassen. Experimentelle Forschungskonzepte seien dringend durch die qualitative Analyse des gesamten Kontextes zu ergänzen. Die zeitliche und geographische Generalisierbarkeit politologischer und soziologischer Forschungsergebnisse wird nachhaltig angezweifelt. Gesundheitssystemforschung muß sich häufig mit nur in einem begrenzten örtlichen und zeitlichen Rahmen gültigen Ergebnissen befrieden, die zudem nur *plausibel*, nicht aber – wie in experimentellen Studien – *wahrscheinlich*, gemacht werden.

Schwartz & Krauth (1999) fassen diesen Sachverhalt folgendermaßen zusammen:

„Gesundheitssystemforschung als multi- und interdisziplinär ausgerichtetes Forschungsprogramm nimmt Fragestellung, theoretische Ansätze und Ergebnisse zahlreicher mit Gesundheit und dem Gesundheitssystem befasster Disziplinen – u.a. Medizin, Epidemiologie, Wirtschafts-, Management- und Politikwissenschaft – auf und strebt an, sie zu einem integrativen gesundheitssystemischen Theorieansatz auszubauen. Sie nutzt dabei ein breites Spektrum epidemiologischer, statistischer, ökonomischer und sozialwissenschaftlicher Methoden.

[...]

Die empirische Gesundheitssystemforschung kann immer nur ‚scattered evidence‘ (Etioni) liefern, denn sie stützt sich überwiegend auf Studien mit eingeschränkten Bedingungen. Dessen sollte sie sich immer bewusst bleiben – auch dann, wenn sie politisch beratend auftritt.“

Prioritär seien (Janovsky 1996) Forschungsthemen

- die von großer Bedeutung für den allgemeinen Gesundheitsstatus der Bevölkerung sind
- deren Bearbeitung von einer realistischen Aussicht auf Umsetzung der Ergebnisse in der Gesundheitspolitik begleitet ist

Im Umkehrschluss wird der *evidenzbasierten politischen Willensbildung* das Wort geredet. So wie Forscher die Umsetzbarkeit ihrer Arbeitsergebnisse im Auge behalten sollten, so sollten Politiker vermehrt eine wissenschaftliche Absicherung ihrer Arbeit suchen. Studien, die diese Thematik detaillierter untersuchen, werden in der weiteren Folge besprochen.

Probleme beim Festlegen der Prioritäten in der Gesundheitssystemforschung werden ausführlich dargelegt. Die Reduktion der Bedarfsanalyse auf ökonomische Parameter wie etwa die volkswirtschaftliche „Belastung durch eine Krankheit“ (*burden of disease*) ausgedrückt in verlorenen, um etwaige Nachteile durch Behinderungen korrigierte Lebensjahre (*disability adjusted life-years*) wird nachhaltig kritisiert.

Zwei der Autoren beschäftigen sich ausschließlich mit der aktuellen Forschungsagenda im Bereich der Dezentralisierung. Bossert (1996) zufolge sind in der Vergangenheit durchgeführte Studien zur Dezentralisierung durch Mängel des analytischen Konzeptes charakterisiert. Es handele sich um deskriptive Fallvorstellungen, die allerdings bedrohliche Defizite zahlreicher Dezentralisierungsvorhaben aufdeckten. Beachtet werden müsse, dass die durch den politischen Richtungswechsel an sich verursachten Störungen von den der neuen politischen Ausrichtung inhärenten Problemen zu unterscheiden sind. Es wird wiederholt darauf hingewiesen, dass die Effektivität der u. a. von der Weltbank und USAID in vielen Ländern nachhaltig empfohlenen Dezentralisierungspolitik eine wissenschaftlich nicht abgesicherte Hypothese darstelle.

Zentrale Fragen bei der zukünftigen Untersuchung der Dezentralisierung seien u. a. die der Equität⁸, der Effizienz und Effektivität⁹, der Abdeckung eines empfundenen Bedarfs

⁸ Wörtliche Übersetzung des angloamerikanischen Terminus *equity*, welcher die Gleichbehandlung aller Bürger in einem Gesundheitssystem unabhängig von Geschlecht, Alter, Religion, Ethnie sowie ihrer geographischen und sozioökonomischen Provenienz bezeichnet

und der Förderung demokratischer Kultur. Missbrauch bzw. Fehler bei der Nutzung der dezentralisierten Ressourcen sind vielfach dokumentiert und können in all diesen Kategorien zu bedenklichen Beeinträchtigungen des Gesundheitssystems führen. Auch andere Autoren (Collins 1996; Frenk & González-Block 1992) halten die Frage der Qualität der Gesundheitsversorgung (gemessen u. a. an Equität, Effektivität und Effizienz) für eine Schlüsselfrage bei der Beurteilung des Dezentralisierungsprozesses.

Neben dem Problem, inwieweit die Dezentralisierungspolitik ihren Zielsetzungen gerecht wird, ist Bossert zufolge auch dasjenige der optimalen Rahmenbedingungen zu hinterfragen. Dazu zählen ein funktionierendes Informationssystem, entsprechend vorbereitetes und ausgebildetes Personal, die Klärung der Beziehung zwischen öffentlichen und privaten Gesundheitsdiensten sowie die Einbeziehung aller für eine erfolgreiche Dezentralisierung bedeutungsvollen Interessenverbände.

Die hohe Bedeutung, die der Forschung im Felde der Dezentralisierung beigemessen wird, wird wie folgt subsummiert:

"Die politische Relevanz dieser Forschungsrichtung darf nicht unterschätzt werden. Für lange Zeit und mit erneutem rezenten Interesse haben Nationen die Politik der Dezentralisierung und anderer institutioneller Reformen mit großen Erwartungen übernommen, aber ohne einen Nachweis dessen, was funktioniert, warum es funktioniert und wie die funktionierenden Ansätze übertragen werden könnten. Der auf eine kleine Auswahl von Fallstudien begründete Wissensstand legt den Gedanken nahe, dass einige Erfolgsgeschichten zahlreichen Fehlschlägen gegenüberstehen. Wir müssen uns dringend in die Lage versetzen, den politischen Entscheidungsträgern funktionierende Modelle vorzustellen, um sie zumindest vom Vermeiden durch andere bereits begangener Fehler zu überzeugen."

An anderer Stelle (Collins 1996) wird nochmals der politische Kontext der Dezentralisierung angesprochen. Ein *social development approach*, der die Gesundheitsversorgung näher an die auf sie angewiesenen Bevölkerungsgruppen herantragen will, wird von einem *market approach* unterschieden, welcher die „freie Marktwirtschaft“ in der Annahme fördern will, das freie Spiel der Kräfte Sorge optimal für die Deckung der bestehenden Bedürfnisse. Ein Verständnis der sich für die Dezentralisierung einsetzenden Akteure und ihrer ureigentlichen Interessen unterstütze

⁹ In Analogie zum angloamerikanischen Sprachgebrauch wird in diesem Text unter Effizienz das Verhältnis zwischen Verbesserung des allgemeinen Gesundheitsstatus und aufgewandten Ressourcen, unter Effektivität die Wirksamkeit einer Gesundheitsintervention in Bezug auf das gesteckte Ziel und losgelöst von aufgewandten Ressourcen verstanden.

das Verständnis der beobachteten Folgen dieser Politik. Ebenso sei die Rolle der verschiedenen medizinischen Berufsgruppen im Prozess zu verfolgen. Diese ihre Rolle kann die eines aktiv eingebundenen *stakeholder* wie die eines passiv von Reformen Betroffenen sein.

Auch sei es wichtig, die durch Gesetzestexte und Erlasse vorgesehene und die real existierende Form der Dezentralisierung zu unterscheiden und zu bestimmen. Plan und Realität des Entscheidungsablaufes im Gesundheitssystem müssten keinesfalls übereinstimmen. Auf die verschiedenen Formen der Dezentralisierung wird weiter unten eingegangen.

Varkesvisser, Pathmanatahan und Brownlee (1991) erläutern in einem detaillierten Ablauf von Modulen für Trainingskurse, inwieweit übliche Konzepte von quantitativer und qualitativer Forschung auf Gesundheitssystemforschung übertragen werden können.

Frenk und González-Block (1992) stellen ein Schema zur analytischen Betrachtung von Gesundheitssystemen in Lateinamerika vor. Sie unterscheiden zunächst eher technisch orientierte Reformen, die sich mit Qualität und Funktionalität des Gesundheitssystems beschäftigen, von politischen Reformen, welche die Machtverteilung im Staat und die politische Willensbildung beeinflussen bzw. zu beeinflussen beabsichtigen. Mischformen seien möglich. Sie diskutieren die verschiedenen, weiter unter erörterten Formen der Dezentralisierung im Wechselspiel dieser beiden grundlegenden Tendenzen. Zur Beurteilung des Erfolgs der Dezentralisierung müsse die Frage beantwortet werden, ob die Gesundheitsversorgung, Präventiv- und Umweltmedizin für die am meisten benachteiligten Bevölkerungsgruppen gestärkt worden seien.

Ein Spezifikum der meisten lateinamerikanischen Gesundheitssysteme sei die Trennung der regierungseigenen und der durch die Krankenversicherungen getragenen Gesundheitsversorgung. Diese Trennung beinhalte nicht nur getrennte Finanzierungsmechanismen, sondern auch getrennte Anbieter von Gesundheitsleistungen, namentlich separate Krankenhausnetze sehr unterschiedlicher Qualität: Die Hospitäler der Krankenversicherungen bieten in der Regel einen „kundenfreundlicheren“ Service und auch eine deutlich bessere pflegerische und ärztliche Versorgung. Dieser Umstand sei wesentlich für das Verständnis lateinamerikanischer Gesundheitssysteme.

Walt (1994) erregte Aufsehen mit ihrer Analyse der politischen Willensbildung im Gesundheitsbereich. Dieser Prozess der Willensbildung sei nicht losgelöst von der Verteilung der politischen Macht in einer gegebenen Gesellschaft zu betrachten. Wohl gäbe es das „rationale“ oder „synoptische“ Modell, das politische Entscheidungen als Resultate sorgfältigen Abwägens diverser Optionen nach objektiv nachvollziehbaren Gesichtspunkten sieht. Realistischer sei aber das „inkrementalistische“ Modell, demzufolge politische Entscheidungen in der Regel minimale Abwandlungen des *status quo* beeinflusst sowohl von objektivierbaren Erkenntnissen als auch von gesellschaftlichen Interessengruppen sind. Zwar sei es auch dem Forscher möglich, Einfluß auf die Gesundheitspolitik zu nehmen, aber:

„Die zweite Schlussfolgerung ist diejenige, dass die formale Analyse des Prozesses der politischen Willensbildung insofern nützlich ist, als sie uns die Kluft zwischen rationalem Vorgehen und den tatsächlichen Ereignissen deutlich macht. In jedem Fall muß der Prozess der politischen Willensbildung als ein essentiell politischer verstanden werden, und nicht als einer, der um analytische Problemlösung bemüht ist.“

In Konsequenz stellt sich die Frage, warum und wann überhaupt Modifikationen des gesundheitspolitischen Systems vorgenommen werden. Der Autorin zufolge muß eine solche Modifikation gleichzeitig als berechtigt, durchführbar und weithin akzeptabel angesehen werden, um in die „politische Agenda“ aufgenommen zu werden. Die allgemeinen politischen, wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Bedingungen seien in diesem Zusammenhang ebenso bedeutsam wie das Wirken der Regierung, der Massenmedien, der verschiedenen Interessenvertretungen und der Öffentlichkeit an sich. Es sei wichtig, sich den relativ niedrigen Status des Gesundheitsministeriums in den meisten Regierungshierarchien zu verdeutlichen.

Auf internationaler Ebene sei die wichtigste Veränderung des letzten Jahrzehnts die Übernahme der Führungsrolle in der Formulierung entwicklungspolitischer Leitlinien durch die Weltbank (World Bank 1993) gewesen. Damit seien erstmals ökonomische Prinzipien zur Grundlage der Bewertung der Gesundheitspolitik gemacht worden.

Schließlich betont Walt (1994), dass nicht nur die Formulierung, sondern auch die Implementierung politischer Richtlinien wesentlich durch die gesellschaftliche Machtverteilung beeinflusst wird:

„Es ist notwendig, genügend Macht zur Durchsetzung einer politischen Veränderung zu mobilisieren, und dies hängt entscheidend vom politischen Umfeld ab.“

Zum politischen Prozess gehöre daher nicht nur ein Plan zur Erarbeitung einer Politik, sondern auch zu ihrer Implementierung. Inwieweit Forschungsergebnisse in beiden Phasen mit einbezogen werden, hänge unter anderem vom Zeitpunkt und von der Angemessenheit ihrer Präsentation ab.

Diese Gedanken werden von Sauerborn, Nitayarumphong und Gerhardus (1999) weiterverfolgt. Auch sie gehen davon aus, dass die Berücksichtigung von Forschungsergebnissen in politischen Entscheidungsprozessen intensiviert werden muß und fordern die Einbeziehung der Entscheidungsträger und anderer Beteiligter möglichst gleich zu Beginn eines Vorhabens im Bereich Gesundheitssystemforschung. Forschungsergebnisse müssten in einer allgemeinverständlichen Fassung ohne detaillierte Erörterung sich widersprechender Resultate zu einem geeigneten Zeitpunkt während des Entscheidungsprozesses vorliegen. Es sei eine ethische Verpflichtung auch und gerade des Forschers, eine solche Kommunikationskultur zwischen *data people* und *action people* zu etablieren und zu pflegen. Schließlich wird diskutiert, ob der Ruf nach einer „auf Evidenz basierenden“ Politik nicht eine neue Form der Verantwortlichkeit von Politikern impliziert. Die anerkannte Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Absicherung politischer Entscheidungen könne den Weg zu Schadensersatzansprüchen bei fehlender Absicherung ebnen.

Lever et al (1998) berichten über konkrete Erfahrungen mit Projekten der Gesundheitssystemforschung im *All Africa Leprosy, Tuberculosis and Rehabilitation Training Centre ALERT* in Addis Abeba, Äthiopien. Im Anschluß an einen dort durchgeführten Workshop wurden drei Forschungsprojekte im Bereich der Vorbeugung von Behinderungen (*Prevention of Disabilities*) bei Leprapatienten und eines im Bereich der Integration der Leprakontrolle in die allgemeine Gesundheitsversorgung durchgeführt. Die Ergebnisse wurden nach Sammlung und Interpretation der Daten in einem zweiten Workshop diskutiert. Die Erfahrungen im ALERT unterstreichen losgelöst von den eigentlichen Resultaten der Studienprojekte¹⁰ die bedeutsame Rolle von Gesundheitssystemforschung in der Leprakontrolle. Die entsprechenden Forschungsmethoden sollten allen Managern und Entscheidungsträgern in diesem Feld der Seuchenkontrolle vermittelt werden. Im Einklang mit Kriterien der Medizinisch-

¹⁰ Diese werden teilweise unter 2.5 diskutiert.

Sozialen Kommission (*Medico-Social Commission* – MSC) der Internationalen Föderation der Anti-Lepra-Hilfswerke (*International Federation of Anti-Leprosy Associations* – ILEP) wird der Gesundheitssystemforschung an sich eine hohe Priorität eingeräumt: Sie sei machbar, kostengünstig, und trage relativ zügig Daten zusammen, von deren Auswertung zahlreiche Patienten profitieren könnten.

2.2 Theorie und Praxis der Dezentralisierung

2.2.1 Theoretische Grundlagen der Dezentralisierung

Die Frage der optimalen Machtbalance zwischen einer zentralen Regierung und regionalen bzw. lokalen Regierungsbehörden stellte sich in jeder geschichtlichen Phase der Organisation menschlicher Gemeinschaften in Staaten. Als ein frühes Beispiel seien Dezentralisierungstendenzen unter den Karolingern zu Zeiten Karls des Großen angeführt (Dhondt 1968). Bestimmten, in der Regel von einem Bischof oder Abt kontrollierten Domänen wurde die „Immunität“ verliehen. Sie waren infolgedessen dem bis dahin zuständigen Aufsichtsbeamten (etwa dem Grafen) keine Rechenschaft mehr schuldig, mussten aber für die sachgerechte Wahrnehmung aller bisher dem Grafen anvertrauten Aufgaben Sorge tragen.

Ein ausführliches Werk (Smith 1985) beschäftigt sich mit zahlreichen Facetten der „territorialen Dimension des Staates“. Ebenso wie die Ausübung von Kontrolle über ein definiertes geographisches Areal unauslöschlich mit der modernen Staatskonstruktion¹¹ verbunden ist, ebenso bilden sich selbst in den kleinsten Staaten Dezentralisierungstendenzen aus. Zwar verbessere die Dezentralisierung die Anpassung an lokale wirtschaftliche Bedürfnisse und politische Forderungen, andererseits bestärke sie sektionistische, unter Umständen „anti-egalitäre“ Bestrebungen. Auch aus sozialistischer Perspektive könne sie nicht unabhängig von den staatlichen Machtstrukturen betrachtet werden.

¹¹ Für zahlreiche präkoloniale afrikanische „Königreiche“ sind indes sich geographisch überlappende, vorwiegend ethnisch definierte Staatskonstruktionen beschrieben (Bertaux 1966).

Smith legt anhand zahlreicher Aspekte dar, dass die Dezentralisierung sowohl die Demokratisierung eines Staates fördern als auch diese unterminieren kann. Politische Bildung, lokale Einflußnahme auf das politische Geschehen, die gesellschaftliche Stabilität und Equität sowie die Transparenz der Politik werden nie durch die Dezentralisierung allein unterstützt, sondern immer nur durch die Dezentralisierung in einem gewissen Kontext:

„Die ‚Notwendigkeit‘ der Dezentralisierung in modernen Staaten reflektiert nichts weniger als die Macht verschiedener Gruppen, ihre politischen Interessen zu verbreiten und zu verteidigen.“

Grundsätzlich bestehe in modernen Staaten eine Tendenz zur Zentralisierung. Gründe dafür seien die Konzentration und Konglomeration der Bevölkerung und der Produktionsmittel, die Standardisierung bestimmter Ansprüche an den Staat und neben anderen Faktoren auch die Vereinheitlichung des kulturellen Lebens mit abnehmender Bedeutung lokaler Spezifika auf vielen Ebenen. Der Grad der Zentralisierung bzw. Dezentralisierung könne u. a. durch die organisatorische Verteilung der politischen Macht an sich, der staatlichen Finanzen, des Rechtes zur Erhebung von Steuern und auch an der Personalverteilung des Staates gemessen werden.

Die Finanzierung dezentralisierter Institutionen erfolge in der Regel durch die Erhebung direkter Steuern oder durch Transfers der Zentralregierung. Charakteristisch sei in den meisten Fällen, dass kostenintensive Aufgabenfelder wie Erziehung, Gesundheit und Wohlfahrt dezentralisiert werden und die lokalen Eigeneinnahmen nicht die Ausgaben decken. Da das Zentrum kaum je bereit sei, seine Oberaufsicht über die Besteuerung aufzugeben, schaffen die in Konsequenz notwendigen finanziellen Transfers in die Peripherie Abhängigkeiten und legen den Spielraum für Dezentralisierung bis zu einem gewissen Grade fest. Dies ist nach allgemeiner Einschätzung auch wünschenswert, da nur so regionale Diskrepanzen gegenkorrigiert werden können.

Wichtig für die Beurteilung der Dezentralisierung sei auch die Frage, ob die Entscheidungsträger der dezentralisierten Institutionen lokal (durch Wahlen bzw. durch vorgegebene Verwaltungskarrieren) oder zentral bestellt werden. Die zentral vorgenommene Einsetzung in der Peripherie wirkender „Feldadministratoren“ kann zwar aus Sicht des Zentrums einer Dezentralisierung gleichkommen, für die Bevölkerung jedoch eine Intensivierung der Kontrolle durch die Zentralgewalt bedeuten.

Bestrebungen, auf ein Niveau unterhalb des untersten Niveaus des Verwaltungsapparates – etwa unterhalb der Ebene der Gemeinden in Deutschland – zu dezentralisieren (*neighbourhood decentralization*), scheiterten regelhaft an der Notwendigkeit, bei politischen Entscheidungen auch auf unterem Niveau übergeordnete – seien sie nun vorgeschobene oder wirklich existente – Sachzwänge im Auge zu behalten. Andere Mechanismen der Einbeziehung der Bevölkerung wie etwa Befragungen, die Förderung lokaler Aktionsgruppen und die Aufnahme derer Interessenvertreter in politische Gremien könnten auch missbraucht werden: Häufig täuschten sie die Beteiligung der Bevölkerung an der politischen Willensbildung lediglich vor und festigten so indirekt die staatliche Kontrolle.

Resultate der Dezentralisierung in Ländern niedrigen Einkommens fasst Smith folgendermaßen zusammen:

„Die Erfahrungen der Dezentralisierung in weniger entwickelten Ländern hat fast überall die in sie gesetzten Erwartungen enttäuscht und die erklärten Ziele der politischen Entscheidungsträger verfehlt.“

Die lokale Partizipation wäre kaum je gefördert worden, da die Entscheidungsträger in der Peripherie fast immer vom Zentrum nominiert würden. In kaum einem Land niedrigen Einkommens seien wesentliche Kompetenzen dezentralisiert worden. Besonders Entscheidungen über Finanzen und Personal blieben fast immer dem Zentrum vorbehalten. Periphere Institutionen verfügten zudem in vielen Ländern über wenig qualifizierte Mitarbeiter. Schließlich sei die finanzielle Abhängigkeit der Peripherie von zentralen Transfers in ärmeren Ländern besonders ausgeprägt, da nur wenige etablierte Mechanismen zur Erhebung lokaler Steuern existierten. Der Autor schlägt vor, sich vom „Mythos der Dezentralisierung“ zu lösen. Sie stelle kein Gemeingut an sich dar, sondern müsse sorgfältig in ihrem Kontext bewertet werden. Smith schließt seine Betrachtungen mit einem Brückenschlag zur Forschung ab: In dezentralisierten Regierungsstrukturen würden nicht nur politische Entscheidungsträger benötigt, sondern auch Unterstützung durch Sozialwissenschaftler, die sich mit angemessenen Methoden und Ansätzen der Untersuchung von Macht und Staat widmen. Dies Zugeständnis für sich genommen sei bereits eine politische Entscheidung.

In einer nicht minder ausführlichen Arbeit befassen sich Cheema und Rondinelli (1983) mit der Interaktion zwischen Dezentralisierung und Entwicklung der Länder. Ihre Definition der Dezentralisierung ist von vielen Autoren anerkannt:

„Dezentralisierung ist ... der Transfer von Planung, Entscheidungsfindung oder administrativer Autorität von der Zentralregierung zu ihren Feldorganisationen, lokalen Verwaltungseinheiten, semi-autonomen und parastaatlichen Organisationen, lokalen Regierungsstellen oder Nicht-Regierungsorganisationen.“

Die bisherige Entwicklung von Dezentralisierungstendenzen in Lateinamerika sei gekennzeichnet durch

- eine historische begründete extreme Zentralisierung der Regierungsstruktur in der Mehrzahl der Länder
- eine verwirrende Vielzahl von staatlichen und parastaatlichen Unternehmen, Instituten, Stiftungen und anderen Organisationen mit sich häufig überschneidenden Aufgabenfeldern
- ein „administratives Vakuum“ in der Peripherie ohne jegliche solide Basis der Steuererhebung

Nichtsdestotrotz kommen die Autoren zu dem Schluss, dass die sich ab 1980 immer deutlicher abzeichnenden Demokratisierungsbewegungen in Lateinamerika einer zukünftigen Dezentralisierung wesentlich bessere Perspektiven eröffnen, als dies in der Vergangenheit der Fall war.

In einem anderen Abschnitt wird die besondere Rolle unterstrichen, die NROs in der Dezentralisierung spielen können. Je nach Ausrichtung können sie sich zum Sprachrohr der betroffenen Bevölkerung machen, die lokale Administration beeinflussen und bei der Planung und Ausführung der Politik unterstützen, lokale und auswärtige Ressourcen mobilisieren, in Eigenregie bestimmte vorgegebene Aufgaben durchführen und schließlich Informationsarbeit betreiben.

Weiterhin werden die Komplexität der Dezentralisierung und daraus resultierende Schwierigkeiten bei ihrer Umsetzung wie folgt karikiert:

„Dezentralisierung ist mehr Kunst als Wissenschaft. Sie folgt ihren eigenen ästhetischen Prinzipien (die in zahlreichen Handbüchern durch Organisationstheoretiker beschrieben sind, welche sie nicht

umzusetzen haben), aber in der Praxis steht ihre innere Logik in ständigem Konflikt mit der Realität. Ihre Vielschichtigkeit nimmt um so mehr zu, je mehr verschiedene Funktionen und Aktionsebenen betroffen sind. Sie beeinflusst ihre Sachwalter auf verschiedene und sogar widersprüchliche Art und Weise. Um sie erfolgreich umzusetzen, ist eine ausgewogene Beurteilung und die Betrachtung der Bedürfnisse vieler Mitwirkender notwendig.

Im Ergebnis ist beinahe nichts vollkommen dezentralisiert.“

2.2.2 Dezentralisierung, Qualität der Gesundheitsdienste und die Rolle supranationaler Institutionen

Die Betrachtung der theoretischen Grundlagen der Dezentralisierung zeigte auf, dass sie als administratives Modell durchaus losgelöst vom Gesundheitssektor betrachtet werden kann. Ihre besondere Bedeutung in diesem Sektor staatlicher Verantwortlichkeit ist eng an das zunehmende Engagement der Weltbank gebunden. Die multilateralen Ausgaben dieser Institution im Gesundheitssektor weltweit übertreffen seit 1989 diejenigen der WHO (Buse 1994). Die Weltbank brach mit zwei viel beachteten Publikationen (World Bank 1987; World Bank 1993) eine Lanze für die Gesundheitssektorreform im allgemeinen und für die Dezentralisierung im besonderen. Der Gesundheitsstatus der Bevölkerung eines Landes wurde als Gut begriffen, in das investiert werden sollte, um die Produktivität der Wirtschaft zu verbessern. Folgende Modifikationen bestehender Gesundheitssysteme wurden angeregt (World Bank 1993):

- Straffung des öffentlichen Gesundheitssektors durch Reduzierung des fest angestellten Personals und leistungsbezogene Vergütung, Einführung moderner Managementtechniken
- Dezentralisierung des Gesundheitssektors vom Zentrum in die Peripherie und/oder vom Staat zu anderen ausführenden Organen
- Neustrukturierung der Planung im Gesundheitssektor, Definition von prioritären Dienstleistungen und Maßnahmen, Beschränkung staatlicher Intervention auf kosteneffektive „Pakete“
- Erschließung alternativer Finanzquellen (namentlich Einführung substantieller Gebühren für medizinische Versorgung und Einführung/Ausbau eines Krankenversicherungssystems)

- Einführung „innerer Märkte“ im Gesundheitssystem, organisatorische Trennung von Dienstleistung und Zulieferung in Krankenhäusern usw.
- Förderung des privaten Sektors und – wo immer möglich – Auslagerung der medizinischen Versorgung hin zu privaten Anbietern

Zweifel diverser Autoren an der wissenschaftlichen Absicherung solcher Interventionen durch vorausgegangene Studien wurden bereits hervorgehoben. Das Konzept der ihnen zugrunde liegenden Sichtweise – die Reduktion staatlichen Eingreifens im Gesundheitssektor auf ökonomisch effiziente Aktivitäten – wird von der WHO (2000) nachdrücklich kritisiert:

„Die Person, die einen Gesundheitsdienst in Anspruch nimmt, ist natürlich – wie bei allen anderen Produkten und Dienstleistungen – ein Konsument, und mag sogar ein Co-Produzent der eigenen Gesundheit sein, indem sie empfehlenswerte Lebensgewohnheiten bezüglich Ernährung, Hygiene und Sport pflegt und die verschriebene Medikamenteneinnahme ebenso wie andere Empfehlungen des Gesundheitsdienstes befolgt. Aber sie ist auch das physische Objekt, auf das all diese Bemühungen abzielen.

Gesundheit ist demzufolge als ein nicht vom Subjekt zu trennendes Gut zu charakterisieren, und in dieser Hinsicht ähnelt sie anderem menschlichen Kapital wie Ausbildung, beruflichen Kenntnissen oder sportlichen Fähigkeiten. Trotzdem hebt sie sich in wesentlichen Aspekten ab. Sie birgt große und unvorhersehbare Risiken in sich, die meistens voneinander unabhängig existieren. Und sie kann nicht wie Wissen und Fähigkeiten akkumuliert werden. Diese Eigenschaften reichen aus, um Gesundheit radikal von allen anderen Gütern zu unterscheiden, gegen deren Verlust oder Schädigung man sich versichern kann...“

Bereits Cassels (1995) bezweifelt, dass die Dezentralisierung im Gesundheitswesen und die Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsversorgung miteinander vereinbare Ziele seien. Nichtsdestotrotz wurden die geschilderten Reformen in vielen Ländern niedrigen Einkommens im Zusammenhang mit der Konditionierung internationaler Kreditvergaben implementiert (Collins, Green und Hunter 1999). In diesen Prozess wurden bewusst Krankenhäuser als vielfach entscheidende Träger der kurativen Versorgung mit einbezogen, indem ihnen ein semi-autonomer Status verliehen wurde, auch hier innere Märkte etabliert und bestimmte Leistungen aus dem Verantwortungsbereich öffentlicher Krankenhäuser ausgelagert wurden (Collins und Green 1999).

Gaster (1991) beschäftigt sich schwerpunktmäßig mit der stipulierten positiven Interaktion zwischen Dezentralisierung und Qualität der Krankenversorgung. Sie lehnt sich weitgehend an den Qualitätsbegriff von Donabedian (1980) an. Diesem Begriff zufolge

integriert „Qualität“ die drei Dimensionen objektiver professioneller Standards, des subjektiven Befindens des Patienten und des Bestrebens, mit Ressourcen hauszuhalten¹². Gaster sieht in der Einbindung aller am Prozess der Gesundheitsversorgung Beteiligten den Schlüssel zum Erfolg der Dezentralisierung:

„Die Einführung von ‚Qualität‘ und ‚Dezentralisierung‘ (wie in diesem Artikel definiert) hängen in ihrem Erfolg von einer neuen organisatorischen Kultur ab, welche durch wechselseitiges Vertrauen, Kommunikation in beiden Richtungen und positive Beziehungen zwischen Konsumenten und der Gesellschaft gekennzeichnet ist. Zudem wird hier der Standpunkt vertreten, dass die Dezentralisierung nicht nur auf lokaler Ebene, sondern durch die Organisation hindurch die Qualität verbessern kann.

Dieser Umstand verlangt einen neuen Zugang zur Dezentralisierung: nicht die dogmatische Haltung der Missionare der Dezentralisierung (‚Was lokal geregelt werden kann, sollte lokal geregelt werden‘), sondern die Fragestellung ‚Welche Dienste – oder ihre Bestandteile – können durch lokale Regelung verbessert werden?‘“

Der Qualitätsbegriff der Gesundheitsversorgung lenkt wohl mehr als jedes andere Kriterium das Augenmerk auf den Typus und die Charakteristika der real implementierten Dezentralisierung und leitet somit zum nächsten Abschnitt über.

2.2.3 Klassifikation der Dezentralisierungsformen

Collins (1994) und in etwas größerer Gliederung Mills (1990) klassifizieren verschiedene Formen der Dezentralisierung im Hinblick auf die Umstrukturierung des administrativen Apparates. Die Dezentralisierung in Ländern niedrigen Einkommens sei eher Bestandteil zentraler politischer Vorgaben als eine Forderung peripherer Verwaltungseinheiten oder gar der Bevölkerung gewesen. In den englischen und französischen Kolonien in Afrika habe sie in den 50er und 60er Jahren des ausgehenden Jahrhunderts die Entwicklung liberaler und demokratischer Strukturen fördern sollen. In den 70er Jahren sei sie als Beitrag zur ländlichen und allgemeinen sozialen Entwicklung auf dem sogenannten *grassroot level* begriffen worden. In den 80er Jahren hätten neoliberale Strömungen das Konzept „gekapt“, um die Privatisierung und Marktstrukturen im Gesundheitssektor zu propagieren.

¹² Dies Bestreben ist je nach Finanzierungssystem im Gesundheitswesen eher ein gesellschaftliches (Finanzierung durch Steuern), ein individuelles (Eigenfinanzierung) oder eine Mischform (Abdeckung durch Krankenversicherungen).

Auch in diesem geschichtlichen Kontext seien folgende Formen der Dezentralisierung zu unterscheiden – bestimmten Formen inhärente Problemkreise werden kurz angerissen:

- „Dekonzentrierung“: Übertragung bestimmter Funktionen auf lokale Verwaltungseinheiten entweder unter strikter Einhaltung der vertikalen Hierarchie (Funktionen wie Erziehung, Gesundheit etc. entsprechen auf jeder Ebene des Verwaltungsapparates verschiedenen administrativen Einheiten) oder über ein Präfektorsystem (Kontrolle aller Funktionen in der Peripherie durch einen lokalen Präfekten im möglichen Konflikt mit übergeordneten einer bestimmten Funktion zugeordneten Autoritäten wie etwa dem Gesundheitsministerium)
- „Devolution“: Transfer von Funktionen und Kontrolle über Haushalt und Finanzen zu lokalen Regierungsvertretungen mit klarem Status, festgelegten geographischen Grenzen und zentraler Repräsentierung – zu beobachtende Probleme seien die lokale Steuererhebung, das notwendige vorausgehende Management-Training, Patronage bei Stellenbesetzungen, Unkenntnis der Minimalanforderungen lokaler Verwaltung und ein deutlicher Einbruch in regionaler Equität zwischen den verschiedenen Verwaltungsregionen
- Dezentralisierung zu gemischten örtlichen Körperschaften aus zentralen und regionalen Regierungsvertretern mit – wie das Beispiel Tansanias weiter unten illustriert – durch weiterbestehende zentrale Kontrolle eng limitierten Auswirkungen
- Dezentralisierung zu semi-autonomen Gesellschaften (Delegation) mit beschränkter Einflußnahme von Regierungsvertretern, welche technologische und Management-Kriterien gegenüber politischer Einflußnahme in den Vordergrund rücken soll und sowohl periphere (semi-autonome Krankenhäuser) wie zentrale Ebenen (semi-autonome Gesellschaft bzw. Agentur zuständig für Implementierung der Gesundheitspolitik) erfassen kann – charakteristische Probleme seien der geringe Grad an so erreichbarer Dezentralisierung, die Aufsplitterung von Zuständigkeiten und der zunehmende Einfluß kommerzieller Interessen
- Föderalismus mit einer verfassungsrechtlichen Grundlage für Devolution, wobei gerade diese Grundlage den Spielraum der Dezentralisierung beträchtlich einschränkt
- Dezentralisierung durch freie Marktstrukturen (Privatisierung) zum Ersatz zentraler Planung durch das „Gesetz des freien Marktes“ in Übereinstimmung mit neoliberalen Konzepten (Vorrang der Chancengleichheit vor der Anspruchsgleichheit, da Differenzen des ökonomischen Status zwischen Individuen als Stimulus für Entwicklung gesehen werden) – resultierende Probleme seien in Ländern niedrigen Einkommens die Vernachlässigung präventiver Medizin, fehlende Kontrollmöglichkeiten

im privaten Sektor, das Fehlen eines fairen Wettbewerbs zwischen verschiedenen Anbietern von Gesundheitsfürsorge und die fragliche Bereitschaft des privaten Sektors, lokale Bedürfnisse sachgerecht aufzugreifen

In der Regel sei die in einem bestimmten Land implementierte Dezentralisierung eine Mischform aus den besprochenen Varianten. Die Frage, inwieweit die Privatisierung als eine Form der Dezentralisierung angesehen werden kann oder aber einen darüber hinausgehenden gesellschaftlichen Umstrukturierungsprozess darstellt, wird kontrovers beantwortet (World Bank 1993; Collins & Green 1994). Letztgenannte Autoren bestreiten vehement die Existenz eines ideologisch unbelasteten, wertfreien „Effizienz“-Kriteriums wie von der Weltbank postuliert. Es handele sich um einen „technokratischen Traum“, da Entscheidungsspielraum und Verantwortlichkeit des öffentlichen Gesundheitssektors durch politische Vorgaben diktiert werden.

In den zitierten wie in weiteren Publikationen (Collins 1989) werden noch zahlreiche weitere mögliche negative Folgen der Dezentralisierung hervorgehoben:

- Lokale, dezentralisierte Regierungsstrukturen können sehr viel leichter durch vor Ort dominierende Interessengruppen beeinflusst werden.
- Erfolgreiche Dezentralisierung erfordert – selten vorhandenes – kompetentes Personal auf allen Ebenen sowie eine adäquate zentrale Planung und Supervision auch und gerade im Bereich *Primary Health Care*.
- Die Equität zwischen verschiedenen Regionen kann sowohl in Bezug auf die zur Verfügung stehenden Ressourcen und Dienste als auch durch Vorgabe unterschiedlicher gesundheitspolitischer Schwerpunkte vor Ort massiv beeinträchtigt sein.
- Die Dezentralisierung kann zur Kontrolle lokaler politischer Konflikte missbraucht werden, indem Verantwortlichkeiten für umstrittene Probleme verlagert oder verschleiert werden.
- Wie auch bei Smith (1985) wird die Möglichkeit beschrieben, durch scheinbare Dezentralisierung (zentrales Bestellen lokaler Statthalter) die Zentralisierung zu fördern.
- Im Falle einer extremen Devolution mag die Zentralregierung einen bestimmten staatlichen Aufgabenbereich vollkommen sich selbst überlassen, was zur Auflösung der vorbestehenden Gesundheitsdienste führen kann.

- Die fortbestehende zentrale Finanzaufweisung zusammen mit unzureichender Einbindung und Bezahlung der Mitarbeiter im Gesundheitswesen wie etwa in Tansania (Gilson, Kilima und Tanner 1994; Sandiford, Kanga und Ahmed 1994) können die Annahme bestimmter durch die Dezentralisierung geschaffener Optionen torpedieren und so die Umsetzung der politischen Vorgaben unmöglich machen.

Bossert (1998) erweitert das Verständnis der Dezentralisierung um die Vorstellung verschiedener Kategorien der Klassifizierung. Er unterscheidet vier Konzepte:

1. Der *public administration approach* führt zu der soeben vorgestellten Gliederung gemäß der Verteilung von Macht und Verantwortung innerhalb der nationalen Verwaltungsstruktur. Diese Betrachtungsweise erlaube es nicht, Funktionen und Aufgaben der beteiligten Institutionen und Ebenen gebührend zu analysieren.
2. Der *local fiscal choice approach* betrachtet die Dezentralisierung unter dem Gesichtspunkt des Verlaufs der wesentlichen Finanzströme. Die Anwendbarkeit dieser Kategorisierung ist durch die generell extrem zentrifugal ausgerichteten Finanzströme in dezentralisierten Verwaltungsstrukturen von Ländern niedrigen Einkommens eingeschränkt.
3. Der *social capital approach* greift das Konzept der vorherrschenden Organisationskultur (Gaster 1991) in abgewandelter Form auf, indem die vorhandene „soziale Kompetenz“ in der Peripherie als wesentlicher contribuierender Faktor für eine erfolgreiche Dezentralisierung angesehen wird. „Soziale Kompetenz“ beschreibt die vorbestehende Einsicht in wechselseitige soziale Verantwortung für das Wohl jedes einzelnen in einer Gesellschaft und Erfahrungen mit der Umsetzung dieser Verantwortung in Projekten und Organisationen im Gegensatz zu schierem individualistischem Denken. Diese Betrachtungsweise nährt den – bisher nicht wissenschaftlich abgesicherten – Eindruck, Dezentralisierung funktioniere nur dort, wo sie in ein bereits existierendes organisatorisches Netzwerk hineinfalle.
4. Der *principal agent approach* betrachtet die Dezentralisierung unter dem Blickwinkel des Wechselspiels zwischen dem *principal*, dem kontrollierenden Zentrum mit bestimmten Zielsetzungen (in diesem Kontext regelhaft das Gesundheitsministerium), und *agents*, die die gesundheitspolitischen Vorgaben implementieren.

Dem Autor zufolge ergänzen sich die beschriebenen Kategorien vorteilhaft bei der Analyse eines dezentralisierten Systems. Er verspricht sich von dem *principal agent approach* den

tiefestgehenden Einblick und schlägt dessen Anwendung unter folgenden Gesichtspunkten als analytischen Rahmenwerk vor:

- Ausmaß des in die Peripherie verlegten Entscheidungsspielraums in den Bereichen Finanzen, Organisation der Gesundheitsdienste, Personalverwaltung, Prioritätenverteilung und Erstellung des formalen Regelwerks
- Auswirkungen verbleibender zentraler Kontrolle (Fördermittel und Sanktionen, Monitoring)
- Unterschiede zwischen den in verschiedenen Regionen dezentral erarbeiteten Neuerungen
- Zusammenhang zwischen dezentral eingeführten Neuerungen und tatsächlicher Verbesserung des Gesundheitsdienstes

In ähnlicher Weise sprechen sich Alonso Hortale et al (2000) für die Rollenverteilung zwischen – im Text anders benannten – *principal*, *agents* und der Bevölkerung in vier Punkten aus:

- Zielsetzung und Priorisierung
- Entscheidungsspielraum
- Implementierung
- Informationsfluss und regulative Maßnahmen

Diese Kategorisierung und Klassifizierung der Dezentralisierung wurde ausführlich dargestellt, weil sie wesentliche Ansatzpunkte zur inhaltlichen Bearbeitung des Dissertationsthemas liefern. Die Umsetzung dieser Kriterien in der Methodik wird unter 3. ausführlicher erläutert.

2.3 Erfahrungen in Lateinamerika

Eine Arbeit von González-Block et al (1989) zählt zu den ersten detaillierteren Erfahrungsberichten über die Dezentralisierung am Beispiel Mexikos. Da die Dezentralisierungspolitik nicht in allen mexikanischen Bundesstaaten implementiert wurde, war den Autoren ein direkter Vergleich zwischen einem Staat mit konsequenter

Dezentralisierung bis hin zur Gemeindeebene (Guerrero) und einem in vielen sonstigen Aspekten ähnlichen, aber weiterhin zentralistisch organisierten Staat (Oaxaca) möglich. Als Indikatoren für Equität wurden die Nutzung von Sprechstunden allgemein, der Schwangerenvorsorge und der Impfprogramme gewählt. Während in Oaxaca keine Veränderungen über Zeit zu beobachten waren, kam es in Guerrero zu einer deutlichen Zunahme der Inanspruchnahme der Gesundheitsdienste durch wohlhabendere Strata der Bevölkerung, während die Nutzung durch ärmere Schichten synchron zur Dezentralisierung signifikant abnahm. Die Autoren folgern daraus, dass die Implementierung der Reformen die Equität der Gesundheitsversorgung innerhalb des dezentralisierenden Staates reduzierte.

López-Arellano und Blanco-Gil (2001) kommen zu einer vernichtenden Beurteilung der Dezentralisierungspolitik in Mexiko. Sie habe indirekt zu einer Zwei-Klassen-Medizin geführt: Die öffentlichen Gesundheitsdiensten versorgten die ärmeren Bevölkerungsschichten mit gewissen Minimalmaßnahmen, während ein durch und durch merkantilisierter privater Sektor teilweise von irrationalen Kriterien gelenkt die wohlhabenderen Krankenversicherten betreut. Sie kommen zu folgender abschließender Bemerkung:

„Unter diesen Umständen war der Verlust der zentralen Steuerung des öffentlichen Budgets und die Schwerpunktverlagerung auf durch supranationale Darlehen finanzierte Programme wie PASE oder jüngst PROGRESA weit davon entfernt, die Ausbildung eines qualitativ und equitativ hochstehenden, universellen Gesundheitssystems zu fördern; beide [Prozesse] trugen dazu bei, die Fragmentierung und Merkantilisierung der öffentlichen Gesundheitsinstitutionen zu beschleunigen und das zweigeteilte und polarisierte System zu vertiefen, welches sich in den letzten 17 Jahren ausgebildet hat.“

Lodoño und Frenk (1997) analysieren die Erfahrungen mit der Gesundheitssektorreform in ganz Lateinamerika und teilen die Systeme nach dem Grad der Segregation (Ausschluss bestimmter Bevölkerungsschichten von bestimmten Gesundheitsleistungen) und dem der Separation (Aufteilung bestimmter Aufgaben im Gesundheitsbereich unter verschiedene Gesundheitsdienste) ein. Ihrer Einschätzung nach haben sich zahlreiche Reformbemühungen – und namentlich die Dezentralisierung – bisher als kontraproduktiv erwiesen. Eine vermehrte „Modulation“ des Staates zwischen den Extremen totaler Segregation und Separation wie in Paraguay und dem integrierten kubanischen System auf der anderen Seite wird gefordert.

Die Durchsicht der vom Promotionsort aus zugänglichen Literatur identifizierte wesentlich mehr Publikationen zur Dezentralisierung in Brasilien als in Kolumbien:

Mercadante, Yunes und Chorny (1994) beschreiben am Fallbeispiel die Auswirkungen der Dezentralisierung im brasilianischen Bundesstaat São Paulo im Anschluß an die ersten freien Wahlen nach der Militärdiktatur im Jahre 1982. Die neu erarbeitete Verfassung etablierte das *Sistema Único da Saúde*¹³ (SUS), in dem die integrale (präventive und kurative) Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung durch den Staat als ein Recht begriffen wird, das durch private Dienstleister im Gesundheitsbetrieb lediglich ergänzt werden kann. Als wichtige Maßnahme zur Förderung der Einbeziehung der Bevölkerung in die Gesundheitspolitik, der *participación de la comunidad*, wird die Dezentralisierung begriffen. Verantwortung und teilweise auch finanzielle Ressourcen für die Basisgesundheitsdienste wurden außer in der Stadt São Paulo konsequent den Gemeinden (*municípios*) übertragen.

Die Ergebnisse der Studie sind bemerkenswert: Der rückgängige finanzielle Beitrag des *Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)*¹⁴ wurde durch zunehmende Kontributionen des Staates São Paulo und der Gemeinden vollkommen aufgefangen. Dadurch stieg der Anteil der Munizipien am gesamten Gesundheitsbudget in den Jahren 1980-1990 von 6% auf 24%. Diese Zunahme erlaubte im beschriebenen Zeitraum flächendeckende Impfkampagnen, die Elimination von Poliomyelitis und Masern sowie einen deutlichen Rückgang der Kindersterblichkeit. Zugleich stieg der Anteil der – auch in absoluten Zahlen zunehmenden – medizinischen Konsultationen im öffentlichen Sektor in den Jahren 1986-89 von 36% auf 59%.

Atkinson et al (2000) vergleichen die Erfolge der Dezentralisierung in drei Munizipien des brasilianischen Bundesstaates Ceará. Sie versuchen, verschiedenen Niveaus an „politischer Kultur“, implementierter Dezentralisierung und an Qualität der Gesundheitsdienste auf Skalen zu erfassen und fordern schließlich in ihrem Plädoyer die sorgfältige Berücksichtigung der politischen Kultur bzw. des soziokulturellen Kontextes zur Bewertung von Chancen und Erfolgen der Dezentralisierung.

Pessoto, do Nascimento und Heimann (2001) untersuchten 12 Munizipien in diversen brasilianischen Bundesstaaten und kommen zu der Schlussfolgerung, dass die *community*

¹³ Einziges Gesundheitssystem

¹⁴ Nationales Institut für medizinische Dienste der Sozialfürsorge

participation durch die Dezentralisierung durchaus gefördert worden sei. Es waren verschiedene Körperschaften, so *Conselhos Locais de Saúde*¹⁵, zur Einbindung der Bevölkerung in Entscheidungsprozesse geschaffen worden, und sie wurden genutzt. Die Autoren kritisieren die traditionell postulierte Dichotomie zwischen direkter und repräsentativer Demokratie und bewerten die beschriebenen gesundheitspolitischen Veränderungen als Beispiele für die Vielfältigkeit der Willensbildung. Ohne sie zu beantworten werfen sie die Frage auf, welche Tragweite derartige Veränderungen entwickeln können.

Araújo (1997) bewertet die Dezentralisierung in den ersten sechs Jahren nach der Proklamation der neuen brasilianischen Verfassung 1988 aus einem breiteren Blickwinkel. Ihm zufolge fordert die Verfassung eindeutig eine aktive *community participation* und eine Devolution im Gesundheitssystem bis hin zur Gemeindeebene ein. Implementiert worden sei lediglich eine Dezentralisierung in Form der Dekonzentration. Das INAMPS wurde ins nationale Gesundheitsministerium eingegliedert, und auf nationaler Ebene wurden Versorgungs- und Verwaltungsleistungen abgegeben, nicht aber die Aufsicht über die Finanzen und die Führungsrolle in der Entscheidungsfindung. Die Gesundheitseinrichtungen des INAMPS würden nunmehr von den Bundesstaaten, nicht aber von den Gemeinden kontrolliert. Ursachen dieser Entwicklung sieht der Autor in weitestgehender Übereinstimmung mit Cheema und Rondinelli (1983) in der zentralistischen Tradition brasilianischer Politik, im aktiven und passiven Widerstand involvierten Personals gerade des INAMPS und in der generellen Schwäche administrativer Strukturen auf Gemeindeebene. Eingefordert werden die Förderung der *community participation*, Lobbyarbeit für Gesundheitsfragen auf Gemeindeebene, eine nationale Kampagne für die „Munizipalisierung“ sowie ein klarer Aktionsplan.

Auch die Bilanz der Weltbank (1998) in Brasilien bleibt kritisch: Die von ihr selbst propagierten und konstruierten Gesundheitsposten hätten kein qualifiziertes Personal, böten keine befriedigenden Dienste an und würden kaum genutzt. Die Inzidenzraten von Tuberkulose und Lepra stiegen an und seien symptomatisch für die Schwächen in Brasiliens öffentlicher Gesundheitsversorgung (sic!). Die ernstzunehmenden finanziellen Defizite in öffentlichen Gesundheitswesen verschärften regionale Ungleichgewichte, führten zu willkürlichen Versorgungsengpässen und einem eindeutigen Abfall der

¹⁵ Lokale Gesundheitsräte

gebotenen Qualität. Die Dezentralisierung und noch spezifischer die Erfahrungen in São Paulo werden nicht positiver bewertet:

„Die Dezentralisierung ist eine Angelegenheit von herausragender politischer Bedeutung und hat in Brasiliens Gesundheitssystem über die letzten 20 Jahre eine Vielfalt von Formen angenommen. Die Bank¹⁶ beabsichtigte die Gesundheitsdezentralisierung in der Mitte der 80er Jahre durch das *São Paulo Basic Health Project* zu fördern, aber die Komplexität der Politik in diesem Bundesstaat und der Beziehungen zur Bundesregierung schufen ein Projekt, das nicht gut mit den heranreifenden Regierungsstrukturen zusammenarbeitete. Investitionen im Nordosten [Brasiliens – der Autor] förderten die Dezentralisierung durch technisches und Management-Training. Die rezente Gesundheitssektorreform, *Reforsus*, unterstützt die Dezentralisierung ebenso durch die Entwicklung von Management, aber die Betonung nationaler Kosteneffektivitätskriterien bringt diese Strategie in Konflikt mit den Zielen lokaler Autonomie und der regionalen Anpassung der Dienstleistungspreise. Trotz aller Bemühungen um ein gerechteres und effektiveres System bleibt es fehlerhaft und teuer. Da die Gesundheitsversorgung in Brasilien umsonst erfolgt und sich Personal und Einrichtungen in den wohlhabenderen Regionen ballen, erreichen die Gesundheitsausgaben der Regierung kaum die armen Bevölkerungsschichten. Obwohl viele Investitionen auf die ärmsten Regionen Brasiliens entfielen, hat die Bank keine langfristige Strategie entwickelt, um die dem Missbrauch von Ressourcen im brasilianischen Gesundheitssektor zugrunde liegende institutionelle Dynamik anzugehen.“

Auch Hensley (1999) sieht die Gesundheitsversorgung Brasiliens am „Scheideweg“. Er berichtet mehr deskriptiv denn analytisch über Trends in der Gesundheitsversicherung. Ihm zufolge sind ca. 60 Millionen Brasilianer (über ein Drittel der Bevölkerung) weitestgehend oder vollkommen vom Zugang zum Gesundheitssystem ausgeschlossen. Er sieht die wesentlichen Herausforderungen der Zukunft in dem bisher ungebrochenen Trend zur Privatisierung des Gesundheitssektors und in der regulativen Rolle, die die Zentralregierung dabei zu spielen bereit und in der Lage ist. Die Übernahme weitreichender Verantwortlichkeiten durch private Krankenversicherungsgesellschaften wird prognostiziert. Bemerkenswert sei die Expansion US-amerikanischer Firmen, beispielsweise seien bei *Cigna HealthCare* allein über 1,5 Millionen Brasilianer versichert.

Collins et al (2000) schicken ihrer aktuellen Betrachtung der Dezentralisierung in Brasilien eine Erläuterung der angewandten Kriterien für die angestrebte Devolution der Gesundheitsversorgung an die Munizipien voraus. Zwei Dekrete des Gesundheitsministeriums von 1993 und 1996 (NOB¹⁷ 93 und NOB 96) teilten die über

¹⁶ N.B.: Von der Weltbank favorisierter Terminus zur Eigenbezeichnung

¹⁷ Norma Operacional Básica – Grundlegende operative Norm

5.500 Munizipien – die NOB 96 auch die Bundesstaaten – nach ihrer administrativen Kapazität ein. Während von den Gemeinden ein Eigenbeitrag zur Gesundheitsversorgung in Höhe von etwa 10% ihres Gesamtbudgets erwartet wird, entscheidet diese Kategorisierung darüber, ob die Munizipien selbst oder die Träger der Gesundheitsposten, Krankenhäuser und anderer Versorgungseinrichtungen die allfälligen Zuschüsse der Bundesregierung erhalten. Anfang 1998 waren nur 144 (der zitierten 5.500) Gemeinden unter der Kategorie „vollständiges Management des kommunalen Systems“ eingestuft und berechtigt, diese Beiträge vollkommen eigenständig zu verwalten.

Die Autoren sehen drei vorrangige Gefahren im aktuellen Dezentralisierungsprozess:

- Die für die Schaffung des SUS bedeutsame Euphorie des demokratischen Neubeginns nach Jahrzehnten der Militärdiktatur sei einem ungezügelten Merkantilismus gewichen. Es werde erheblicher Druck ausgeübt, um die Rolle des öffentlichen Sektors in der Gesundheitsversorgung einzudämmen.
- Das Bestreben, eine Devolution an die Gemeinden durchzuführen, verleite zur Vernachlässigung der Rolle der Bundesstaaten. Diese seien jedoch in einem Land der Größe Brasiliens unentbehrlich als Mittler zwischen der Zentralregierung und den häufig kleinen, schlecht strukturierten und unter sich sehr ungleichen Gemeinden.
- Es wird anerkannt, dass die Zielsetzung des SUS den in Brasilien obwaltenden extremen sozialen Disparitäten entgegenarbeitet. Gerade in ländlichen und semiurbanen Gebieten sei es zu einer Verbesserung des Zugangs zu Gesundheitsdiensten gekommen. Trotzdem beeinträchtige der Dezentralisierungsprozess die Equität durch eine Reihe von Faktoren:
 - Die Devolution bevorzugt grundsätzlich reiche gegenüber ärmeren Munizipien.
 - Das SUS transferiert in der Mehrzahl der Fälle (noch ca. 5.350 Munizipien) die Bundeszuschüsse direkt an die Träger von Gesundheitseinrichtungen. Da diese Zuschüsse nach Existenz und Anzahl derartiger Einrichtungen festgelegt werden, erhält ein reicher Staat wie São Paulo mehr als doppelt so viele Zuwendungen pro Einwohner wie der wenig entwickelte Staat Acre im Amazonasgebiet.
 - Im Falle der erfolgten Devolution bestimme die durch die Munizipien vorzunehmende Prioritätensetzung im Gesundheitssektor den zukünftigen Einfluß der Dezentralisierung auf die Equität. Bisher seien keine eindeutigen Bestrebungen zu einer sinnvollen Prioritätensetzung erkennbar.

- Eigentliche Devolution fände nur in gut organisierten Munizipien statt und bevorteile diese zusätzlich, verringere also *no lens volens* die Equität auch durch diesen Mechanismus.

Ausse et al (1995) beschäftigen sich mit der Frage des für eine erfolgreiche Dezentralisierung notwendigen Informationssystem am Beispiel des brasilianischen Bundesstaates Ceará. Auch in einem Zeitraum aktiv implementierter Dezentralisierung wird die Datenverarbeitung im Gesundheitssystem als eine Einbahnstraße geschildert: Relativ komplexe in der Peripherie von Gesundheitsagenten und Gesundheitsposten zusammengetragene Informationen würden über die Gesundheitszentren und andere zwischengeschaltete Informationen dem Gesundheitsministerium zugetragen, ohne dass ein wirkungsvoller Feedback-Mechanismus existiere.

Mit dem Kontext der soziopolitischen Umgestaltung und damit auch der Dezentralisierung in Kolumbien befasst sich ein Projektvorschlag zur Einführung einer *Maestría de Salud Colectiva*¹⁸ an der Universität von Antioquia in Medellín (Castrillón A. & Gómez T. 1994). Ohne tiefreichende Analyse wird das Bild einer durch die anhaltende Wirtschaftskrise, bürgerkriegsähnliche Auseinandersetzungen, Korruption, unkontrollierte Privatisierung mit Zuspitzung sozialer Gegensätze und mangelhafte Ausbildung des beteiligten Personals nachhaltig gefährdeten Dezentralisierungspolitik skizziert.

2.4 Dezentralisierung und Seuchenkontrolle

Die geringe Zahl publizierter Studien zum Einfluß der Dezentralisierung des Gesundheitssystems auf die Seuchenkontrolle (*disease control*) wurde bereits angesprochen.

Garfield (1999) untersucht die Entwicklung der Malariakontrolle in Nicaragua im Lichte gesundheitspolitischer Veränderungen. Er beobachtet synchron zum seit Beginn der 90er Jahre in Nicaragua implementierten *Structural Adjustment Programme*¹⁹ eine

¹⁸ *Master's degree* in „kollektiver Gesundheit“

¹⁹ Strukturelles Anpassungsprogramm – gängige Bezeichnung für die von der Weltbank promovierten wirtschafts- und gesundheitspolitischen Reformen

Verdreifachung der Malariafälle auf nahezu 200/100.000 Einwohner von 1992-96. Diese Entwicklung sei mit der massiven Zuwanderung in die urbanen und sumpfigen Slums der Hauptstadt Managua, der Einführung von Gebühren im dezentralisierten Gesundheitsdienst und der allgemeinen Desillusionierung des unterbezahlten Gesundheitspersonals zu erklären – Entwicklungen, für die allesamt das Strukturanpassungsprogramm verantwortlich sei. Der Kausalzusammenhang wird wenig eindeutig dargestellt.

Die Entwicklung der Schistosomiasis-Endemie in der *Zona da Mata Sul* des brasilianischen Bundesstaates Pernambuco²⁰ (Freese et al 1998) wird als „Nicht-Kontrolle“ charakterisiert. Ähnlich wie über ein Jahrzehnt zuvor gelänge in vielen Gemeinden bei über 20-30% der Bevölkerung der koproskopische Nachweis von Schistosomen-Eiern. Die Dezentralisierung habe sich bisher negativ ausgewirkt: Die fehlende Einbeziehung aber auch die fehlende Kompetenz der Municipien in der Mitarbeit mit der für die Schistosomiasis-Kontrolle zuständigen *Fundação Nacional de Saúde*²¹ (FNS) werden als Hauptursachen dieses Misserfolges angeführt. Hinzu kämen ungenügende Finanzmittel für Präventivmedizin, die Unterschätzung der Schistosomiasis als Gesundheitsproblem, archaische Führungsstrukturen und die mangelnde Motivation des unterbezahlten Personals. Als Schlüssel zur erfolgreichen Kontrolle der Schistosomiasis wird zudem die Erweiterung der medikamentösen Massentherapie um die Sicherstellung einer befriedigenden Wasserversorgung (ein seinem Wesen nach intersektorieller Ansatz) für alle Bevölkerungsschichten hervorgehoben.

Auch im Falle der Kontrolle der lymphatischen Filariasis durch *Wuchereria bancrofti* in Recife ist keinerlei positive Interaktion zwischen der zuständigen FNS und der städtischen Gesundheitsbehörden zu beobachten (Maciel et al 1999): Statt maßgeschneiderter Projekte kämen überholte Techniken wie die Vektorbekämpfung durch Versprühen von Organophosphaten zum Einsatz. Auch würde die Bedeutung nächtlicher Blutreihenuntersuchungen auf Mikrofilarien mit Rücksicht auf das Personal ignoriert, obwohl damit Durchseuchungsraten von über 6% in Recife dokumentiert seien. Die Entwicklung intersektorieller *Primary-Health-Care*-Programme durch die Municipien wird ohne weitergehende Erläuterung eingefordert.

²⁰ Die Hauptstadt Recife dürfte bekannter als der Bundesstaat selbst sein.

²¹ Nationale Gesundheitsstiftung

Dias und Pinto (2000) beschäftigen sich mit der Kontrolle der drei durch Vektoren übertragenen Erkrankungen Malaria, Denguefieber und Chagas-Krankheit im dezentralisierten brasilianischen Gesundheitssystem. Sie identifizieren die Fehlleitung der grundsätzlich existierenden finanziellen Ressourcen und den Verlust von Expertise durch Reihentlassungen des ausgebildeten Personals der ehemals vertikalen Programme als schwere Belastung für die Effektivität der Vektorkontrollprogramme und die zügige Intensivierung bzw. den Wiederaufbau epidemiologischer Supervision und Ausbildung durch zentrale Einrichtungen.

Eine Reihe von Studien analysiert den Einfluß der Gesundheitssektorreform auf die Tuberkulosekontrolle in Kenia (Hansen & Kibuga 2000), Bangladesh (Kumaresan et al 2000), Sambia (Bosman 2000) und Brasilien (Kritski & Ruffino-Netto 2000). Im Falle von Kenia und Bangladesh handelt es sich interessanterweise um kombinierte Programme für Lepra- und Tuberkulosekontrolle, wobei dem erstgenannten Programmaspekt keinerlei Aufmerksamkeit gewidmet wird. Miller (2000), Baris (2000) und Weil (2000) präsentieren auf diesen Studien basierende summarische Überlegungen.

In Kenia (Hansen & Kibuga, *ibid*) konnte eine Reihe von Problemen durch die Einbindung des NTLP²² in der Planungsphase der Reform vermieden werden. Nichtsdestotrotz nahm die Kommunikationslinie zwischen Zentrum und Peripherie Schaden; unqualifizierte Entscheidungsträger, Gesundheitsdienste und der private Sektor maßen der Tuberkulosekontrolle aus unterschiedlichen Gründen keine herausragende Bedeutung bei, und die kostenfreie Medikamentenabgabe erwies sich mangels finanzieller Absicherung als nur bedingt praktikabel. Ein intensiviertes Training im Bereich Tuberkulose und die Herausstellung der epidemiologischen Bedeutung der Erkrankung werden als vielversprechende Lösungsansätze dargestellt.

Auch in Bangladesh (Kumaresan et al, *ibid*) erscheint die fehlende Einsicht in die herausragende Rolle der Tuberkulosekontrolle als wichtigste Bedrohung ihrer erfolgreichen Fortführung in einem reformierten Gesundheitssystem.

Die Erfahrungen in Brasilien (Kritski & Ruffino-Netto 2000) fallen deutlich kritischer aus: Fehlende Planung und Managementkapazität, fehlender politischer Wille, wiederum die unzureichende Einsicht in die Bedeutung der Tuberkulose unter Entscheidungsträgern und

²² Nationales Lepra- und Tuberkulosekontroll-Programm

Mitarbeitern im Gesundheitssystem sowie die Abwesenheit eines funktionierende Labornetzes führten vorübergehend sogar zum Kollaps der nationalen Produktion von Tuberkulostatika und der Versorgung mit denselben (Soares et al zitiert von Kritski & Ruffino-Netto 2000). Inwieweit die rezente Anerkennung der Bedeutung dieser Seuche durch das Gesundheitsministerium und die Ausarbeitung eines nationalen Plans für Tuberkulosekontrolle die Situation verbessern wird, kann noch nicht beurteilt werden. Die Autoren ziehen nach 14 Jahren Gesundheitssektorreform in Brasilien folgendes Fazit:

„In Brasilien wie auch in anderen Ländern ist es schwierig, die Tuberkulose zu bekämpfen, da der politische Wille fehlt, die Organisation der Zivilgesellschaft darniederliegt und wenige NROs in der Tuberkulosekontrolle tätig sind.“

Die schmerzlichsten Erfahrungen waren in Sambia zu verzeichnen (Bosman 2000), wo die überhastete Integration der Tuberkulosekontrolle in die allgemeinen Gesundheitsdienste, fehlende Kapazität in der Peripherie, unzureichende finanzielle Ressourcen der sambischen Regierung und die nur vorübergehende Unterstützung durch externe Donoren „desaströse Auswirkungen“ hatte: 1998 und 1999 kam es zu schwerwiegenden und anhaltenden Engpässen in der Medikamentenversorgung mit einer nicht evaluierten Anzahl von Todesopfern. Die Autoren meinen, die Verantwortlichkeiten zuweisen zu können:

„Die Erfahrung in Sambia beweist, dass Gesundheitssystemreform um eine Komponente der Seuchenkontrolle incl. der Tuberkulosekontrolle auf Distrikt-, regionaler und nationaler Ebene erweitert werden sollte. Die Hauptverantwortung für den Kollaps der Tuberkulosekontrolle in Sambia liegt beim sambischen Gesundheitsministerium. Die Organisationen jedoch, die die Reformen finanzierten, sowie die Experten, die das Gesundheitsministerium berieten, sind ebenso oder weiterreichend verantwortlich für die Katastrophe in der Tuberkulosekontrolle, die aus ihrer Teilnahme im Gesundheitssektor-Reformprozess resultierte. Alle Beteiligten der sambischen Gesundheitssystemreform wollten zweifelsohne die Gesundheitssituation der Bevölkerung Sambias verbessern. Indem sie sich jedoch für das Paradigma der ‚radikalen Reform‘ entschieden, übergaben sie die moralische Verpflichtung, die direkt Betroffenen zu Rate zu ziehen: die Bevölkerung Sambias, in diesem Fall mit besonderer Berücksichtigung adäquater Dienste für die Diagnose und Therapie der Tuberkulose.“

Zwei Zusammenfassungen dieser Studienergebnisse (Miller 2000; Baris 2000) betonen die Notwendigkeit, das NTCP in Planung, Training und Evaluierung der Gesundheitssystemreform mit einzubeziehen. Weil (2000) unterstreicht weitergehend die Tatsache, dass über zehn bis zwanzig Jahren der Dezentralisierung fortbestehende

Probleme deren postulierte positive Auswirkungen auf die Qualität der Gesundheitsversorgung nachhaltig in Frage stellen. Die Effektivität der Integration prioritärer Programme wird immer lauter bezweifelt (Cassels & Janovsky 1998). Obwohl die Priorität der Tuberkulosekontrolle unter Anwendung von Kriterien wie technischer Effektivität²³, allokativer Effektivität²⁴, Equität²⁵ und Qualitätskontrolle²⁶ eindeutig sei, stimme die Summe negativer Erfahrungen äußerst nachdenklich. Es sei höchste Zeit, die Sinnhaftigkeit der Einbindung von prioritären Gesundheitsinterventionen einschließlich der Tuberkulosekontrolle in Reformprogramme wissenschaftlich abzusichern.

2.5 Integration der Leprakontrolle in die allgemeinen Gesundheitsdienste

2.5.1 Praktische Erfahrungen mit der Integration

Wie bereits erwähnt liegen einige Studien zur Integration der Lepra- und/oder Tuberkulosekontrolle in die allgemeinen Gesundheitsdienste vor. Es handelt sich hierbei um einen Prozess, der häufig mit der Dezentralisierung Hand in Hand geht. Die Sinnhaftigkeit der Kombination von Lepra- und Tuberkulosekontrolle wird seit den ersten Versuchen in Tansania 1977 diskutiert. Diese Diskussion ist wenig kontrovers, die Vorteile einer solchen Kombination sind allgemein anerkannt (de Rijk 1984). Heftig umstritten ist dagegen die Frage, bis zu welchem Grade ein derartiges „kombiniertes Programm“ in die allgemeinen Gesundheitsdienste eingebunden und damit zum vollkommen „integrierten Programm“ umgewandelt werden sollte.

Zwei Darstellungen aus Äthiopien erster Erfahrungen mit der Kombination von Lepra- und Tuberkulosestraining im ALERT (Warndorff 1984) und der Integration von MDT in der Feldarbeit (Beck-Bleumink 1984) hinterlassen ein gemischtes Bild: Zum einen ließen sich die Lehrinhalte der Themenbereiche Lepra und Tuberkulose nicht so einfach verbinden, wie angenommen worden war. Zum anderen sei die Integration der Leprakontrolle in den

²³ unumstrittene Kosteneffektivität der Tuberkulosekontrolle

²⁴ routinemäßige Datenerfassung und Umsetzung der Ergebnisse im Aktionsplan eines TCP

²⁵ Tbc-Kontrolle ist kostenfrei und dient besonders minder privilegierten Schichten

²⁶ routinemäßige Erfassung von Indikatoren für *input* und *output*, laut Autor auch für *process*

allgemeinen Gesundheitsdienst an eine ganze Reihe notwendiger Verbesserungen zu knüpfen und könne darüber hinausgehend keine vollständige sein, ab Distriktebene seien lepraspezifisches Management und Supervision weiterhin notwendig.

Erfahrungsberichte aus Zimbabwe (Warndorff & Warndorff 1990) und Nepal (Roos, v Brakel und Chaurasia 1995) sowie aus der jüngeren Vergangenheit in Äthiopien (Dawit et al 1997) und Nigeria (Buba, Dass und Steentjes 1998) zielen in die gleiche Richtung: In Zimbabwe kompromittierten sinkende Patientenzahlen zunächst die Qualität der klinischen Behandlung einer selten werdenden Erkrankung, später auch die des Trainings in Lepra und damit indirekt die erfolgreiche Integration. In Nepal ließ die grundsätzlich mangelhafte Qualität zahlreicher *Basic Health Services* die Integration der Leprakontrolle in vielen Fällen nicht geraten erscheinen. Auch in Äthiopien und Nigeria gab es unerwartete Hindernisse, weder Kenntnisstand noch Mitarbeit der Angestellten des allgemeinen Gesundheitsdienstes entsprachen im Bereich Leprakontrolle den Erwartungen bzw. den bisherigen Standards. In Nigeria bestanden zudem Zweifel bezüglich der politischen Rückendeckung für den Integrationsprozess.

In Indien wurde unlängst mit Unterstützung durch DANLEP eine ganze Reihe bisher unpublizierter Studien zur Integration der Leprakontrolle durchgeführt. Die Ergebnisse seien knapp subsummiert:

- Die Übernahme der Lepradienste durch das *Primary Health Care* (PHC)-Netzwerk im Distrikt Gajapati, Orissa, war begleitet von einem deutlichen Anstieg der Zahl neu entdeckter Leprapatienten, größerer Adhärenz der Patienten zur Behandlung und allgemein zufriedengestelltem Personal wie Patienten. Allerdings seien vor der Integration die Beratung durch die spezialisierten NLEP²⁷-Mitarbeiter und die Kontaktuntersuchungen im Haushalt gewissenhafter durchgeführt worden (Ali, Rao und Nayak 1998).
- Im Distrikt Jagatsingpur in Orissa ergab sich ein ähnliches Bild, allerdings nahm die Zahl neu entdeckter Patienten deutlich ab (Biswal et al 1998).
- Drei Studien aus Tamil Nadu – aus den Distrikten Kancheepuram (Ramesh, Pasupathy und Samuel 1998), Kanyakumari (Liaquat Ali et al 1998) und Tiruchirapalli (Ramachandran et al 1998) – berichten gleichlautend von der erhaltenen Qualität der Leprakontrolle im integrierten System sowohl im Sinne objektiver professioneller

²⁷ National Leprosy Eradication Programme

Standards (*case detection rate* und *therapy completion rate*) als auch der subjektiven Beurteilung durch Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes und Patienten.

- Mohamed Esoof et al (1998) beschreiben im selben Bundesstaat bessere bzw. gleichartige leprabezogene Kenntnisse der Ärzte bzw. Gesundheitsarbeiter der allgemeinen Dienste im Vergleich zu denjenigen des NLEP.
- Die vorläufige Evaluierung der Integration der Leprakontrolle in ganz Tamil Nadu (Community Health Department, CMC, Vellore 1999) beschreibt einige Defizite: Sowohl die Mitarbeiter der allgemeinen Gesundheitsdienste als auch die „Lepraarbeiter“ waren noch nicht von ihren neuen Rollen überzeugt, das Training in der Vor- und Nachbereitung hätte ausführlicher sein können, vorbestehende Kommunikationskanäle seien noch nicht in allen Fällen durch neue ersetzt worden. Diese Probleme werden der mangelnden Planung für die Übergangsphase, nicht aber der Integration an sich zugeschrieben.
- Die Einbindung von *Jan Swasthya Rakshaks* (freiwilligen Gesundheitsarbeitern aus den Dörfern) in die Leprakontrolle im Distrikt Shivpuri in Madhya Pradesh hatte positive Auswirkungen auf die Diagnose neuer Fälle, Behandlungssadhärenz und sogar auf die Diagnose von Leprakomplikationen, namentlich von Reaktionen und silenter Neuritis (Jain et al 1998).
- Eine weitere Studie aus Madhya Pradesh (Prasad, Kosre und Mukherjee 1998) stellt die Integration als „machbar“ dar, berichtet aber von Problemen in der Diagnostik von Lepra selbst und der Leprareaktionen sowie in der Supervision der nunmehr bestehenden zahlreichen und kaum mehr übersehbaren Behandlungszentren.
- Eine gemeinsam von NLEP- und PHC-Mitarbeitern veranstaltete öffentliche Kampagne zum Thema Lepra im Distrikt Bargarh, Orissa, führte vor allem aufgrund des Engagements der PHC-Mitarbeiter und nicht desjenigen der NLEP-Angehörigen zur Entdeckung zahlreicher neuer Patienten (Acharya et al 1998).

All diesen Studien aus Indien ist das quasi-experimentelle Design und die Beschränkung auf einen überschaubaren Satz von Variablen aus der alltäglichen Lepraarbeit gemeinsam. Sie verzichten weitestgehend – wenn nicht vollkommen – auf die Analyse oder auch die Kommentierung des politischen Kontextes.

2.5.2 Planung für Integration

Einige Arbeiten beschäftigen sich auf abstrakterem Niveau mit dem theoretischen Hintergrund für die Planung und erfolgreiche Implementierung der Leprakontrolle in die allgemeinen Gesundheitsdienste:

Feenstra (1993) beschreibt ein integriertes Modell, das bis zur mittleren Ebene des Gesundheitsdienste – in der Regel ist damit wohl die Distriktebene gemeint – eine „spezialisierte Komponente“ beibehält. Ohne eine solche Komponente sei die Integration nicht möglich. Andererseits sei sie zwingend erforderlich, da:

- das Prinzip der Equität durch gesonderte Lepradienste verletzt wird
- nur durch die allgemeinen Dienste eine flächendeckende Versorgung mit MDT möglich ist
- in Zeiten der – wesentlich durch die Abkürzung der MDT verursachten – rückläufigen registrierten Prävalenz der Lepra Ressourcen und Arbeitsbelastung umzuschichten sind
- die Integration das einer Lepraerkrankung anhaftende Stigma reduzieren hilft
- die Integration die Nachhaltigkeit der Leprakontrolle unabhängig von Donoren sichert

Hindernisse sieht der Autor in:

- der häufig fehlenden Bereitschaft zur Integration bei politischen Entscheidungsträgern, Mitarbeitern sowohl der allgemeinen als auch der lepraspezifischen Gesundheitsdienste, bei Lepra- und anderen Patienten sowie bei der Legislative (die in manch einem Lande separierte Lepradienste vorschreibt)
- der häufig inadäquaten Planung des Integrationsprozesses
- fehlenden finanziellen und technischen Ressourcen (trainiertes Personal) zur Übernahme der neuen Aufgaben durch die allgemeinen Dienste

Die Kombination der Leprakontrolle mit der Tuberkulosekontrolle oder dermatologischen Diensten habe sich in einer Reihe von Fällen bewährt, erreiche aber nicht alle der im Rahmen der Integration zu verwirklichenden Zielvorstellungen.

Der Autor räumt ein, dass neben der oben beschriebenen „speziellen Komponente“ für Training, Monitoring und Supervision hinreichend funktionierende allgemeine

Gesundheitsdienste unabdingbar für eine gelungene Integration sind. Er empfiehlt eine sorgfältige Planung samt vorbereitendem Training und ein maßgeschneidertes, an den jeweiligen Kontext adaptiertes Vorgehen.

Eine Publikation der ILEP (1997) gruppiert die verschiedenen Ebenen der Gesundheitsdienste nach den durchschnittlich jährlich diagnostizierten Leprafällen. Rückläufige Fallzahlen sollten mit fortschreitender Integration einhergehen. Auch hier wird von der Beibehaltung einer „speziellen Komponente“ ausgegangen, die parallel zur Expertise der Referenzinstitutionen ihre Aufgaben in Training und Supervision wahrnimmt.

Green und Jochem (1998) beschäftigen sich aus einem weiter gefassten Blickwinkel mit dem Problem, in Zeiten gesundheitspolitischer Reformen nachhaltige Lepradienste aufrechtzuerhalten. Für die diesbezügliche Planung empfehlen sie die Berücksichtigung von

- leprabezogenen Faktoren (aktueller Standard der Leprakontrolle)
- Inhalt und Nachvollziehbarkeit der Prioritätensetzung im Gesundheitssektor
- makro-ökonomischer Entwicklung allgemein und ökonomischen Segregationstendenzen in der Gesellschaft (des Gefälles zwischen „Arm“ und „Reich“)
- Stand und Ausrichtung der Gesundheitssektorreform
- Bewertung der Bedeutung von Leprakontrolle durch alle involvierten Gruppen

In Bezug auf etwaige Dezentralisierungsbestrebungen heben sie die fortbestehende Relevanz des Zentrums hervor:

„Schließlich ist sollte sichergestellt werden, dass Gesundheitssektorreform-Bestrebungen zur Dezentralisierung nicht mit einer Reduktion ... nachdrücklicher technischer Unterstützung für das Monitoring und die Erstellung von Rahmenrichtlinien verwechselt werden. Die Erfahrung in anderen Bereichen lehrt, dass gerade die Dezentralisierung die Rolle des Zentrums nicht schwächen, sondern verändern sollte. Dies mag beispielsweise einen Übergang von Kontrolle durch Management in vertikalen Programm-Modellen zu technischer Führung oder Qualitätssicherung bedeuten. Derartige Anforderungen legen eine neue Rolle und wahrscheinlich die Entwicklung neuer Fertigkeiten für die Mitarbeiter in Lepraprogrammen nahe.“

Die einzelnen Leprakontrollprogramme müssten unabhängig von globalen Vorgaben ihre angepassten Ziele und die beste Mischung aus resultierenden Aktivitäten auch im Bereich PoD und SER entwickeln. Schließlich sollten sie sich klarmachen, dass in der Regel nur

Lepradienste im Rahmen eines weiter angelegten gesundheitspolitischen Ansatzes, nicht aber unbedingt spezialisierte Dienste auf allen Ebenen und am wenigsten die Leprahilfswerke selbst ihre dauerhafte Existenz abzusichern haben.

Die Autoren listen die verschiedenen Funktionen in der Leprakontrolle (Regulierung, Dienstleistung und Finanzierung) sowie mögliche ausführende Organe (Regierung, NROs, private Anbieter, Körperschaften, Donoren und anderen Entitäten incl. der Gemeinde und Familie) auf. Im Gegensatz zu Feenstra (1993) legen sie keine Blaupause zur „Integration“ fordern, sondern raten zur sorgfältigen Analyse der aktuellen und der erstrebenswerten Funktionsverteilung unter diesen Organen, zur Entwicklung eines detaillierten Planes zur Implementierung und zur kontinuierlichen Evaluierung des Erreichten. Im Aufbau kombinierter Lepra- und Tuberkulose-Kontrollprogramme sehen sie einen durchaus tragfähigen Kompromiss.

Zusammenfassend beanspruchen sie, die Fragen vorzulegen, deren Beantwortung die Anpassung der Leprakontrolle an die gesundheitspolitischen Anforderungen des 21. Jahrhunderts sichern könnte.

* * * *

3. Zielsetzung und Methoden

3.1 Übergeordnetes Ziel

Die vorliegende Studie beabsichtigt, einen Beitrag zur Bewertung und zukünftigen Adaptation gesundheitspolitischer Dezentralisierungsbestrebungen zu leisten, indem sie deren Einfluß auf die Kontrolle der Lepra in zwei Ländern mit fortbestehender Lepraendemie untersucht.

3.2 Spezifische Ziele

- die Beschreibung des politischen Hintergrundes und der Durchführung der Dezentralisierung im Gesundheitssektor Kolumbiens und Brasiliens
- die Untersuchung der Auswirkungen der Dezentralisierung auf die Gesundheitsdienste und die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Kolumbiens und Brasiliens im allgemeinen
- die Untersuchung der Auswirkungen der Dezentralisierung auf die Leprakontrolle beider Länder im besonderen
- die Identifikation angemessener Strategien zur Sicherung einer nachhaltigen Leprakontrolle in einem dezentralisierten Gesundheitssystem

3.3 Methoden

3.3.1 Design der Studie

Die Abwesenheit etablierter Forschungsdesigns im Bereich "Gesundheitssystemforschung" wurde ausführlich besprochen. Zur Durchführung der Studie wurden vier methodische Ansätze genutzt:

- Epidemiologische Trends wurden durch die routinemäßig erfassten Daten des DEUTSCHEN AUSSÄTZIGEN-HILFSWERKS und der ILEP mit für den Forschungszweck hinreichender Verlässlichkeit erfasst und analysiert. Obwohl eine Unterscheidung zwischen epidemiologischen Auswirkungen des Umstandes der Veränderung an sich (der Reform des Gesundheitssystems) und des Inhaltes der Veränderung (der Dezentralisierung) über einen begrenzten Zeitraum kaum möglich ist, so hätten grobe Größenschwankungen der epidemiologisch erfassten Parameter doch gewisse Rückschlüsse erlaubt.
- Die Einsicht in die nationalen Gesetzestexte und die eventuell an lokale Gegebenheiten adaptierten Ausführungsvorschriften legte die legislative Grundlage der Dezentralisierung in Kolumbien und Brasilien dar und half bei der Einordnung in einen bestimmten politischen Hintergrund.
- Die Literaturübersicht konnte durch das Zusammentragen von Publikationen und Stellungnahmen lokaler Institutionen sowie von Presseprodukten vorteilhaft ergänzt werden. Beispielhaft seien Positionspapiere in den Dezentralisierungsprozess involvierter Körperschaften wie etwa der Ärztekammer, Materialien in der Dezentralisierung aktiver NROs und schließlich die im heutigen Lateinamerika lebendige und in überregionalen Tageszeitungen gehaltvolle Diskussion der Gesundheitspolitik genannt.
- Schließlich wurden als bedeutsamster Beitrag zur Datensammlung semi-strukturierte Interviews und Fokusgruppen-Diskussionen mit allen Beteiligten (verantwortlichen Gesundheitspolitikern, Mitarbeitern im Gesundheitsdienst, Leprapatienten und Mitarbeitern des DAHW) durchgeführt, um den Typus Dezentralisierung detaillierter zu beschreiben und die Auswirkungen auf die Leprakontrolle zu erfassen. Die Auswahl von Schlüsselinformanten erfolgte unter Berücksichtigung ihrer Kompetenz, Kommunikationsfähigkeit und Zugänglichkeit. Die enge und langjährige Zusammenarbeit des DAHW mit lokalen Autoritäten sicherte die Hilfsbereitschaft aller Zielgruppen.

3.3.2 Identifikation von Interviewpartnern und Quellen

Die Identifikation von Interviewpartnern erfolgte in Zusammenarbeit mit den DAHW-Mitarbeitern in Kolumbien und Brasilien unter Anwendung der o.a. Kriterien. Die jahrzehntelange Zusammenarbeit des DAHW mit den für die Leprakontrolle

verantwortlichen Behörden sicherte den Zugang sowohl zu hochkarätigen staatlichen Funktionären als auch zu erfahrenen Mitarbeitern im Lepradienst, zu Vertretern anderer involvierter Institutionen (Krankenhäuser, Krankenversicherungen) und auch zu von der Lepra betroffenen Patienten. Die Interviews wurden samt und sonders im Zusammenhang mit Projektreisen durchgeführt. Die sich dabei ergebenden spontanen Kontakte ermöglichten die Identifikation weiterer Schlüsselinformanten, die sich durch Sachverständnis und Kommunikationsbereitschaft auszeichneten.

Aufschlussreiche schriftliche Quellen wurden durch die DAHW-Mitarbeiter, die Interviewpartner und auch durch die laufende Lektüre der bei Projektreisen zugänglichen Dokumente ausgemacht.

3.3.3 Untersuchte Variablen und Themenkreise

Alle routinemäßige vom DAHW und ILEP erfassten Indikatoren zur Leprakontrolle wurden in die Untersuchung miteinbezogen.

Die Interviews mit den Schlüsselinformanten wurden als qualitative Interviews in semi-strukturierter Form durchgeführt. Die Liste vorgegebener Themenkreise umfaßte den Typ der tatsächlich implementierten Dezentralisierung sowohl unter Kategorisierung nach dem *administrative approach* als auch nach dem *principal agent approach*, Fragen nach dem legislativen Rahmen, nach Förderern und Widersachern der Dezentralisierung auch unter Mitarbeitern der Gesundheitsdienste, weiterhin die Einschätzung der durch die Dezentralisierung erreichten Demokratisierung und anderer angestrebter Ziele, die Frage nach den neuen Rollen von Peripherie und Zentrum, die detaillierte Diskussion beobachteter Probleme während der Dezentralisierung und schließlich die Beurteilung der Leprakontrolle mit all ihren Aspekten im dezentralisierten System. Dieser *topic guide* wurde dem Verlauf des jeweiligen Interviews und auch der Interviewserie angepasst. Ein Beispiel für eine sich zusätzlich ergebende Frage ist etwa die nach der Rolle internationaler Krankenversicherungsgesellschaften im Dezentralisierungsprozess. Eine die Themenkreise zusammenfassende Version des *topic guide* findet sich im Anhang.

3.3.4 Datenkollektion

Die epidemiologischen Daten wurden der Datenbank „Promis“ des DAHW entnommen und – wo möglich und sinnvoll – um von den Projekten zusätzlich übermittelte Informationen ergänzt.

Die in Kolumbien und Brasilien zugänglichen schriftlichen Quellen wurden während zweier Projektreisen im Juni/Juli 1999 und im März/April 2000 in den betreffenden Ländern gesammelt und möglichst im Original asserviert.

Anlässlich dieser beiden Reisen wurden auch insgesamt 39 registrierte semi-strukturierte Interviews und Diskussionen durchgeführt, davon 23 in Kolumbien und 16 in Brasilien. Nach Möglichkeit wurde eine ruhige und von Außeneinflüssen abgeschirmte Atmosphäre gesucht oder geschaffen. Eine ganze Reihe von Interviews wurde jedoch *ad hoc* im bestmöglichen Rahmen (mitunter auch in einer Gastwirtschaft) vorgenommen. Diese Interviews wurden mittels eines kleinen tragbaren Cassettenrecorders aufgenommen, die Cassetten durch lokale Schreibkräfte transkribiert. Sie dauerten in der Regel 30-90 Minuten. Die Interviewpartner wurden auf den freiwilligen Charakter ihrer Teilnahme und das Recht, die Befragung jederzeit abzubrechen, jedes Mal ausdrücklich hingewiesen. Die Transskriptionen wurden vom Autor lückenlos auf inhaltliche und sprachliche Korrektheit überprüft. Den Besonderheiten des in Lateinamerika gesprochenen Spanisch und Portugiesisch wurde hierbei Rechnung getragen. In Brasilien konnten einige zusätzlich durchgeführte Interviews nicht registriert werden, wenn sie etwa in ein komplexeres Gespräch in größerer Runde eingebettet waren²⁸.

Die folgende Tabelle gibt eine kurze Übersicht über die interviewten Berufsgruppen:

²⁸ Hervorzuheben sind Gespräche mit dem nationalen Koordinator für Leprakontrolle in Brasilien und der ihm vorgesetzten stellvertretenden Leiterin des *Departamento de Ações Básicas* (Department für Basisaktionen).

Berufsgruppen Kolumbien	Berufsgruppen Brasilien
<ul style="list-style-type: none"> • Koordinatoren der sozio-ökonomischen Rehabilitationsprojekte des DAHW • medizinische Koordinatoren des DAHW • Ärzte, Krankenschwestern und –pfleger, die im vom DAHW unterstützten nationalen Lepra-Kontrollprogramm mitwirken • ehemalige Leprapatienten, die in einer Selbsthilfegruppe organisiert sind • Leiter des Gesundheitssekretariats in Agua de Dios (um ehemalige Leprakolonie herum gewachsene Ortschaft) • Krankenschwestern in der allgemeinen Gesundheitsversorgung • Geschäftsführer einer Versicherungsgesellschaft • Universitätsprofessoren und weiteres Regierungspersonal im Arbeitsgebiet <i>Public Health</i> • Vertreter der mit den Gesundheitsdiensten kooperierenden pharmazeutischen Industrie • Mitarbeiter von „Entwicklungshilfeprojekten“ • med. Leiterin des öffentlichen Gesundheitsdienstes von Cartagena • Geschäftsführer einer Rehabilitationseinrichtung • med. Berater für Tuberkulosekontrolle im Gesundheitsministerium • ärztl. Leiterin der Lepra- und Tuberkulosekontrolle in Bogotá • Generaldirektor für <i>Public Health</i> im Gesundheitsministerium 	<ul style="list-style-type: none"> • medizinisch-technische Koordinatoren des DAHW • Ärzte, Krankengymnasten und –schwestern, die im vom DAHW unterstützten nationalen Lepra-Kontrollprogramm mitwirken • brasilianische Koordinatoren für Leprakontrolle in Mato Grosso, Roraima, Amazonas und Maranhão • Mitarbeiter städtischer Gesundheitssekretariate in mehreren Städten • PR-Mitarbeiter städtischer und staatlicher Gesundheitsdienste • Mitarbeiter staatlicher Gesundheitssekretariate in Mato Grosso, Acre, Roraima und Amazonas • Ärzte und Mitarbeiter staatlicher dermatologischer Referenzzentren • Präsident der <i>Fundação Alfredo da Matta</i>²⁹ (FUAM) • Mitarbeiter der <i>Fundação Hanseníase</i>³⁰ in Manaus • in „lepraspezifischer Chirurgie“ tätige Chirurgen und Neurochirurgen • Mitarbeiter des brasilianischen Gesundheitsministeriums

Tabelle 2: Professionelle Zuordnung der Partner in den semi-strukturierten Interviews

Angesichts der exponierten Stellung einiger der Interviewpartner konnte die Anonymität nicht in allen Fällen zugesichert werden; es schien allerdings auch keinerlei Bedarf an einer solchen Sicherung des Inkognito zu bestehen.

Der Themenkatalog wurde kontinuierlich an im Laufe der Interviews neu auftauchende Themenkreise angepasst. Mit Ende der Interviewserie sowohl in Kolumbien als auch in Brasilien konnten keine neuen Aspekte mehr ausgemacht werden; die Thematik schien in diesem methodischen Rahmen erschöpfend behandelt zu sein.

²⁹ supranationales Referenzzentrum für tropische Dermatologie

3.3.5 Datensicherung

Die epidemiologischen Daten, die jeweiligen Gesetzestexte und sonstige schriftliche Quellen sind der Allgemeinheit frei zugänglich und machten somit keine Datensicherung erforderlich.

Die semi-strukturierten Interviews wurden vom Autor auf den Audiocassetten, in ausgedruckter Form und auch in elektronischer Version auf HD-Diskette und der Festplatte eines privaten Computers gesichert. Sie wurden vertraulich behandelt.

3.3.6 Datenanalyse

Obwohl es sich bei den erfassten Indikatoren ausschließlich um quantitative Daten handelt, blieb die Betrachtung deskriptiv. Bei der Vielzahl der die epidemiologischen Indikatoren der Lepra beeinflussenden Faktoren wirkte die statistische Suche nach Korrelationen wenig erfolgversprechend. Der Nachweis plausibler Kausalzusammenhänge zwischen den beobachteten Trends und der Wandlung des Gesundheitssystems ist notorisch schwierig (Wille 1999). Immerhin können sie auf einer Zeitachse dem Verlauf der Dezentralisierung gegenübergestellt werden. Einzelheiten werden unter 4. besprochen. Auf ursprünglich in die Studienplanung einbezogene Kosteneffektivitäts-Berechnungen unter Zuhilfenahme einiger Indikatoren zur Bestimmung des *outcome* mußte verzichtet werden: Die Budgets der Leprakontrolle setzen sich aus mehreren, teils in ihrer Größenordnung schwer faßbaren finanziellen Quellen zusammen, verschmelzen häufig mit anderen Budgets und ordnen vor allem äußerst selten alle Aktivitäten reproduzierbar bestimmten Budgetposten zu.

Bei der Auswertung der qualitativen Daten wurden die resultierenden Themen, Aspekte und Standpunkte endgültig – und in Zuordnung zu den Gesprächspartnern – kategorisiert und in einen logischen Zusammenhang gebracht. Meinungen der Mehrheit und einer Minderheit der Befragten wurden unterschieden. Widersprüchliche Einschätzungen wurden einer ausgiebigen Diskussion unterzogen, und schließlich wurden die Niederschriften auf repräsentative und ausdrucksstarke Zitate durchgesehen.

³⁰ Die *Fundação Hanseníase* verwaltet die Finanzen und Projekte der OPS und des DAHW innerhalb der FUAM.

3.3.7 Datenqualität und ethische Aspekte

Die Validität von Forschungsergebnissen im Bereich Gesundheitssystemforschung macht sich häufig allein am Vertrauen auf die Expertise des Untersuchers bzw. an der Anerkennung der Ergebnisse durch andere Experten fest. Anerkannte Mechanismen der Validitäts- und damit Qualitätssicherung existieren ebenso wenig wie etablierte Designs. Immerhin tragen die sorgfältige Vorbereitung der Datenerhebung, die zügige und korrekte Übertragung des gesprochenen in ein geschriebenes Wort, die Beschreibung des Kontextes und die Widerspiegelung der ersten Ergebnisse in den folgenden Interviews und Diskussionen ihr Teil zur gründlichen Erfassung der Problematik bei. Schließlich sollte die abschließende Interpretation widersprüchliche Ergebnisse und alternative Möglichkeiten der Erklärung beinhalten.

Die Qualität der Resultate wird zudem durch das dem Studiendesign immanente *peer checking* durch den Supervisor dieser Arbeit gefördert.

Mögliche ethische Bedenken bezüglich der Studiendurchführung schienen von begrenzter Bedeutung zu sein, da kaum aus der Studie resultierende negative Konsequenzen absehbar waren. Allerdings ist die an und für sich rein organisatorische Frage der Dezentralisierung mitunter ideologisch beladen. Es mochte daher für einige der vorgesehenen Teilnehmer (vornehmlich Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes und evtl. auch des DAHW) bedenklich sein, ihre Meinung zu äußern, wenn die Möglichkeit der Weiterleitung an Vorgesetzte oder politische Entscheidungsträger bestanden hätte. Unabhängig davon mögen von Lepra betroffene Personen in einigen Fällen durch die Diskussionen an unliebsame Erfahrungen erinnert und dadurch in ihrem seelischen Wohlbefinden beeinträchtigt werden. Der konkrete Verlauf der Studie bot zu keinem Zeitpunkt einen Anhaltspunkt dafür, dass sich eine dieser Befürchtungen bewahrheitet hätte. Allerdings baten die Gesprächspartner in Brasilien bei drei Anlässen um eine Unterbrechung der Tonbandaufnahme. In zwei der drei Fälle berichteten sie von Kapitalverbrechen im Zusammenhang mit dem Missbrauch finanzieller Zuwendungen der Bundesregierung.

3.3.8 Umgang mit den Resultaten

Es ist vorgesehen, alle an der Studie Beteiligten über die Forschungsergebnisse zu informieren. Bei Akzeptanz ist zudem die Publikation in einer allgemein dem Feld *Public Health* oder mehr spezifisch der Leprakontrolle zuzuordnenden Fachzeitschrift geplant. Die Forschungsergebnisse werden dem DAHW unmittelbar zugänglich sein und können in seine Planung in über 300 Projekten weltweit ebenso wie in seine politische Position innerhalb der *Internationalen Föderation der Lepra-Hilfswerke* (ILEP) und gegenüber der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen Organisationen einfließen. Diesbezügliche Empfehlungen sind ein Bestandteil der Studie.

3.3.9 Diskussion der Generalisierbarkeit

Eine Reihe von Faktoren beeinflussten bzw. limitierten die Generalisierbarkeit der Studienergebnisse. Zum einen standen für die eigentliche Datenkollektion nur vier (Kolumbien) bzw. sechs (Brasilien) Wochen zur Verfügung, und diese auch nicht im vollen Umfang. Immerhin entstand in beiden Studienabschnitten der Eindruck, dass ein „Saturationspunkt“ erreicht war und dass die letzten Interviews keine wesentlichen neuen Aspekte mehr zu Tage förderten.

Die Verlässlichkeit³¹ der Studienergebnisse wurde zumindest durch die breitgefächerte Auswahl der Interviewpartner und durch die Überprüfung der Ergebnisse auf innere Konsistenz gesichert. Zudem entstand bei allen Interviews der sichere Eindruck, dass sich die Befragten frank und frei zu sämtlichen angeschnittenen Themenkreisen äußerten, so dass der subjektive Wahrheitsgehalt der registrierten Interviews kaum anzuzweifeln ist.

Die Frage der Generalisierbarkeit der vorgelegten Studienergebnisse kann nur im Lichte parallel erhobener Forschungsergebnisse beantwortet werden. Angesichts sehr konträrer Bewertungen der bisher implementierten Dezentralisierung in unterschiedlichem geographischen und politischen Kontext ist hier äußerste Vorsicht geboten.

* * * * *

³¹ Übersetzung des englischen Terminus *reliability*, der die Sicherheit umschreibt, mit der die gleichen Studienergebnisse unter vergleichbaren Bedingungen wieder erhoben würden, wohlgedenkt ohne dass sie die untersuchte Forschungsfrage korrekt beantworten müssten

4. Resultate

Die Studienergebnisse aus Kolumbien und Brasilien werden getrennt präsentiert. Übergreifende Aspekte werden erst in der nachfolgenden Diskussion besprochen. Die Darstellung beginnt in beiden Fällen mit der Betrachtung der epidemiologischen Indikatoren, widmet sich dann den schriftlichen Quellen (Gesetzestexte, Pamphlete, Zeitungsartikel) und berücksichtigt abschließend und im Detail die Ergebnisse der semi-strukturierten Interviews.

4.1 Kolumbien

4.1.1 Epidemiologische Daten

Der von ILEP-Mitgliedern wie dem DAHW routinemäßig erhobene Datensatz zur epidemiologischen Einschätzung der Leprasituation und zur groben Bewertung der Programmarbeit liegt aus Kolumbien nicht komplett vor. Da bei der Diagnosestellung der Lepra in Kolumbien kein standardisiertes Verfahren zur Beurteilung des Behinderungsgrades eines neuen Patienten etabliert ist, existieren insbesondere keine präzisen Informationen zum Anteil leicht und schwerer Behinderten unter den neu entdeckten Fällen.

Auch die Zuverlässigkeit und Konsequenz, mit der die Polychemotherapie durchgeführt wird, wird nicht regelmäßig erfasst. Immerhin ist beispielhaft aus dem Jahre 1997 bekannt, dass 74% aller Patienten ihre Behandlung regulär beendeten, 10,6% die Medikamente unregelmäßig einnahmen und 15,4% die Behandlung abbrachen. Als realistisches Programmziel bei optimalem Zusammenwirken aller Beteiligten gilt ein erfolgreicher Behandlungsabschluss durch 85% aller Patienten.

Die folgende Graphik vermittelt einen Eindruck von der Zahl registrierter Patienten und der Zahl jährlich neu entdeckter Patienten der letzten zehn Jahre in Kolumbien:

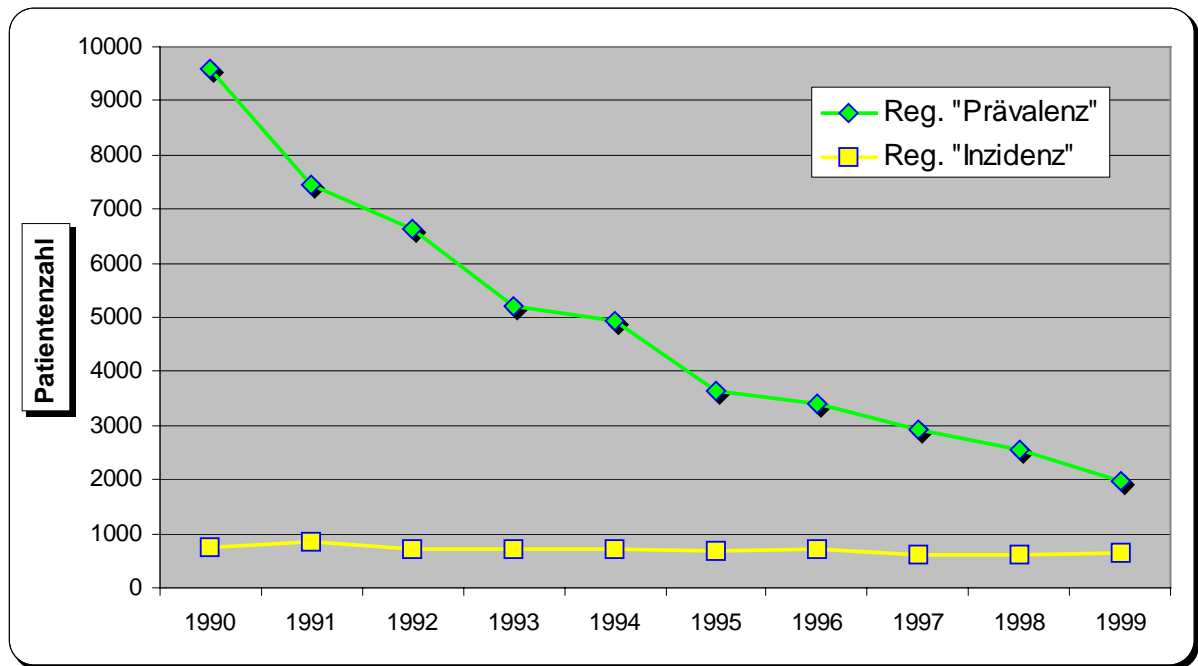


Abbildung 7: Registrierte Patienten und neue Lepra-Fälle in Kolumbien 1990-99 (Quelle: DAHW)

Ähnlich wie beim in der Einleitung vorgeführten weltweiten Trend ist in Kolumbien eine dramatische Abnahme der Zahl registrierter Leprapatienten zu beobachten; 9.600 registrierten Erkrankten im Jahr 1990 standen 1.960 im Jahre 1999 gegenüber. Diese Entwicklung erklärt sich hauptsächlich durch die Abkürzung der Polychemotherapie auf nunmehr empfohlene 6-12 Monate und die daraus resultierende Straffung der Register. Die Zahl der registrierten Patienten in Kolumbien ist immer noch etwa dreimal höher als die neuer Fälle. Dies Phänomen ist ein Ausdruck des Verharrens vieler Ärzte und Gesundheitsdienste bei einer trotz aller neuen Empfehlungen durchschnittlich drei Jahre dauernden Therapie. Die folgende Graphik stellt nochmals in einem übersichtlicheren Maßstab die Zahl neuer Fälle über die Jahre dar:

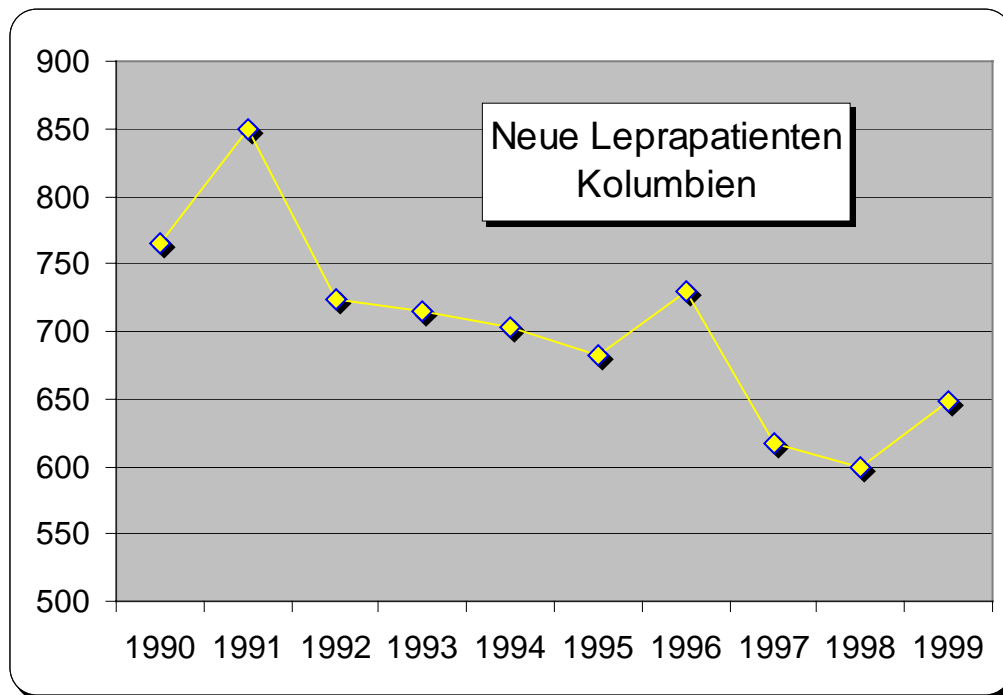


Abbildung 8: Absolute Zahl neu entdeckter Lebrapatenten in Kolumbien 1990-99 (Quelle: DAHW) - Skalierung der Y-Achse schließt 0-Punkt nicht ein!

Über den vergleichsweise kurzen Zeitraum von zehn Jahren kann kein eindeutiger Trend ausgemacht werden. Immerhin ist die Zahl neu entdeckter Fälle signifikant niedriger als in den 60er Jahren des 20. Jahrhunderts. Damals hatte sie durchschnittlich bei über 1.200 Fällen jährlich gelegen (Pinto R, 2000). Der zeitliche Ablauf macht jedoch keinen Zusammenhang mit der ab 1990 vehement implementierten Dezentralisierung des Gesundheitssystems wahrscheinlich.

Die 646 im Jahr 1999 neu entdeckten Fälle entsprechen einer „Inzidenz“ von 0,16/10.000. Damit gehört Kolumbien zu den Ländern niedriger Endemizität.

Als wichtige Indikatoren in der Leprakontrolle gelten neben der in Kolumbien nicht erfassten Prozentzahl Behinderter unter den neu entdeckten Patienten der Anteil multibacillärer Patienten und der Anteil an unter 14jährigen Kindern. Beide werden in der folgenden Graphik über denselben Beobachtungszeitraum dargestellt:

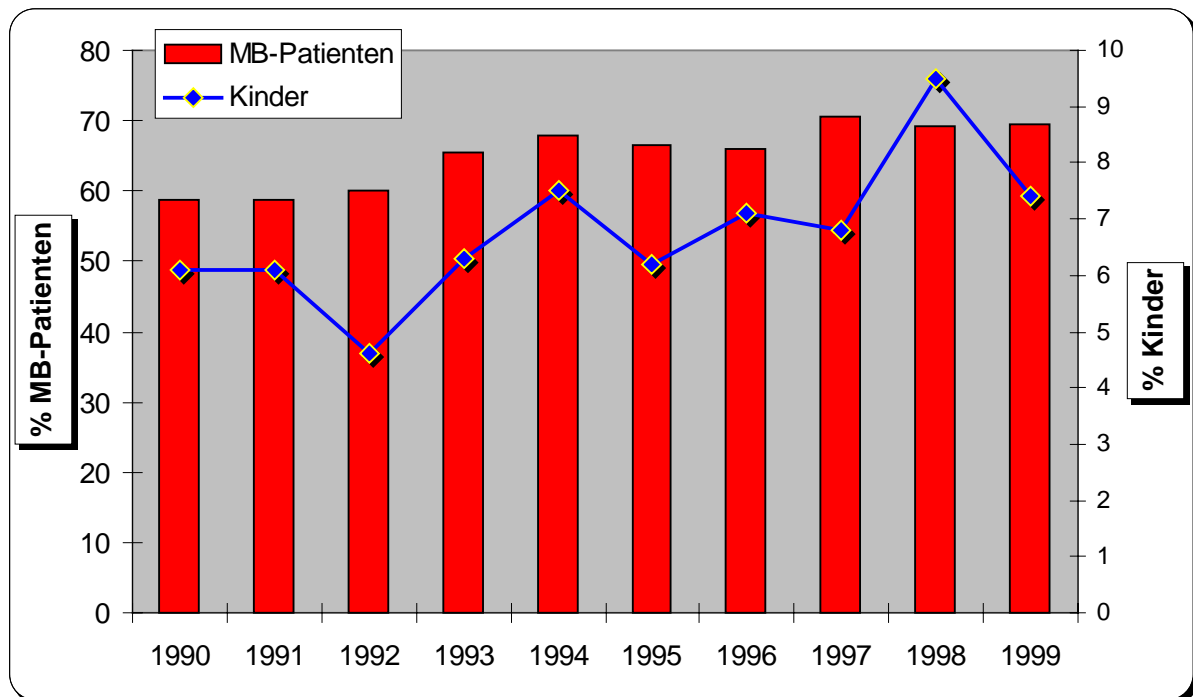


Abbildung 9: Prozentsatz von MB-Fällen und Kindern unter neu entdeckten Lepra-Patienten in Kolumbien 1990-99 (Quelle: DAHW)

Die Interpretation dieser beiden Indikatoren ist mit einer ganzen Reihe von Fallstricken behaftet. Im weltweiten Vergleich kann ein MB-Anteil von über 40% als fraglich, von über 50% als relativ sicher hoch eingeschätzt werden. Die hier beobachteten, zumeist über 60% liegenden Prozentzahlen sind charakteristisch für die Frühphase der Leprakontrolle oder aber gerade eine späte Phase der weitestgehenden Unterbrechung rezenter Transmission. Ähnliches gilt für die stets unter 10% liegende und damit vergleichsweise niedrige Proportion von Kindern unter den neuen Patienten. Wenngleich also angesichts anderer bekannter Fakten (einschließlich der über die letzten 40 Jahre deutlich rückläufigen Zahl neuer Patienten) von Fortschritten der Leprakontrolle ausgegangen werden kann, erlaubt der uneindeutige Trend der beiden vorgestellten Indikatoren keinerlei Rückschluss auf die Auswirkungen der Dezentralisierung in den 90er Jahren.

Eine letzte Graphik zeigt – soweit bekannt – den Anteil von Rückfällen unter den neu diagnostizierten Patienten in Kolumbien auf. Es sind mehrere Einzelheiten anzumerken: Der Prozentsatz von Rückfällen in Kolumbien zählt weltweit zu den höchsten, wobei die in der Literatur aus verschiedenen Kontinenten publizierten Zahlen zu Rückfällen unter der Polychemotherapie eh keine konsistenten Informationen enthalten. Zumeist wird aber

davon ausgegangen, dass es nach *lege artis* durchgeführter MDT bei weit weniger als 1% der Patienten zu Rückfällen kommt. Eine wichtige Ursache für derartig unterschiedliche Angaben sind die äußerst unterschiedlichen zur Anwendung kommenden Kriterien für die Diagnose eines Rückfalls. Generell wird davon angenommen, dass es sich bei der Mehrzahl der registrierten „Rückfälle“ um Über- und Fehldiagnosen besonders aufgrund von Leprareaktionen handelt. Details zu den in Kolumbien diagnostizierten Rückfällen sind nur bei einzelnen Patienten bekannt.

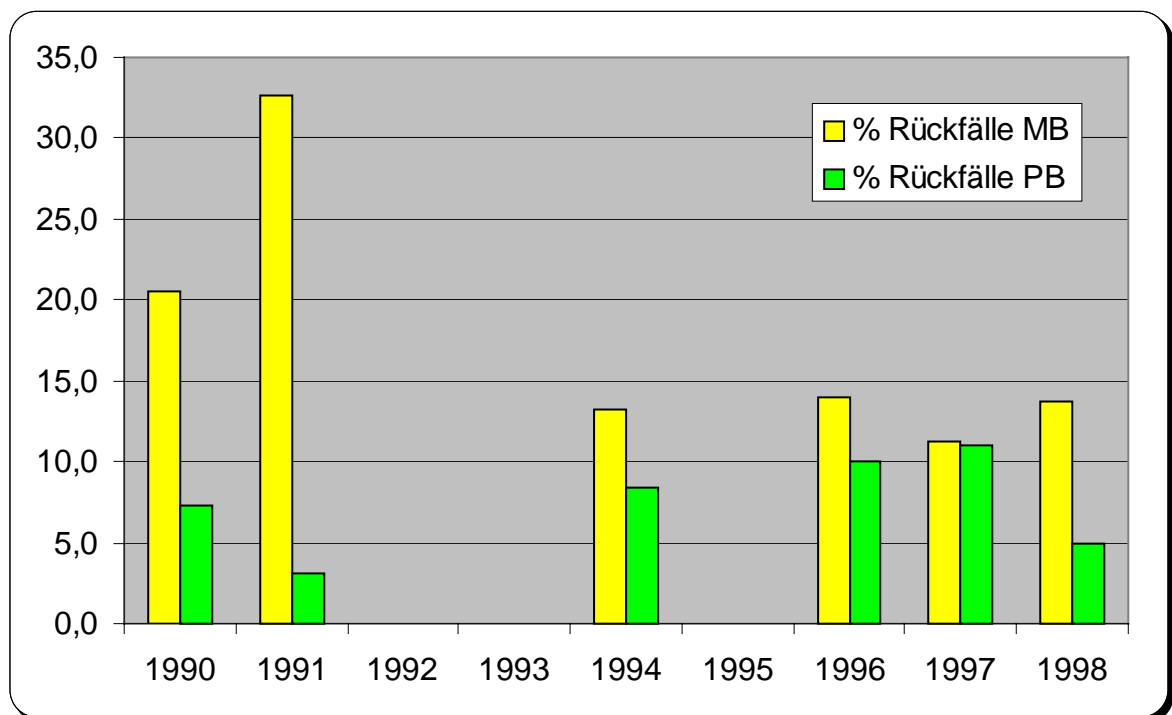


Abbildung 10: Prozentsatz von Rückfällen unter neu entdeckten Patienten mit pauci- und multibacillärer Lepra in Kolumbien 1990/91, 1994 und 1996-98
(Quelle: DAHW)

Auch bei diesem schon zu Beginn der 90er Jahre durch einen hohen Wert auffälligen Parameter ist keine Beziehung zu der in dieser Dekade implementierten Dezentralisierung ersichtlich.

4.1.2 Gesetzliche Grundlagen der Dezentralisierung

Die sich zögernd schon zu Beginn der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts abzeichnenden Dezentralisierungsbestrebungen im kolumbianischen Gesundheitssystem erhielten durch drei aufeinander aufbauende Gesetzestexte wesentlichen Vorschub: Die *Ley*³² 10 vom Januar 1990, die *Ley* 60 vom August 1993 und schließlich die *Ley* 100 vom Dezember 1993.

4.1.2.1 Gesetzblatt 10 (Ley 10) von 1990

Die *Ley* 10 ist um den Untertitel „durch welche das nationale Gesundheitssystem reorganisiert wird“ ergänzt und erklärt im 1. Artikel des I. sogenannten Kapitels:

„Die Durchführung von Gesundheitsdiensten ist auf allen Ebenen eine öffentliche Aufgabe zu Lasten der Nation, umsonst in ihren Basisdiensten für alle Bewohner des nationalen Territoriums und wird gemeinsam mit lokalen Behörden durch ihre dezentralisierten Einrichtungen und autorisierte Privatpersonen verwaltet...“

Es wird also nicht nur die letztliche Verantwortung des Staates für die Organisation des Gesundheitssystems eingeräumt, er hat darüber hinaus eine kostenfreie Basisversorgung sicherzustellen. Ausgeübt wird diese Verantwortung freilich durch „dezentralisierte Einrichtungen“ gemeinsam mit den lokalen Behörden und privaten Einrichtungen. Artikel 1 erläutert in der Folge die eher regulative Rolle des „Staates“, die das Erstellen von medizinischen und juristischen Normen wie auch von Gebührensätzen und die Supervision der Gesundheitsdienste einschließt. Artikel 3 des Gesetzes beschreibt die grundlegenden Prinzipien der öffentlichen Gesundheitsdienste, beginnend mit der Feststellung:

„Alle Bewohner des nationalen Territoriums haben das Recht, die Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen.“

Das Recht auf Gesundheitsversorgung wird festgeschrieben. Zu den weiteren Grundsätzen gehören auch die Beteiligung des einzelnen und der Allgemeinbevölkerung (*participación comunitaria*) an der Planung und Durchführung dieser Gesundheitsversorgung.

³² Gesetz, Gesetzblatt

Kapitel II, Artikel 6³³ weist den Gemeinden (*municipios*), zu denen nebenbei auch die Großstädte zählen, die Verantwortung für die Direktion und Ausführung der Dienstleistungen „erster Ebene“ zu. Dazu gehört auch die Führung lokaler Krankenhäuser. Die Departemente sind für die „zweite und dritte Ebene“ der Dienstleistungen einschließlich spezieller Dienste und des Betriebes von Universitätskliniken zuständig. Artikel 8 legt die Rolle der „Nationaldirektion des Gesundheitssystems“ (*Dirección Nacional del Sistema de Salud*) fest:

„Die Nationaldirektion des Gesundheitssystems untersteht dem Gesundheitsministerium, welches demzufolge die Politik bestimmt und die wissenschaftlich-administrativen Normen diktiert, die für alle in das System integrierten Einrichtungen obligatorisch sind.“

Die lokale technische Planung ebenso wie die Finanzverwaltung wird jedoch den Gemeinden anvertraut, denen zu diesem Zweck die Gründung eines „lokalen Gesundheitsfonds“, also die separate Budgetierung des Gesundheitssektors, auferlegt wird. Kapitel III erläutert in Einzelheiten die Bedingungen der Zusammenarbeit mit privaten Anbietern und läßt das Auslagern von öffentlichen Dienstleistungen an diese ausdrücklich zu.

Kapitel IV definiert in einer wichtigen Passage den Posten des lokalen „Gesundheitssekretärs“, also der Person, die auf der im dezentralisierten System entscheidenden Gemeindeebene für den Gesundheitssektor zuständig ist, als einen seinem Wesen nach politischen Posten. Er zählt also nicht zum öffentlichen Dienst, sondern wird im Rahmen von Wahlen besetzt.

Kapitel V bestimmt, dass ab 1991 mindestens 4% des nationalen Fiskalaufkommens (realiter sind es mehr!) in den Gesundheitssektor fließen müssen. Des weiteren sollten die Departemente mindestens 50% ihrer für diesen Sektor vorgesehenen Ausgaben an die Gemeinden überweisen, sofern diese die durch die *Ley 10* vorgesehenen Strukturreformen vorgenommen haben. Die Voraussetzungen (Vorhandensein einer „lokalen Direktion des Gesundheitssystems“, Übernahme aller Normen des Gesundheitsministeriums, Schaffung einer administrativen Struktur der dezentralisierten Dienste, Gründung des „Gesundheitsfonds“, Überführung aller Angestellten in die Sozialversicherung) werden im Detail erläutert.

³³ Die Artikel werden fortlaufend über das jeweilige Gesetzblatt gezählt.

Schließlich legt das Kapitel VI Sanktionen für den Fall fest, dass die Vorgaben des Gesetzes nicht befolgt werden.

4.1.2.2 Gesetzblatt 60 (Ley 60) von 1993

Die *Ley 60* vom August 1993 will diverse staatliche Aufgabenbereiche, darunter auch das Gesundheitssystem, der 1991 neu erlassenen Verfassung anpassen, die Kolumbien als „vereinigte dezentralisierte Republik“ charakterisiert. Den Gemeinden werden im Kapitel I, Artikel 2 in Übereinstimmung mit Kapitel II der *Ley 10* folgende Aufgaben zugewiesen:

„... Durchführen von Aktionen zur Stützung der Gesundheit, Prävention von Erkrankungen, Sichern und Finanzieren der Bereitstellung kurativer Dienste und Rehabilitation auf der ersten Ebene von Gesundheitsdiensten für die Gemeinschaft, entweder direkt durch ihre Posten und dezentralisierten Einheiten ... oder durch Verträge mit öffentlichen, gemeindeeigenen oder privaten Einheiten ...“

Die 32 Departemente Kolumbiens sind laut Kapitel I, Artikel 3 in Übernahme des Kapitels II der *Ley 10* für die zweite und dritte Versorgungsebene zuständig, haben aber auch die Finanzierung der eigentlich den Gemeinden anvertrauten Dienste zu übernehmen, wenn diese nicht in der Lage dazu sind. Zudem sollen sie den Einschluss privater, gemeindeeigener und sonstiger Gesundheitsdienste in die Versorgung fördern.

Artikel 5 des Kapitels I räumt der Nation richtungsweisende Funktionen beim Erstellen von Normen, in der Koordination, Supervision und Evaluation nationaler Kampagnen und Programme, bei der medizinisch-technischen Beratung, und der Verteilung der disponiblen Finanzen ein. Zudem ist die Zentralregierung bzw. das Gesundheitsministerium direkt verantwortlich für die „Sanatorien“ (ehemaligen Leprosorien) in Agua de Dios und Contratación. Die „Nation“ übereignet den Departementen und Munizipien alles von diesen genutzte bewegliche und unbewegliche Eigentum zur Krankenversorgung.

Kapitel II weist im Artikel 10, § 1 dem Gesundheitssektor einen Spielraum von 20-40% im Budget der Departemente zu, von denen wiederum mindestens 50% für Dienste der „ersten Ebene“ vorzusehen sind. Im Artikel 13 wird den Gemeinden eine zur vollkommenen Abdeckung der Bevölkerung führende Planung der Gesundheitsversorgung abverlangt.

Artikel 14 definiert als Grundlagen der Dezentralisierung von der Zentralregierung zu den Departementen die Existenz eines Informationssystem sowie ein Wechselspiel von Planung und Evaluierung bzw. das Verfolgen eines Planungszyklus. Artikel 16 befasst sich mit den Voraussetzungen für die Dezentralisierung bis hin zur Gemeindeebene und erklärt zur Richtschnur:

„... es können keine Funktionen ohne die vorausgehende Bereitstellung für ihre Ausführung ausreichender Ressourcen dezentralisiert werden...“

Für die Dezentralisierung bis zur Gemeindeebene wird von den Munizipien verlangt:

- Existenz von Informationssystem und Implementierung des Planungszyklus
- Anforderungen wie in Kapitel V der *Ley 10*:
 - Vorhandensein einer „lokalen Direktion des Gesundheitssystems“
 - Übernahme aller Normen des Gesundheitsministeriums
 - Schaffung einer administrativen Struktur der dezentralisierten Dienste
 - Gründung des „Gesundheitsfonds“
 - Überführung aller Angestellten in die Sozialversicherung
- Überführung aller Angestellten auch des privaten Sektors in ein geregeltes Beschäftigungsverhältnis

Sobald diese Bedingungen erfüllt sind, kann die Gemeinde die Dezentralisierung sowohl beim Departement als auch bei der Zentralregierung einfordern. Andernfalls verbleibt sie unter der Aufsicht der übergeordneten Instanzen.

Kapitel III, Artikel 21 überträgt den dezentralisierten Munizipien in einer langen Aufzählung die Verantwortung für die Finanzierung fast des gesamten Bereiches der präventiven und kurativen Medizin mit Ausnahme hochspezialisierter Dienste. Sie sind zudem für die Finanzierung von Programmen für „vulnerable Bevölkerungsgruppen“ zuständig, zu denen auch Behinderte zählen. Das Budget für Gesundheit sollte 20-45% des Gemeindeaufkommens ausmachen. Im Artikel 23 wird den Munizipien die Erstellung eines jährlichen Aktionsplanes abverlangt, den sie sowohl dem zuständigen Departement als auch der eigenen Bevölkerung vorzustellen haben. Alle drei involvierten Gruppen (Departement, Gemeinde und Bürger) können sich untereinander zur Diskussion des Planes kurzschließen.

Kapitel IV, Artikel 28 schreibt schließlich den Departementen, Distrikten³⁴ und Munizipien die systematische Information des Gesundheitsministeriums über Programmfortschritte vor.

4.1.2.3 Gesetzblatt 100 (Ley 100) von 1993

Die *Ley 100* ist ein umfassendes Gesetzwerk, das ein neues System der Sozialversicherung in Kolumbien einzuführen beabsichtigt. Geleitet werde es von den Prinzipien der Effizienz, Universalität, Solidarität, Integralität, Einheit und Partizipation. Kapitel I, Absatz 3 erklärt:

„Der Staat garantiert allen Bewohnern des nationalen Territoriums das unwiderrufliche Recht auf Sozialversicherung.“

Das erste „Buch“ der *Ley 100* befasst sich mit der Rentenversicherung. Es hat insofern eine gewisse Bedeutung für die Leprakontrolle, als die Schaffung von Rentenfonds für Behinderte vorgesehen ist.

Buch 2, Titel 1, Kapitel 1, Artikel 152 erläutert die Grundlagen der Sozialversicherung im Gesundheitswesen:

„Die Ziele des Allgemeinen Systems der Sozialversicherung im Gesundheitswesen sind es, den essentiellen öffentlichen Gesundheitsdienst zu regeln und Zugangsbedingungen zu Diensten aller Ebenen für die gesamte Bevölkerung zu schaffen.“

Geleitet werde die Sozialversicherung im Gesundheitswesen laut Artikel 153 u.a. von folgenden Prinzipien:

- Equität (gleicher Zugang aller Landesbewohner zu Diensten gleicher Qualität)
- Verbindlichkeit (Mitgliedschaft aller Landesbewohner in der Sozialversicherung entweder über den Arbeitgeber oder über vom Staat bereitzustellende Mechanismen)
- integraler Schutz (präventive, kurative und rehabilitative Maßnahmen gleichbleibender Qualität)

³⁴ Analog zu Washington DC sind einige kolumbianische Großstädte (so Bogotá) „Distrikte“.

- freie Wahl der dienstleistenden Einrichtung
- administrative Dezentralisierung
- Partizipation der Bevölkerung
- Qualitätskontrolle der erbrachten Dienstleistungen

Die Rolle der Zentralregierung sieht der Artikel 154 in der progressiven Durchsetzung dieser Zielvorstellungen.

Die Artikel 155 und 156 erklären die vorgesehene Funktionsweise des „Obligatorischen Gesundheitsplanes“ (*Plan Obligatorio de Salud – POS*) in Kolumbien. Jedwede Personen mit Zugang zur Sozialversicherung (vor allem alle Arbeitnehmer) müssen sich bei einer „Einheit zur Gesundheitsförderung“ (*Entidad Promotora de Salud – EPS*) versichern, um in den Genuss der im POS festgelegten präventiven und kurativen Dienstleistungen zu kommen. Die Wahl der EPS ist frei. Dienstleistungen können dann bei jeglicher „Gesundheitsdienstleistungseinrichtung“ (*Institución Prestadora de Salud – IPS*) in Anspruch genommen werden, die mit der betreffenden EPS kooperiert. Für den Personenkreis ohne Zugang zur Sozialversicherung wird ein „subsidiertes Regime“ geschaffen, das sich aus Steuergeldern aller Verwaltungsebenen, aus Überschreibungen von Beiträgen der Versicherten und aus Finanzen des für den Ausgleich besonderer Risiken (etwa im Sinne einer Rückversicherung) zuständigen „Solidaritäts- und Garantiefonds“ (*Fondo de Solidariedad y Garantía – FOSYGA*) zusammensetzt.

Das reibungslose Zusammenspiel dieser Institutionen wird vom „Nationalrat für Sozialversicherung im Gesundheitswesen“ (*Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud*) überwacht, welcher bindende Weisungen erteilen darf. Die „Nationale Superintendenz für Gesundheit“ (*Superintendencia Nacional de Salud*) ist für die medizinisch-technische Qualitätskontrolle zuständig. Beide unterstehen dem Gesundheitsministerium. Die Interessen der Allgemeinheit können durch „Komitees für Bevölkerungspartizipation“ (*Comités de Participación Comunitaria – COPACOS*) vertreten werden.

Kapitel II, Artikel 157 beschreibt im Detail den Zugang verschiedener Bevölkerungsgruppen zur Krankenversicherung: Unterschieden werden zunächst „aufgenommene“ (*afiliados*) und „angebundene“ (*vinculados*) Personen. Aufgenommene Versicherte gehören entweder zum „kontributiven Regime“ (*régimen contributivo*) der

direkten Versicherung bei einer EPS etwa über den Arbeitgeber oder zum o.a. „subsidiierten Regime“ (*régimen subsidiado*):

„Die ärmste und vulnerabelste urbane und ländliche Bevölkerung des Landes wird im Allgemeinen System der Sozialversicherung im Gesundheitswesen subsidiert. Innerhalb dieser Gruppe haben eine besondere Bedeutung Personen wie Mütter während Schwangerschaft, Geburt und Stillzeit, ... , alleinstehende Mütter, Kinder im ersten Lebensjahr, Kinder unter irregulären Lebensbedingungen, **an Lepra Erkrankte**, Personen über 65 Jahren, Behinderte, Bauern, Indianer, ...“

Für die von beiden Regimes ausgeschlossenen *vinculados* soll gleichfalls die Gesundheitsversorgung direkt durch den Staat gesichert sein, bis zum Jahr 2000 war die Überführung aller *vinculados* in die Krankenversicherung vorgesehen.

Artikel 161 diktiert allen Arbeitgebern die Einschreibung ihrer Arbeitnehmer bei einer EPS. Kapitel II, Artikel 163 definiert die Krankenversicherung als Familienversicherung unter Einschluss des Ehegatten und minderjähriger Kinder.

Schließlich schreibt der bedeutsame Artikel 165 weitere Maßnahmen vor allem im Bereich der Präventivmedizin vor:

„Das Gesundheitsministerium wird einen Plan der Grundversorgung [*Plan de Atención Básica – PAB*] definieren, der die im *Plan Obligatorio de Salud* und in der Umweltsanierung vorgesehenen Aktionen ergänzt. Dieser Plan wird sich aus Interventionen zusammensetzen, die sich direkt an die Allgemeinheit wenden, oder aber aus solchen mit einem hohen Nutzen für die Allgemeinheit, wie etwa Öffentlichkeitsarbeit, Erziehung und Förderung der Gesundheit, die Kontrolle von Tabak, Alkohol und psychoaktiven Substanzen, Ernährungsberatung und Familienplanung, Parasitenbekämpfung in der Schule, Vektorkontrolle und nationale Kampagnen zur Prävention, Entdeckung und Kontrolle ansteckender Krankheiten wie AIDS, Tuberkulose **und Lepra** und von Tropenkrankheiten wie Malaria.

Die Durchführung des *Plan de Atención Básica* wird gratis und obligatorisch sein. Die Finanzierung dieses Plans wird durch steuerliche Ressourcen der Nationalregierung ergänzt durch solche der territorialen Instanzen gesichert.“

Dieser PAB ist demgemäss in seiner Finanzierung wie in seiner Ausführung von dem POS abgekoppelt.

Artikel 173 bespricht die in der *Ley 10* und in der *Ley 60* ähnlich beschriebenen Aufgaben des Gesundheitsministeriums in der Erstellung von Normen, in der Supervision und in der Evaluation der dezentralisierten Aktivitäten.

Titel III beschäftigt sich mit den Einzelheiten der Finanzierung des Systems. Kapitel I, Artikel 204 legt einen Beitragssatz von 12% jeglichen lohnabhängigen Einkommens (davon 8% vom Arbeitgeber³⁵) im *Régimen contributivo* fest. Ein Prozentpunkt davon ist an den FOSYGA weiterzuleiten. Artikel II, Artikel 214 erklärt die Finanzierung des *Régimen subsidiado*, die auf Steuermitteln, Überschreibungen des FOSYGA und anderer Institutionen (z.B. der Erdölindustrie) sowie Eigenbeteiligungen der *afiliados* beruht.

Schließlich geht Titel IV genauer auf die Kontroll- und Sanktionsmöglichkeiten durch die *Superintendencia Nacional de Salud* in Ausübung ihrer Aufgabe der Qualitätskontrolle ein.

4.1.3 Erläuterung und Diskussion der Dezentralisierung in den Printmedien

Der folgende Abschnitt stellt zunächst einige weiterführende Erläuterungen zur kolumbianischen Dezentralisierung in Texten des Gesundheitsministeriums und der eng mit ihm kooperierenden *Deutschen Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit* (GTZ) vor. In der Folge wird die Diskussion der Dezentralisierung in nur auf nationaler Ebene vorliegenden wissenschaftlichen Arbeiten und in der kolumbianischen Presse beleuchtet.

4.1.3.1 Institutionelle Publikationen

Die *Dirección General de Seguridad Social*³⁵ (DGSS) im Gesundheitsministerium erläutert in einer an die Öffentlichkeit gerichteten Publikation (*Ministerio de Salud* 1997) die Organisation des *Régimen Subsidiado* im „Allgemeinen System für Sozialversicherung im Gesundheitswesen“ (*Sistema General de Seguridad Social en Salud – SGSSS*). Dieses „Regime“ ist – wie bereits kurz beschrieben – als Auffangbecken für alle Einwohner gedacht, die nicht über ein geregeltes Arbeitsverhältnis Zugang zum *Régimen contributivo* finden. Es soll damit vor allem mittelfristig aller bisher überhaupt nicht versicherten

³⁵ Generaldirektion für Sozialversicherung

vinculados aufnehmen. Für den Zeitraum 1995-98 war die Ausdehnung des *Régimen subsidiado* von vier auf zwölf Millionen Personen geplant. Das Recht aller mittellosen Bürger auf Aufnahme in dies System wird als eine Art Quantensprung in der Gesetzgebung charakterisiert.

Für die Aufnahme bedürftiger Einwohner in die Krankenversicherung ist die Gemeinde bzw. der Bürgermeister zuständig, nur in noch nicht dezentralisierten Gemeinden das Departement. Während Indianern aufgrund ihrer Anerkennung als Ureinwohner des Landes ein Zugang zum *Régimen subsidiado* ohne weitere Überprüfung (im übrigen auch ohne die Verpflichtung, einen Eigenbeitrag zur medizinischen Versorgung zu entrichten) möglich ist, müssen alle anderen Kandidaten durch ein „System der Identifizierung von Nutznießern der Sozialprogramme“ (*Sistema de identificación de beneficiarios de programas sociales – SISBEN*) bestimmten sozioökonomischen Strata zugeordnet werden. Die beiden ärmsten Strata haben unter Beachtung gewisser Prioritäten sukzessive ein Recht auf Aufnahme ins *Régimen subsidiado*. Eine maximale Eigenbeteiligung von 10% an den Gesundheitsdienstleistungen ist vorgesehen. Sie darf im Lauf eines Jahres nicht den Wert eines monatlichen Mindestgehaltes überschreiten. Für die Verwaltung dieses „Regimes“ werden organisatorische Einheiten geschaffen, die „Verwalter des subsidierten Regimes“ (*Administradoras del Régimen Subsidiado – ARS*).

Die *Superintendencia Nacional de Salud* informiert in einer längeren Publikation (*Ministerio de Salud* 1997) die Allgemeinbevölkerung über ihre Mitwirkungsrechte bei der Gestaltung der Planung und Versorgung im Gesundheitssektor. Zahlreiche Mechanismen zur Ausübung dieses demokratischen Rechtes werden vorgestellt.

Die GTZ (1996) stellt das Spektrum ihrer Aktivitäten in Kolumbien dar, zu denen auch das „Programm zur Stärkung dezentralisierter Gesundheitssysteme“ zählt. In ärmeren Vierteln von Bogotá, Cali und Cúcuta sollen Antworten zur Lösung typischer Probleme bei der Dezentralisierung identifiziert werden. Folgende Probleme wurden ausgemacht:

- mangelhafte Koordination zwischen den an der Dezentralisierung beteiligten Institutionen
- ungenügende präventive Maßnahmen
- fehlende Planung des Prozesses
- minimale Erfahrung im partizipativen Vorgehen
- unzureichende Finanzmittel

- begrenzte fachliche Kenntnisse sowohl in Kontrolle und Evaluation allgemein als auch der *Ley 100* im besonderen

Verschieden Lösungsmöglichkeiten werden besprochen, die ihrem Wesen nach die Behebung der aufgeführten Missstände anvisieren.

4.1.3.2 Diskussion in wissenschaftlichen Publikationen

Jaramillo Perez (1998) zieht eine Bilanz der ersten Jahre der Dezentralisierung insbesondere nach Erlass der *Ley 100*. Sein Augenmerk gilt zunächst den Ausgaben im Gesundheitssektor:

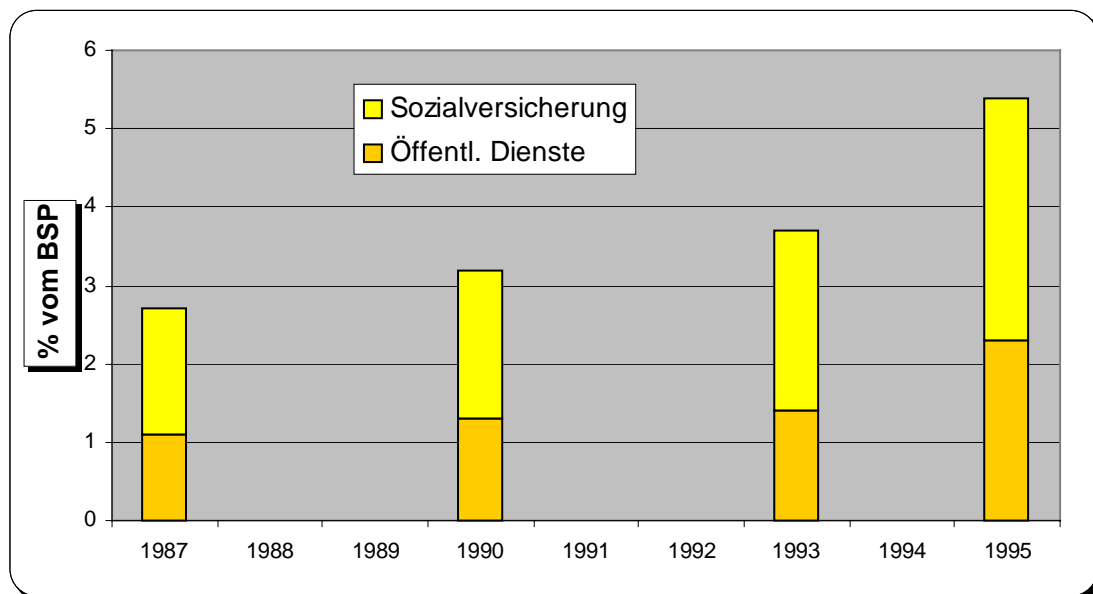


Abbildung 11: Anteil der Gesundheitsausgaben am kolumbianischen BSP 1987-95

Der Anteil der Gesundheitsausgaben am Bruttosozialprodukt habe sich von 1987-95 verdoppelt (s. Abbildung 5!). Dieser Effekt sei hälftig zum einen auf die Dezentralisierung der öffentlichen Gesundheitsversorgung und zum anderen auf die Reform der Sozialversicherung zurückzuführen.

Die *Ley 100* strebte die Umsetzung erhöhter Ausgaben zur weiterreichenden Einbindung der Bevölkerung in die Sozial- und Krankenversicherung an. Im Jahre 1997 waren von 40 Mill. Kolumbianern 11,6 Mill. im *Régimen contributivo* und 6,4 Mill. im *Régimen subsidiado* aufgenommen. Die folgende Graphik illustriert den erreichten Deckungsgrad:

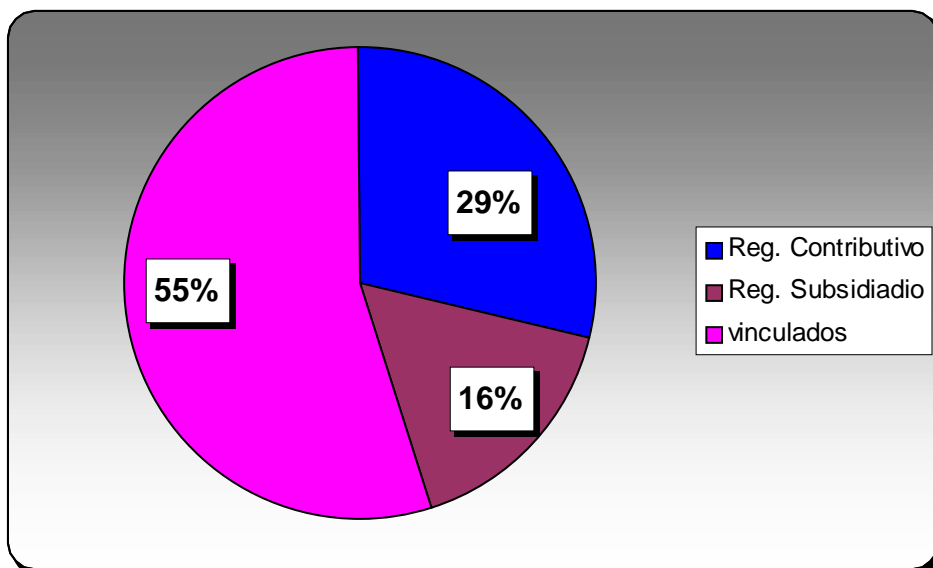


Abbildung 12: Einbindung der kolumbianischen Bevölkerung ins Netz der Krankenversicherung 1997 (Quelle: Jaramillo Perez *op cit*)

Der Autor bemerkt, dass das bisher die Säule der Krankenversicherung darstellende *Instituto de Los Seguros Sociales*³⁶ (ISS) nach wie vor zwei Drittel aller „kontributiv“ Versicherten betreut, sich aber in einem „traumatischen Prozess“ an die Reform anpassen muß. Ein Anteil von 29% regulär Krankenversicherten an der Gesamtbeteiligung sei zum einen niedrig, zum anderen seien die bisherigen Steigerungen nur auf die Ausweitung der Versicherung auf die ganze Familie zurückzuführen.

Die Absorption ärmerer Bevölkerungsschichten durch das *Régimen subsidiado*, das nunmehr 16% der Bevölkerung aufgenommen hat, blieb weit hinter den Erwartungen zurück. Eine ganze Reihe von Ursachen wird ausgemacht:

- verzögerte Bereitstellung der notwendigen Finanzen auf allen Verwaltungsebenen
- Kürzung der bereitgestellten Finanzen aufgrund der Verzögerungen (*sic!*)

- „Umleitung“ bereitgestellter Finanzen für andere Zwecke
- mangelhafte Kenntnis der Bevölkerung über ihre Ansprüche
- Inrechnungstellung von Behandlungskosten ohne entsprechende Berechtigung
- verwaltungstechnische Unfähigkeit vieler öffentlicher Krankenhäuser

Folgendes Zitat geht auf den Fluss der Finanzen ein:

„... nichtsdestoweniger war zu beobachten, dass die Konten des FOSYGA die Ressourcen der *Ley 100* nicht nutzen, um zu korrigieren, zu ergänzen und die Zuwendung der Mittel der *Ley 60/93* durch die Munizipien zu erzwingen, sondern sie rotieren parallel zu den Verpflichtungen der Gemeinde, und sie rotieren ohne dass die örtlichen Aktivitäten ausgeübt würden, was dazu führt, dass Equität und Effizienz des Systems verletzt werden, was just eines der großen Probleme darstellte, die korrigiert werden sollten.“

Trotz alledem wird der Zuwachs der krankenversicherten Bevölkerung von 21% im Jahre 1991 auf 45% sechs Jahre später als beachtlicher Erfolg gewertet. Diese Behauptung halte auch angesichts der ursächlichen Rolle der Familienversicherung stand. Die Aufnahme in beide „Regime“ müsse gefördert werden. Dies gelte sowohl für die Einbindung Versicherungspflichtiger ins *Régimen contributivo* (die häufig der Pflicht nicht nachkommen) als auch für die gezielte Aufnahme der wirklich Bedürftigen ins *Régimen subsidiado* (das häufig zum Erschleichen von Leistungen missbraucht werde). Schließlich sei im Dreieck der Finanzverwalter (EPS, ARS), Dienstleister (IPS) und „Nutzer“ (Patienten) die Rolle der beiden letztgenannten Gruppen zu stärken. Ihr derzeitiger Organisationsgrad erlaube nicht die Wahrnehmung der ihnen zustehenden Rechte.

Der kolumbianische Rechnungshof, die *Contraloría General de la República*, untersucht in einem längeren Aufsatz (1998) das Gesundheitssystem und stimmt in vielen Punkten mit Jaramillo Perez (op cit) überein: Der Deckungsgrad (7,5 Millionen statt geplanter 12 Millionen Versicherter im *Régimen subsidiado*) sei unzureichend; zahlreiche ARS hätten Verwaltungskosten von bis zu 50%. Auch hier wird heftig der verzögerte und fehlgeleitete Fluss der vorgesehenen Finanzströme kritisiert.

Zudem wird bemängelt, dass die Präventivmedizin (einschließlich der Seuchenkontrolle) im PAB von vielen Munizipien und erst recht den Departementen vollkommen vernachlässigt würde. Zusätzlich zu den oben schon benannten Problemen im dezentralisierenden System werden noch folgende benannt:

³⁶ Institut der Sozialversicherungen

- Abwesenheit eines funktionierenden Informationssystems
- Abwesenheit angemessener Qualitätskontrolle
- bedrohliche Finanzkrise der für die Versorgung der ärmeren Strata zuständigen öffentlichen Krankenhäuser
- Unfähigkeit der dezentralen Institutionen die ihnen übereigneten Aufnahmen sachgerecht wahrzunehmen

Der letzte Punkt bezieht sich sowohl auf die Planung als auch auf die Durchführung und die Evaluierung von Aktivitäten.

Patiño Restrepo (1999) von der *Academia Nacional de Medicina*³⁷ geht kurz, aber deutlich mit der Kommerzialisierung des Gesundheitssystems durch die *Ley 100* ins Gericht:

„Zudem war das Gesetz gleichbedeutend mit der Vervielfachung der zur Verfügung stehenden Finanzmittel. Nichtsdestoweniger war seine Implementierung von großen Fehlern begleitet und rief eine Krise mit enormen Proportionen vielleicht ohne Vorgänger in der Geschichte des Landes hervor. Paradoxiertweise führt die Reform, die ein weitreichendes Panorama sozialer Equität eröffnen wollte, zum Verbrauch der neuen und zahlreichen Finanzmittel durch einen teuren Übermittlungsmechanismus und kooperative Einrichtungen, was in den Zusammenbruch der die Dienstleistungen ausführenden Institutionen mündete, besonders der öffentlichen Krankenhäuser. Genau so, indem sie ernste Gefahren bezüglich der Qualität schafft, stellt die Durchführung der Reform in letzter Instanz ein neues Konzept sozialer Moral dar. ...

Im Grunde wurde die soziale Verantwortung des Staates kommerziellen Einrichtungen übertragen, mit denen Unternehmen die Ausübung von Regierungsgewalt übernehmen und das Konzept industriellen Profits die tausendjährige hippokratische Moral hinwegfegt. Die medizinische Ethik, deren Ziel soziales Wohlbefinden ist, wird durch eine noch nicht genauer definierte ‚kooperative Ethik‘ ersetzt.“

Auch die *Asociación Médica Colombiana* (1998) läßt keinerlei Zweifel an ihrer Sicht der Gesundheitssystemreform: In einer fulminanten Einleitung werden die „Prinzipien“ der *Ley 100* zitiert und ihre Verletzung bei der Implementierung des Gesetzes dargelegt und attackiert. Die Autoren fassen zusammen:

„Die Reform implantiert neue, auf den Gesetzen des Marktes basierende Paradigmen, die die negative Auslese der wichtigsten Sektoren ebenso fördern wie das Erscheinen gieriger Vermittler, die die Ressourcen des Systems zum Schaden der Bevölkerung und der Dienstleister, besonders des öffentlichen Versorgungsnetzes, ausgenutzt haben.

³⁷ Nationale Akademie für Medizin

Die Ärzte, die Arbeiter und sonstiges Personal im Gesundheitswesen haben die Verschlechterung ihrer Arbeitsbedingungen und der Ausübung der Medizin als Beruf und Wissenschaft beobachten müssen, mit klarer Beeinträchtigung der Ethik, der Qualität und der Wärme im Arzt-Patient-Verhältnis.“

Auch diese Veröffentlichung geht auf den erreichten Deckungsgrad in der Gesundheitsversorgung ein. Es wird folgender Vergleich aufgestellt:

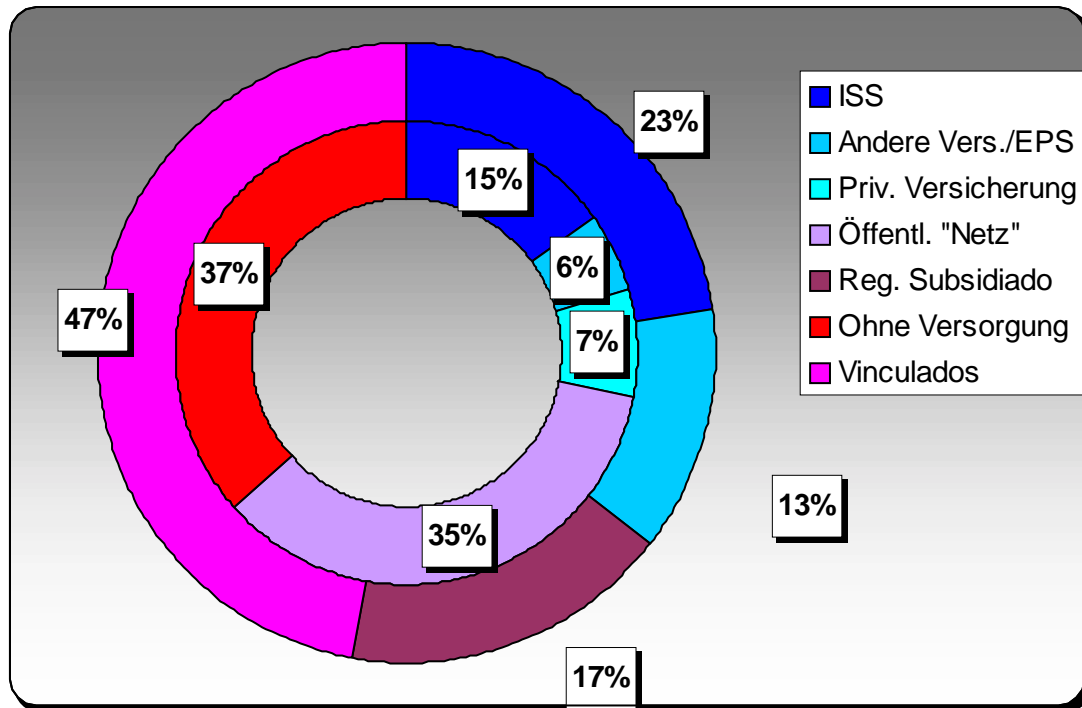


Abbildung 13: Deckungsgrad der Krankenversorgung in Kolumbien 1991 (innerer Ring) und 1998 (äußerer Ring) (Quelle: AMC)

Entscheidender Kritikpunkt ist derjenige, dass vor Implementierung der *Ley 100* zwar nur 28% der Bevölkerung versichert waren, aber weitere 35% gesicherten Zugang zu kostenlosen Dienstleistungen hatten. Somit waren nur 37% der Bevölkerung oder 12,4 Millionen Kolumbianer ohne Zugang zum Gesundheitssystem. Die *Ley 100* habe die direkte Finanzierung der Anbieter (*subsidio a la oferta*) durch eine leistungsbezogene Vergütung (*subsidio a la demanda*) ersetzt, die de facto 47% der Bevölkerung oder 19,3 Millionen Einwohner zu *vinculados* ohne gesicherten Zugang zu den Gesundheitsdiensten mache. Der Deckungsgrad durch die Krankenversorgung habe sich daher sogar verschlechtert.

Wie auch in den oben besprochenen Publikationen wird sowohl die fehlerhafte Einbindung von Personen (Aufnahme ins *Régimen subsidiado*) in die Krankenversicherung als auch die unberechtigte Ausklammerung (unterlassene beitragspflichtige Mitgliedschaft im *Régimen contributivo*) als gängiger Missbrauch identifiziert. 1998 habe die Zahl der Mitglieder im *Régimen contributivo* sogar abgenommen. Verlauf und Geschwindigkeit der vorgesehenen Finanzflüsse seien vollkommen undurchsichtig; die ARS hätten sich 1996 volle 57% der ihnen anvertrauten Ressourcen, 1997 immer noch 40%, angeeignet.

Das *Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano* studierte 1999 im Auftrag des DAHW den Wandel des Trainingsbedarf im kolumbianischen Leprakontrollprogramm während der implementierten politischen Veränderungen (CINDE 2000). Die Abwanderung qualifizierten Personals, der Mangel an Finanzmitteln für die Seuchenkontrolle und die Schwächung der entsprechenden Programme sowie die häufig zu beobachtende Unmöglichkeit, das „Recht auf Gesundheitsversorgung“ einzuklagen, werden als wesentliche Schwächen des neuen Systems beschrieben. Dies habe sowohl die aktive Fallsuche nach Leprapatienten als auch die Regelmäßigkeit der Behandlung beeinträchtigt. Patienten wie Versicherer wüssten mit einer gewissen Regelmäßigkeit nicht um den Artikel 157 der *Ley 100*, der die Aufnahme von Leprapatienten in das *Régimen subsidiado* vorschreibt.

Pinto (2000) untersucht in einer kurzen Abhandlung explizit die Auswirkungen der Dezentralisierung auf die Leprakontrolle. Er unterscheidet drei grundlegende historische Abschnitte:

- die Isolierung von Leprakranken in Leprosorien 1615-1961
- die vertikale Kontrolle mit jährlicher Entdeckung großer Fallzahlen 1961-76
- die horizontale Kontrolle 1976-90, als dezentralisiertes Programm seit 1990

Der Autor stellt die mit der Dezentralisierung zu beobachtenden Vor- und Nachteile gegenüber:

<i>Pro</i>	<i>Contra</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Betonung präventiver Medizin durch den PAB • Reduzierung des Stigmas durch Integrierung der Lepradienste • Bereitstellung finanzieller Ressourcen für die Leprakontrolle 	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenbruch der aktiven Fallsuche • verspätete Diagnose der Erkrankung • hohe Proportion von Behandlungsabbrechern • hoher Anteil behinderter Patienten • Schwund von mit Lepra erfahrenem Personal • mangelnde Koordination präventiver (PAB) und kurativer Maßnahmen (POS) • Unzuverlässigkeit des Informationssystems • Desinteresse kurativer Gesundheitsdienste bezüglich der Leprakontrolle

Tabelle 3: Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen der Dezentralisierung für die Leprakontrolle (Quelle: Pinto R 2000)

Die aufgezählten Probleme betreffen auch andere im Kontext von *Public Health* relevante Programme. Im Falle der Leprakontrolle seien die Auswirkungen besonders drastisch, weil sie als Lehrinhalt vollkommen vernachlässigt werde, so dass Kenntnisse der Behandlung dieser Krankheit in vollkommene Vergessenheit abzugleiten drohten.

4.1.3.3 Diskussion in der Presse

Der *World Health Report 2000* (WHO 2000) erregte in der kolumbianischen Presse erhebliches Aufsehen, da er dem landeseigenen Gesundheitssystem weltweit die 22. Position auf einer bestimmten „Güteskala“ beimisst, sogar die erste Position bei einer der vier berücksichtigten Kriterien, der „Solidarität“. Die angesehene Tageszeitung *El Tiempo* (NN 2000a) kommentiert diese Bewertung folgendermaßen:

„Ist Kolumbien auf dem sicheren Weg, sich binnen weniger Jahre in ein Paradies vollkommen gesunder Männer und Frauen zu verwandeln?

Nein.

Der Schwund der Finanzmittel, die Arbeitslosigkeit, gefälschte Einkommenserklärungen, die Krise der öffentlichen EPS (und der Sozialversicherung) sind einige der größten Ausfälle des Systems. In allen diesen Fällen spielt das Thema Geld die entscheidende Rolle.“

Das Journal kommt zu der Schlussfolgerung, dass die Kenntnis der kolumbianischen Realität ein dunkleres Schlaglicht auf die von der WHO bewerteten Verhältnisse wirft.

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt eine andere renommierte Tageszeitung des Landes, *El Espectador* (NN 2000b). Der Artikel zitiert jüngste Berichte der oben erwähnten *Contraloría General*, des kolumbianischen Rechnungshofes, die den Missbrauch des ISS durch nicht stattgehabte medizinische Dienstleistungen und nie durchgeführte Immobilienkonstruktionen belegen. Die obwaltende Zustände werden als „totales administratives Chaos“ charakterisiert.

4.1.4 Ergebnisse der semi-strukturierten Interviews

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse von 23 semi-strukturierten Interviews vorgestellt, die der Autor im Juni/Juli 2000 in Kolumbien durchführte. An einigen der Gespräche waren mehrere Befragte gleichzeitig beteiligt. Der Abschnitt ist nach den wesentlichen Themenkategorien geordnet, die sich im Zuge der Interviews ergaben. Die eingearbeiteten Zitate wurden nach Repräsentativität und Farbigkeit der Darstellung ausgewählt.

4.1.4.1 Vorgeschichte der Dezentralisierung

Zum besseren Verständnis der Ursprünge der Dezentralisierung im kolumbianischen Gesundheitssystem wurde die Frage nach ihren geistigen Vätern gestellt. Die Interviewpartner verwiesen vielfach auf das Vorbild des chilenischen Modells auch bezüglich der Konzeption der Sozialversicherung. Einigkeit bestand in der Ansicht, dass der Anstoß zur Dezentralisierung aus dem Ausland kam, und vielfach wurde dieser Anstoß als mit politischem Druck verbunden dargestellt:

„Ich bin sehr wohl der Meinung, das kann ich dir mit Sicherheit sagen, dass das [Gesundheits-]³⁸ Modell aufgrund derartiger Repressionen gewechselt wurde und dieser Prozess der Dezentralisierung eingeleitet wurde, dieser Privatisierungsprozess, um ihn so zu nennen, der

³⁸ Eckige Klammern umfassen in allen Fällen dem besseren Verständnis dienende Einschübe des Autors.

Gesundheit. Aber auf jeden Fall unterliegt er neoliberalen, makroökonomischen und supranationalen politischen Strömungen.“

Einer der Befragten wies auf das Paradoxon einer vom politischen Machtzentrum ausgehenden Dezentralisierungspolitik hin:

„Die Dezentralisierung ist ein historischer Festpunkt gewesen, die mit unzulänglichen Konzepten eingeführt wurde, weil sie von der Spitze statt der Basis der Pyramide ausging. In diesem Land begann sie unter verkehrten Vorzeichen.“

Viele Interviewpartner beschrieben die etappenweise Einführung mit der *Ley 10* im Jahr 1990 als politischer Rahmenrichtlinie, der *Ley 60* von 1993 als Regelwerk für die Verteilung der Finanzströme und schließlich der *Ley 100* von 1993 als der Grundlage einer umfassenden Sozialversicherung wie oben anhand der Gesetzestexte dargestellt.

4.1.4.2 Zielsetzung der Dezentralisierung

Über einige der von der Dezentralisierungspolitik angestrebten Ziele bestand Einigkeit unter fast allen Interviewten:

- Verbesserung des Deckungsgrades der gesetzlichen Krankenversicherung
- Verbesserung der Effizienz des Gesundheitssystems durch „freien Wettbewerb“
- Verlagerung der Entscheidungskompetenz in Gesundheitsfragen in die Nähe der von den Entscheidungen Betroffenen

Uneinig waren sich die Befragten hingegen in der Frage, inwieweit diese hehren Ziele nicht andere sehr viel bedenklichere überlagerten. Stellvertretend seien zwei kritischere Gesprächsteilnehmer zitiert:

„Zu Beginn war die Dezentralisierung als Demokratisierung zu verstehen, mit der Beteiligung [Betroffener an Entscheidungen], und mit der *Ley 100* kam in Wirklichkeit schon die Privatisierung. Das war wie zwei Schocks, die Bevölkerung hatte kaum den Prozess partizipativer öffentlicher Gesundheit akzeptiert und angenommen, da kam schon ein anderes Modell mit einer vollkommen anders gelagerten Privatisierung. ... ich denke, jawohl, dass mit der *Ley 100* sehr viel verloren ging.“

„Ich denke, dass hinter all dem noch ein Kriterium steckte, sagen wir, sich dem Markt, den Gesetzen des Marktes und des Wettbewerbes zu öffnen – dies sind in diesem Zusammenhang Ausdrücke ohne negative Bedeutung, sondern die zum Konzept des sogenannten Neoliberalismus gehören, einer Sichtweise sozialer Organisation – ja, genau so! Es herrschte diese Idee vor, nicht wahr, zuzulassen, dass der private Sektor in ein Gebiet eindringen könnte, wo tatsächlich sehr viel Geld umläuft...“

Zumindest einer der Befragten lehnte solche Ideen als Unterstellungen ab. Ihm zufolge sei es wesentlich einfacher gewesen, die Privatwirtschaft in der Medizin in einem zentralistischen System einzuführen.

4.1.4.3 Implementierung der Dezentralisierung

Weiterhin unterstrichen alle an den Gesprächen Beteiligten, dass die Dezentralisierung im Gesundheitswesen unvorbereitet und überstürzt implementiert wurde. Eine vorsichtige Stimme äußerte sich so:

„Also, wie alle einsetzenden Prozesse begann es mit zahlreichen Schwierigkeiten, da wir nun einmal nicht vorbereitet waren. Sie bereiteten uns nicht auf die Dezentralisierung vor. Aber für das Wohlergehen der Bevölkerung und für das Wohl der einzelnen Personen, denke ich, war es eines der besten Systeme, die wir haben konnten.“

Andere äußerten sich nachdenklicher:

„Als geschriebenes Dokument ist es ein wunderschönes Papier. Aber viele von uns sehen, dass es nicht die geringste politische Bereitschaft im Lande gibt – wenn ich von politischer Bereitschaft spreche, meine ich die Zentralregierung, den Kongress, die bestimmenden politischen Parteien, die die Situation kontrollieren – nein, es gibt wirklich keinerlei Interesse, diese *Ley 100* in die Tat umzusetzen. Die *Ley 100* wurde nicht im geringsten implementiert. ... aber es ist nicht möglich, die *Ley 100* unter der Vorstellung zu implementieren, die Regierung könne sich von ihren Verantwortungen bezüglich des Gesundheitswesens lösen.“

Mangelnder Wille zur Umsetzung der Gesetzes wurde vielfach beklagt:

„Das ist ein schönes Modell, weil es viel Equität gibt, Gesundheit für alle, für alle mit gleichem Nutzen und all das. Aber, ich denke, das funktioniert in einem Land, wo es nicht soviel Korruption gibt, wo wir nicht alle, um es besser zu sagen, alle ständig nur versuchen, unseren Vorteil

herauszuschlagen, wo wir nicht alle alle Pflichten vergessen, die der Staat uns zur Verrichtung vorgibt, und in einem Staat mit einem besseren Ausbildungs- und Wirtschaftsniveau.“

Vielfach habe der Staat die Dezentralisierung nur genutzt, um sich seiner Aufgaben zu entledigen:

„Man sah also, dass der Staat zahlreiche Aufgaben übertrug. Er entledigte sich seiner Verpflichtung im öffentlichen Gesundheitswesen, aber er stand nicht bereit, um deren Wahrnehmung durch die privaten Institutionen sicherzustellen.“

Schlüsselpositionen im dezentralisierten Gesundheitswesen würden nach politischen Kriterien vergeben:

„Daher wurden daraus politische Posten, denn ein frei ernannter Politiker muß seine bürokratischen Quoten füllen. Daher wurde daraus ein schreckliches Chaos, denn niemand wollte seine Funktionen ausüben, und niemand tat es. Und jeder interpretierte das Gesetz nach seinem Gutdünken. Und so politisierte sich die Gesundheit, die früher ihren eigenen Stellenwert hatte.“

In Konsequenz lag die gesundheitspolitische Planung brach:

„Im allgemeinen hat kein einziger Bürgermeister eine klare Vorstellung dessen, was Gesundheit ist, oder von den Indikatoren, mit denen er sein Programm zusammenstellt.“

Betroffen waren auch die Krankenhäuser, vor allem des öffentlichen Sektors:

„Das heißt, zum jetzigen Zeitpunkt haben die Krankenhäuser und territorialen Einrichtungen totale Autonomie, und sie können sich selbst nicht versorgen. Sie konnten nicht belegen, dass sie sich selbst versorgen können und produktiv sind. Und wenn sie nicht produktiv sind, gehen sie unter, genau so. Daher scheint es mir, dass dieser Bereich nicht gut bearbeitet wurde, weil man diesen Krankenhäusern wesentlich mehr Zeit zur Umstellung auf die Selbstversorgung hätte zur Verfügung stellen müssen.“

Auch die Leprakontrolle blieb nicht verschont:

„Es gab keine Schulung hier in Kolumbien, um all diesen Fragestellungen und Zielsetzungen, die mit eingeplant waren, gerecht zu werden. Daher merkten wir bald, dass die Patienten nicht mehr rechtzeitig diagnostiziert wurden. Es gingen mehr Patienten verloren, weil das Gesundheitspersonal der allgemeinen Dienste nicht auf die Versorgung dieser Patienten vorbereitet war, denn sie waren für viele Jahre im zentralisierten System durch ein Personal von Experten umgeben gewesen.“

Dies habe bedenkliche Konsequenzen für die Krankenversorgung gehabt:

„Daher ist es am Ende der Patient, der die Zeche bezahlt, die durch die Verantwortungslosigkeit der Regierung, die Normen der Dezentralisierung und all das angefallen ist.“

In einer prägnanten Zusammenfassung stellte eine Interviewpartnerin fest:

„Es war ein universelles Desaster.“

Mehrere Gesprächspartner wiesen darauf hin, dass in über der Hälfte der – zumeist kleineren – Gemeinden noch nicht dezentralisiert worden sei:

„Bogotá, Barranquilla, niemand geht aus den großen Gemeinden heraus, und darum herum ist keinerlei Entwicklung zu verzeichnen, es gibt tatsächlich im Gesundheitsbereich keinerlei Entwicklung.“

Eine Befragte vertrat den Standpunkt, die Gemeinden befänden sich gewissermaßen in einer tragischen Situation; ob nun dezentralisiert würde oder nicht, mit Problemen hätten sie in jedem Fall zu rechnen:

„Von daher ist es schlecht, wenn sie [die Gemeinden] dezentralisiert sind, weil dann jeder macht, wonach ihm der Sinn steht. Und schlecht ist es, wenn sie zentralisiert sind, weil dann nicht sie selbst, sondern die über ihnen diejenigen sind, die manipulieren. Von daher, weil es keine Anpassung der Dinge gibt, haben die Leute in Kolumbien große Probleme.“

Immer wieder wurden Behinderungen bei der Umsetzung der Dezentralisierung beschrieben, die ihre Ursache in der politischen Kultur des Landes haben:

„Meiner Auffassung nach, die ich von Kolumbien habe, ist dies ein äußerst zentralistischer Staat gewesen. Und, um über die Dezentralisierung zu reden, da wurde eine Gesetz ausgearbeitet, dass auf dem Papier sehr wertvoll und sehr gut strukturiert ist, aber das in der Praxis nicht funktioniert hat. Ich beharre radikal auf dieser Aussage. Die durch die Dezentralisierung im Lande erreichten Fortschritte, das kann ich Ihnen sagen, sind minimal, minimal. Und dies [Phänomen] ist innig mit der [Art der] Machtausübung der traditionellen politischen Parteien verbunden...“

Zusammenfassend läßt sich festhalten, dass unisono erhebliche Schwierigkeiten bei der Einführung und Implementierung eines dezentralisierten Gesundheitssystems beobachtet wurden. Mangelnde Vorbereitung und mangelnde politische Flankendeckung waren essentielle benannte Gründe für diese Problematik. Die Krankenversorgung im

allgemeinen und die Leprakontrolle im besonderen seien in Mitleidenschaft gezogen worden. Manche entschuldigten die beschriebenen Schwierigkeiten als durch den Umbruch verursachte Begleiterscheinungen, andere stellten in ihrer Betrachtungsweise die Dimension des entstandenen „Desasters“ als eine unabhängig von seiner möglichen zeitlichen Begrenztheit höchst erschreckende Konsequenz der Dezentralisierung in den Vordergrund.

4.1.4.4 Erreichte Verbesserungen

Viele der Interviewten begrüßten die vor allem durch die *Ley 100* erzielte Ausweitung der Sozialversicherung und den größeren Deckungsgrad. Die Bürger nähmen die Sozial- und Krankenversicherung mehr und mehr als Recht wahr. Die Ausdehnung der Krankenversicherung auf alle Familienmitglieder wurde als fundamentaler Fortschritt empfunden:

„In der Sozialversicherung wurde nur behandelt, wer Beiträge zahlte. Jetzt mit dieser neuen Regelung sind es der Beitragszahler und seine Familie. Die Deckung wurde deutlich ausgeweitet. Der Service ist direkter, und es gibt schon einen neuen Sinn für Reklamationen bei den Personen, und sie merken, dass sie gehört und bedient werden.“

In einigen wenigen Interviews – und hier sind diejenigen mit von Lepra betroffenen Personen in Bogotá hervorzuheben, wurde die Meinung vertreten, dass für einen kleinen Aufpreis deutlich bessere Leistungen zur Verfügung stehen. Zudem würden sie jetzt – zumindest in Bogotá – als „normale Personen“ behandelt.

4.1.4.5 Zugang zum dezentralisierten Gesundheitssystem

Obwohl ein größerer Deckungsgrad durch die Krankenversicherung und die pauschale Aufnahme aller von Lepra betroffenen Personen in das *Régimen subsidiado* als bedeutende Fortschritte im gesetzlichen Regelwerk angesehen wurden, beschrieben die Interviewpartner doch eine beeindruckende Vielzahl von praktischen Hindernissen, die minder privilegierten Kranken allgemein und Leprakranken insbesondere den Zugang zu den Gesundheitsdiensten erschweren. Die grundsätzliche Rechtslage ist klar:

„Aber hier, doch, hat die Nationalregierung ein Dekret herausgegeben, dass sich die Lepra- und Tuberkulosepatienten nur in diesem Regime der Zuzahlung befinden, doch, ja. Sie müssen diese Zuzahlung nicht mitmachen. Ihre ganze Behandlung und ärztliche Kontrolle ist umsonst, in dieser Hinsicht ja.“

Fehlende finanzielle Ressourcen ließen jedoch nicht die generelle Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen zu und zwangen zur Rationierung:

„Diese Patienten, im Moment gibt es nichts, gibt es keine Kupons (Berechtigungsscheine) für diese Patienten, weil derzeit [in Barranquilla?] 5.500 Personen auf die Aufnahme ins *Régimen subsidiado* warten. Und diese haben jetzt keinerlei Zugang. Sie müssen warten, bis jemand stirbt und der Berechtigungsschein frei wird, und dann kommt der Nächste herein.“

Konsequenz sind lange Bearbeitungszeiträume und Wartelisten:

„In Cartagena de Indias benötigt eine Person vier Monate, um ins SISBEN³⁹ aufgenommen zu werden, nur um ins SISBEN aufgenommen zu werden. Im Moment gibt es in Cartagena und Bolívar ungefähr 3.000 Kupons zur Aufnahme in das SISBEN. Weißt du, wie viele Leute darauf warten, aufgenommen zu werden? 25.000 Personen, und es gibt 3.000 Kupons! Das ist equitativ? Die Antwort heißt nein, die Antwort heißt nein.“

Auch hier werden Unregelmäßigkeiten bzw. Klientelismus beklagt:

„Nein, und dann wird die Geldverleiherin der Gemeinde mit sieben dicken Halsketten und fünf Armbändern vorgelassen. Sie ist, jawohl, im *Régimen subsidiado*, und Patienten, die es benötigten, sind es nicht. Anders ausgedrückt, wie das *Régimen subsidiado* in Kolumbien gemanagt wird, das wird politisch und mit der Macht entschieden.“

Für nicht in einem der *Régimen* aufgenommenen Patienten habe sich die Situation im Vergleich zu früher verschlechtert:

„Der, der den Zugang [zur Krankenversicherung] nicht geschafft hat, bleibt schutzloser als früher, weil früher jede Person behandelt wurde, die in ein Gesundheitszentrum kam.“

Selbst im Fall einer Aufnahme ins *Régimen subsidiado* besteht nur das Recht auf Behandlung in einem mit dem jeweiligen Versicherer (der ARS) kooperierenden Behandlungszentrum. Für die Mehrzahl der den *vinculados* zuzuordnenden Leprakranken

³⁹ S. S. 9: das System der Zuordnung einer Person zu einem sozialen Stratum

verbleibe nur die Minimalbehandlung in öffentlichen Basisgesundheitsdiensten. Die gesamte Verwaltungsprozedur wird als „*via crucis*“ bezeichnet, die mitunter selbst tödliche Folgen habe:

„Weiter noch, die armen Leute, Leute der Strata 0, 1 und 2, die sich „sisbenisieren“ wollen, was soll das heißen, die das Carnet des SISBEN erhalten möchten, müssen 25 bürokratische Runden drehen. Von daher ist diese Person erschöpft oder sogar tot, wenn sie endlich behandelt wird.“

Ähnlich bedrohlich wird der Umgang mit komplexen Krankheiten dargestellt:

„Wenn die Krankheit eine teure ist, die wir als katastrophal bezeichnen, sie werden weltweit so genannt, weil sie einen jeden Beliebigen ruinieren können, selbst eine Versicherungsgesellschaft, nein, dann gibt es definitiv keine Behandlung. Ich denke, in so einem Fall schicken sie die Person nach Hause, sie verabreichen höchsten ein paar Medikamente, um sie zu betäuben, und hoffen, dass sie einen ruhigen Tod findet.“

Dies Problem bezieht zumindest bestimmte Aspekte der Lepraabehandlung mit ein:

„Weil er zunächst ein *vinculado* bleibt und dann, wenn der Vorgang akzeptiert ist, vom *vinculado* zum *Régimen subsidiado* wechselt. Und dort bleibt der Patient. Aber ich habe vielfach festgestellt, dass ein Patient z.B. eine bestimmte chirurgische Maßnahme wie die Amputation einer Gliedmaße benötigt. Das also ist ein Prozess, in den sich niemand, niemand, keine IPS verwickeln will. Es scheint, dass die Gebührenerhebung für diesen Prozess für die IPS nicht rentabel ist.“

Eine kritische Stimme fasst die beobachteten Probleme folgendermaßen zusammen:

„Im Kontext der *Ley 100* erscheint die Lepra, aber in der Realität und der Praxis wird sie nicht abgedeckt. Daher begannen wir uns zu fragen, welches nun wirklich die den Personen eingeräumte Beteiligung sei, und als wir mit ihnen sprachen, war die Aussage der Zeugen: Für sie blockierte die *Ley 100* ihre Gesundheit. Sie fanden in den öffentlichen Einrichtungen keinerlei Antwort auf ihren Behandlungsbedarf.“

Die verschiedenen Barrieren auf dem Weg zur Inanspruchnahme rechtlich zugesicherter medizinischer Versorgung sind demgemäß beachtlich, und für die zahlreichen vollkommen vom Versicherungssystem Ausgeschlossenen zeichnet sich eine Verschlechterung der Versorgung durch die Dezentralisierung ab.

4.1.4.6 *Equität zwischen den Munizipien*

Fast alle Befragten sahen in der angestrebten Gleichbehandlung der verschiedenen Munizipien im Dezentralisierungsprozess ein Vorgehen, dass die Unterschiede zwischen ihnen akzentuierte. Zum einen betraf dies Unterschiede in der Vorbereitung der Dezentralisierung:

„Ich möchte damit sagen, dass man einigen weniger entwickelten Regionen zumindest vorübergehend hätte mehr Gelegenheit geben sollen, sich langsam an den Prozess anzupassen, statt an alle die gleichen Ansprüche zu stellen, so dass einige mit Leichtigkeit bestimmte Vorgaben erreichten und andere zurückblieben.“

Auch Unterschiede in der Infrastruktur und damit der Fähigkeit, selbst Steuern zu erheben und Kosten zu decken, wurden nicht gebührend berücksichtigt:

„Das zeigt uns schon, dass man hierzulande mindestens 900 Gemeinden mit weniger als 20.000 Einwohnern findet. Und das sind Gemeinden mit einem Charakter, den ich als ländlich bezeichnen möchte, äußerst arme Gemeinden, die sich nicht absichern können durch Steuern z.B. auf ländliche oder städtische Gebäude, der örtlichen Handelskammern, der Händler, Geschäfte, privaten Fahrzeuge oder des öffentlichen Transportes oder durch ein gemeindeeigenes Unternehmen für Licht, Wasser, Telefon, eine Gelegenheit dazu zu haben. Das heißt, das einer solchen Gemeinde mögliche Steueraufkommen ... reicht ihr nicht einmal, um 50% der für den Ausbildungs- und Gesundheitssektor notwendigen Ausgaben aufrechtzuerhalten.“

Reiche Gemeinden, solche mit vielen Einwohnern und – erwähnt von einem Befragten – solche mit lokaler Erdölförderung würden eindeutig bevorzugt. Auch im Zusammenhang der Equität zwischen dezentralisierten Gemeinden brachte einer der Interviewten die Frage der korrekten Abwicklung ins Spiel:

„Tatsächlich, lass uns sagen, waren die ökonomischen Zuwendungen für die verschiedenen Regionen des Landes ... in dem, was ich durch Studien feststellen kann, in meinem Verständnis, äußerst ungleich und von Launen getragen. Sie wurden nicht durch technische Kriterien beeinflusst, sondern durch politisierte Kriterien, politisiert in dem Sinne, dass sie die Zurückzahlung von Gefälligkeiten in Wahlvorgängen begünstigten.“

Die Unzulänglichkeit der zur Anwendung kommenden Kriterien betreffe auch die Leprakontrolle:

„Es gibt Gemeinden, wo z.B. 80 Leprafälle behandelt werden. Dieser Gemeinde schickt der Staat, sagen wir, fünf Millionen. Und es gibt eine andere Gemeinde, die nur einen Leprafall aufweist. Dieser Gemeinde werden ... auch fünf Millionen geschickt. Anders ausgedrückt, es gibt keine Verhältnismäßigkeit. Es gibt keine Equität, gar nichts.“

Immerhin gab eine der Befragten der Meinung Ausdruck, alle Gemeinden, große wie kleine, hätten derzeit mit denselben „Problemen und Konflikten“ zu schaffen. Dem gegenüber steht die Auffassung der Mehrheit, fehlende Kompensationsmechanismen für vorbestehende Unterschiede zwischen den Gemeinden hätten sich negativ bemerkbar gemacht.

4.1.4.7 „Community participation“

Die *community participation*, ein nur bedingt zu übersetzender Terminus, der die Einbindung der Bevölkerung in politische Entscheidungsprozesse beschreibt, gilt als ein etabliertes Ziel der Dezentralisierung. Entscheidungen sollen dort gefällt werden, wo sie sich auswirken, und von Personen, auf die sie sich auswirken. Die Meinungen der Befragten über das erzielte Ausmaß von *community participation* waren vollkommen uneinheitlich. Einer der Interviewten sah in ihrer Vorgabe eine Gaukelei, die von den wahren Zielen der Dezentralisierung ablenken sollte:

„Und dann bleibt die berühmte Partizipation zurück. Die Partizipation ist ein Spiel, ein Wortspiel, um uns so weit zu bringen und dann die Macht an sich zu reißen.“

Andere stellten die Situation positiver dar:

„Gut, ich denke, dass sie [die Dezentralisierung] zur Partizipation der Bevölkerung beitrug, besser zu verstehen und zu fühlen, was Gesundheit und die Einforderung von qualitativ hochstehenden Diensten bedeuteten, weil sich wirklich eine Möglichkeit für die Leute eröffnete, am Entwurf des Gesundheitsplans teilzunehmen.“

Die durch einige Gesprächspartner bezeichneten ausgeprägten regionalen Unterschiede des Ausmaßes erzielter *community participation* mögen diese widersprüchliche Bewertung der Situation zu erklären helfen.

4.1.4.8 Fluss der Finanzen

Bezüglich des Flusses der – grundsätzlich tatsächlich reichlicher vorhandenen – Finanzmittel äußerten sich alle Interviewpartner sehr bis äußerst kritisch. Es wurden vor allem vier Mechanismen beschrieben, die den Einsatz der Ressourcen für die vorgesehenen Ziele behinderten:

- hoher Anteil an Verwaltungskosten des Staates
- hoher Anteil an Verwaltungskosten der Krankenversicherungen
- hoher Anteil an Personalkosten auf allen Ebenen
- unmittelbarer Missbrauch

Die Verwaltungskosten des Staates beziehen die Ebene des Ministeriums und der Departemente mit ein:

„Und es gibt einen dritten Punkt, welcher der wesentliche ist: Die Ressourcen, die durch das Gesundheitsministerium kanalisiert wurden, um das nationale Sozialversicherungssystem zu aktivieren, verblieben vielfach in der Bürokratie der Ministerien und Gesundheitssekretariate. Sie kommen nicht direkt bei den Begünstigten über die Gesundheitsdienste an.“

Ähnliche Probleme ergeben sich freilich auf der Gemeindeebene:

„Und eine administrative Dezentralisierung, in der das ganze, der größte Prozentsatz der öffentlichen Gelder dieser Gemeinde nur benutzt wird, um Personal zu bezahlen, und wenig für Aspekte der Gemeindeentwicklung, das ist sehr gefährlich...“

Einer der Gesprächspartner wusste um vorausgegangene Untersuchungen zu diesem Thema:

„Daher, die Ressourcen, normalerweise, von 100 Pesos, und das ist eine Statistik von *Fe y Desarrollo*⁴⁰, einer Organisation, die wirtschaftliche Studien in Kolumbien durchführt, normalerweise verbleiben von 100 Pesos, die in den öffentlichen Gesundheitsdienst investiert werden, 42 Pesos, ... , 42 Pesos in der Bürokratie. Anders gesagt meinen wir, dass nur 58 Pesos bei der Bevölkerung ankommen.“

Eine Befragte verband dies Thema unverblümt mit dem Vorwurf, Gelder würden entwendet:

⁴⁰ „Glauben und Entwicklung“

„Aber was ist los, und was war in den *Empresas Sociales del Estado* zu beobachten? Sie liegen alle danieder, weil ihr gesamtes Budget gestohlen wurde, und dann gibt es noch etwas Schwererwiegendes, dass der Personalanteil am Budget beinahe 70% des Haushaltes der Gesundheitsinstitutionen ausmacht.“

Es sei noch ein Zitat zu derartigen Diebstählen angefügt, welches stellvertretend für etliche weitere steht:

„Von daher ist die Antwort die, dass es 1990 weniger Finanzmittel gab, weil es einen ‚Vater Staat‘ gab, einen Staat, der eine Vorstellung davon hatte, wie viele Bewohner er hatte und wie viele es zu versorgen galt. Und jetzt gibt es eine Dezentralisierung, die eine sehr viel genauere Untersuchung der eigentlichen Bedürfnisse unternimmt. Aber ebenso wie gestern fährt die Korruption fort, die Ressourcen des Gesundheitswesens zu plündern und in den Dreck zu ziehen. Obwohl es heutzutage geboten ist, nichts fehlzuleiten, sind sie äußerst einfallsreich dabei. Daher gibt es viele solcher Fälle.“

Ein Interviewter stellte verblüfft gerade in Bezug auf die für die Leprakontrolle vorgesehenen Finanzen fest:

„Es ist eine paradoxe Situation, denn heute gibt es mehr Geld, aber dies Geld befindet sich auf nationalem Niveau, es sind etwa eine Milliarde Pesos⁴¹. Dies Geld bleibt vielfach auf der Ebene des Departments oder wird für andere Aufgaben des Gesundheitswesens gebraucht, und wird wirklich – in der Mehrzahl der Fälle – nicht für die Ziele genutzt, für die es vorgesehen ist.“

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Nutzung der zur Verfügung stehenden Finanzen, damit Effizienz und indirekt Qualität des aktuell implementierten System nachhaltig angezweifelt wurden.

4.1.4.9 Weitere Probleme des dezentralisierten Gesundheitssystems

Es wurden eine ganze Reihe weiterer Probleme des dezentralisierten Gesundheitssystems beschrieben, die zwar mit den bisher erwähnten in Beziehung stehen, sie aber aus einem anderen Blickwinkel beleuchten.

Eines dieser Probleme war die „Ausdünnung“ der Verantwortlichkeit:

⁴¹ ca. 500.000 €

„Es mischten sich Gesundheitsministerium und das Gesundheitssekretariat des Departments ein, und es wurden Sekretariate der Gemeinden geschaffen. Dadurch hatten die des Departments keine Verantwortung mehr zu tragen und übertrugen sie der Gemeinde. Und dadurch verlor sich [jegliche] Verantwortlichkeit.“

Zu der mangelnden fachlichen Vorbereitung des Personals kam ein Mangel an entsprechender Infrastruktur:

„Ich persönlich glaube, dass es keine Infrastruktur für die Dezentralisierung gab. Das heißt, alle Krankenhäuser, Gebäude, medizinische Geräte gehörten und gehören der Regierung. Diese Unternehmen, die antraten, um die Sozialversicherung zu gewährleisten, waren bloß ein Name, eine soziale Vorstellung, ein Kapital und einige Büros, aber [sonst] gab es nichts, sie mussten alles unter Subkontrakt nehmen. Sie kontraktierten ein Krankenhaus, medizinische Geräte, und das schuf im allgemeinen ein Chaos, weil es eine Lawine von Patienten oder Kunden oder Beitragszahler dieser Unternehmen gab, und sie wussten nicht, wie sie diese behandeln sollten.“

Viele Gesprächspartner beschrieben die Arbeitshaltung des Personals im öffentlichen Gesundheitswesen als wenig leistungs- und noch weniger „kundenfreundlich“:

„Weil wir die Gesundheitsversorgung so nicht begriffen ... , dass ich ein Funktionär für Gesundheit bin. Und die Tatsache, dass dies Krankenhaus, diese Klinik oder diese Praxis funktioniert, ich trage auch dazu bei, dass das wächst. Diese Konzeption existierte nicht. Es wurde weiterhin gedacht, dies gehöre dem Staat und interessiere mich nicht. Und deswegen haben wir jetzt die Krise der Krankenhäuser.“

Als ein weiterer Faktor wurde die vielfach zu notierende Verzögerung der finanziellen Zuwendungen bzw. der fälligen Bezahlungen für Dienstleistungen im Gesundheitssektor angeführt. Auch die Behäbigkeit finanziell korrekt abgewickelter Finanzflüsse birgt ihre Problematik:

„Dies hatte zur Folge, dass diese Zwischenstationen [EPS, ARS] die Zahlungen und Geldüberweisungen verzögern. Und das führt dazu, dass die staatlichen *Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud* nicht über eine finanzielle Liquidität verfügen, die es ihnen ermöglichte, ihr Personal zu bezahlen.“

Mehr als alle seien die staatlichen Häuser betroffen:

„Stell dir vor, dass alle Krankenhäuser des Landes, alle staatlichen Krankenhäuser, sich in einem Zustand wirtschaftlicher Armut befinden!“

Auch wüssten die kolumbianischen Patienten viel zu wenig um ihre Rechte:

„... aber es stimmt, dass die EPS, so wie sie den ökonomischen Faktor oder die ökonomischen Ressourcen nutzen, den IPS Bedingungen auferlegen. Aber wenn die IPS allein dastehen, isoliert und kein Fundament haben, sind sie ohne Interesse für den Nutzer. Und die andere Feststellung ist die, dass die Nutzer bis jetzt noch nicht verstanden haben, über welche Rechte bezüglich der Dienstleistung sie verfügen.“

Die Toleranzschwelle in Fragen der Rechtsbeugung in Kolumbien läge ausgesprochen hoch:

„Die Befolgung der Gesetze im Wissen, dass sie ein Stützfeiler der Entwicklung eines Landes sind, nimmt nur den fünften oder sechsten Platz ein. Hier übergehen die Leute die Gesetze, wann immer sie wollen ... Sie pochen nicht auf ihre Rechte, weil sie zu bequem sind, um darauf zu pochen. Sie sagen: ‚Dann gehe ich eben woanders hin, wenn ich hier nicht behandelt werde.‘“

Ein Befragter verwies auf die seiner Meinung nach dubiosen Ziele, die mit der inflationären Ausbildung von Ärzten verfolgt würden:

„Schau, wenn wir ein wenig die Geschichte des öffentlichen Gesundheitswesens in Kolumbien betrachten, scheint es uns, dass wir einen der kritischsten Momente in der kolumbianischen Gesundheitsgeschichte erleben. Einen der chaotischsten Momente, einen der dramatischsten Momente. Ein Indikator, der vielfach nicht erwähnt wird, aber es ist nützlich, ihn jetzt anzuführen, ist dieser: In den letzten Jahren schoss eine enorme Zahl von Schulen und Fakultäten der Medizin, nicht allgemein der Gesundheit, nein, der Medizin, aus dem Boden.“

Dem Interviewpartner zufolge strebten bestimmte Kräfte im Lande die massenhafte Ausbildung von Ärzten an, um ihren individuellen wirtschaftlichen Verhandlungsspielraum durch ein Überangebot einzudämmen.

Einer der Gesprächsteilnehmer kam zu folgendem Resümee:

„So kamen wir dazu, uns über die Realität klarzuwerden: Die Dezentralisierung, die in Kolumbien stattfindet, hat der Gesundheit in Kolumbien sehr geschadet.“

Dieses Fazit entsprach dem Eindruck der – deutlichen, aber nicht überwältigenden – Mehrzahl der Befragten.

4.1.4.10 Dezentralisierung und Privatisierung

Die Dezentralisierung des kolumbianischen Gesundheitssystems – in diesem Punkte bestand Einigkeit unter allen Befragten – ging Hand in Hand mit einer Ausweitung des privaten Sektors in der Gesundheitsversorgung. Die gesetzliche Grundlage überlässt es ausdrücklich den Gemeinden, vom Staat nicht durchführbare Aufgaben an private Anbieter auszulagern (*Ley 10*, Kapitel III; *Ley 60*, Kapitel I, Artikel 2 und 3), und die Einführung des „freien Wettbewerbes“ zwischen den diversen Anbietern wird als wichtiger Schritt auf dem Wege zu mehr „Qualität“ angesehen. Zudem wurde nach Auskunft einiger Befragter das Ziel verfolgt, einen „inneren Markt“ in der Gesundheitsversorgung aufzubauen, nämlich die Ausführung der Dienstleistungen und ihre Finanzierung organisatorisch zu trennen. Andere stellten die Privatisierung als ein Ziel an und für sich dar, welches nur nicht explizit benannt wurde:

„... wir müssen für die Forschungsarbeit hervorheben, dass der Staat derzeit mit dem neuen System die Privatisierung des Gesundheitssystems verfolgt, was den Schutz der Verfassung in der neuen Reform weiter erschwert. Anders ausgedrückt, das ist sehr gefährlich, und es muß davor gewarnt werden. Denn, es geht soweit, wenn du heute in Kolumbien herumspazierst, stehen fast alle öffentlichen Krankenhäuser kurz vor der Schließung.“

Die Forderung, wirtschaftlich zu arbeiten, richtete sich gleichermaßen und mit gleichen Erwartungen an alle Gemeinden:

„Ein Gleichgewicht besteht da, nach allem, was ich weiß, meiner Meinung nach nicht. Das ist eine Anordnung, und alle müssen produktiv sein. So ist es, wenn du verkaufst, verdienst du. Wenn du nicht verkaufst, verdienst du nichts. Von daher müssen unter der Dezentralisierung alle Munizipien produktiv sein.“

Immer wieder betonten die Gesprächspartner, dass sich private Einrichtungen besser an die neuen Verhältnisse angepasst hätten und über ihre bessere Einrichtung und einen besseren Service die besser versicherten wohlhabenden Strata der Bevölkerung versorgten, während die staatlichen Einrichtungen unter der Last der unzureichend vergüteten Breitenversorgung der ärmeren und ärmsten Bevölkerungsschichten langsam kollabierten. Zahlreiche Befragte charakterisierten diesen Prozess jedoch nicht als einen „fairen Wettbewerb“, sondern als die unlautere Auslese einer zahlungskräftigen Kundschaft für häufig nur bedingt sinnvolle therapeutische Interventionen:

„In diesem Land, als ich dir sagte, dass wir kurz vor der Schließung [all] unserer öffentlichen Krankenhäuser stehen, befindet sich unser *Seguro Social*⁴², die wichtigste staatliche Einrichtung, kurz vor dem Zusammenbruch. Sie wurde durch eine derartige Korruption, eine derartige Bürokratie und derart viel Missbrauch des *Seguro Social* in diesem Lande zugrunde gerichtet. Wir befinden uns daher an einem Limit, an einem Limit, was wollen wir sagen? Dass dieser Wettbewerb kein guter Wettbewerb für Kolumbien ist. Wenn der Staat sich nicht einbringt, wenn er nicht die Zügel in die Hand nimmt und die Befolgung der Gesetze durchsetzt, werden wir mit Sicherheit in wenigen Jahren einen Staat erleben, der sein Gesundheitssystem den besten mächtigsten Bäckern⁴³ ausgeliefert hat, den Leuten mit dem meisten Kapital.“

Eine der Teilnehmerinnen bezweifelte ausdrücklich die Konvertierbarkeit von Gesundheit in eine Ware wie jede andere:

„Ich akzeptiere nicht, dass Gesundheit so wie eine Ware behandelt wird, was das Ziel der Privatisierung des Gesundheitssystems ist.“

Häufig wurde auch auf den Umstand hingewiesen, dass private Anbieter von Gesundheitsdiensten keinerlei Initiative auf dem Gebiet der Präventivmedizin entfalteten. Dies wurde zumeist als Paradoxon empfunden, da die Vorbeugung von Erkrankungen billiger als ihre Therapie sei:

„Sie denken [nur] an die Leute, die sie heute behandeln und die morgen die Rechnung bezahlen. Von daher ist es bei dieser Mentalität eine Titanenarbeit, ihnen die Bedeutung der Lepra verständlich zu machen.“

Die Privatisierung des Gesundheitssystems, sofern sie denn als Bestandteil der Dezentralisierung zumindest im kolumbianischen Kontext begriffen werden kann, hatte demgemäß nach fast einhelliger Darstellung der Interviewten eher schädliche Auswirkungen auf die Versorgung ärmerer Bevölkerungsschichten, auf die Präventivmedizin und auch auf die Leprakontrolle.

4.1.4.11 Widerstände

Bei allen politischen Neuerungen, erst recht bei solchen, die zumindest für einige der Betroffenen von äußerst zweifelhaftem Vorteil sind, stellt sich die Frage nach zu

⁴² *Sozialversicherung*

⁴³ In einem vorausgegangenen Gesprächsfaden wurde der Wettbewerb zwischen Bäckern mit verschiedenen Brotqualitäten als Beispiel eines vermeintlich gesunden Wettbewerbs angesprochen.

beobachtendem Widerstand gegen eine derartige Reform. Die Befragten schilderten weitestgehend übereinstimmend den Widerstand gegen die *Ley 100* als verspätet, sporadisch und von geringer Intensität. Wenn überhaupt, sei er von Mitarbeitern der Gesundheitsdienste ausgegangen. Die Allgemeinbevölkerung habe sich vollkommen zurückgehalten:

„Es gab keinen Widerstand des kolumbianischen Volkes, denn in Wirklichkeit sind dies Dekrete und Resolutionen des Staates. Und das Volk an sich hat nie gewusst, wie die Dezentralisierung umgesetzt würde und was die Dezentralisierung bedeuten sollte.“

Die Mitarbeiter der Gesundheitsdienste und vor allem die Ärzte begannen erst, sich zu wehren, als sich bei ihnen massive wirtschaftliche Einbrüche abzeichneten:

„Was die anderen Leute betrifft, glaube ich nicht, dass jemand ahnte, wie destruktiv sich das *Seguro Social* auf die Ärzte auswirken sollte. Warum sage ich destruktiv? Weil derartig viel Konkurrenz einsetzte, dass die Ärzte schließlich für eine Beratung weniger verlangten als das, was ein Tischler verlangen kann.“

Einer der Interviewten berichtete von vereinzelter Gegenwehr auch der *Secretarias Departamentales de Salud*, die sich in ihren Privilegien beschnitten sahen. Breit angelegter und gut organisierter Widerstand war hingegen offensichtlich zu keinem Zeitpunkt festzustellen.

4.1.4.12 Rolle des Zentrums

Weithin wird die Ansicht vertreten, dass die dem Zentrum verbleibende Rolle und die Art und Weise, wie diese wahrgenommen wird, eine Schlüsselfrage in der Beurteilung der verschiedenen Formen der Dezentralisierung darstellt. In Übereinstimmung mit der *Ley 60*, Kapitel I, Artikel 5, und der *Ley 100*, Kapitel IV, Artikel 173, wurde von einem Befragten kommentiert:

„Das Ministerium ist verantwortlich für die Normen des Programmes, und auf der Ebene jedes Departments und jeder Gemeinde sind diese [untergeordneten Ebenen] dafür zuständig, die Normen in Anpassung an die [lokalen] Umstände zu erfüllen. Im allgemeinen werden die Rahmenrichtlinien vom zentralen Niveau vorgegeben.“

Als entscheidendes Problem wurde von allen zu diesem Thema Befragten die Kontrolle der Umsetzung derartiger Normen angesehen:

„Gut, das steht so auf dem Papier, geschrieben, aber in der Praxis habe ich noch nicht gesehen, dass jemand hinter Gitter gebracht wurde, denn es sind schon so viele Leute gestorben, dass sie bereits seit vielen Jahren im Gefängnis stecken müssten, denn [all] das ist das Fehlen von Prinzipien, und man versteht daher nicht, wann jemand endlich zur Verantwortung gezogen wird. Aber es gibt wirklich keine ernsthafte Bestrafung in dieser Situation.“

Andere beklagten ähnlich drastisch das Fehlen solcher Sanktionsmechanismen:

„Daher nimmt sich jeder das Geld, jeder plündert [nach Gutdünken], jeder ist glücklich, und niemand unternimmt etwas. Aber es gibt wirklich keine Institution, die bestrafte und dies als Unterricht für die anderen Personen hinstellte, damit all dies endlich funktionieren könnte...“

Der großen Mehrzahl der Gesprächspartner war bekannt, dass die *Superintendencia Nacional de Salud* für diese Art der Überwachung zuständig ist.

„Sie existiert, aber es ist so, als ob sie nicht existierte. Denn sie übt ihre Funktionen nicht aus, ihre Leitung ist eine politische Position, ebenso wie die *Contraloría Departamental*⁴⁴. Darum befindet sich Kolumbien in diesem schlechten Zustand, in dem niemand etwas korrekt ausführt. Denn es ist eine Krake mit sieben Fangarmen. Es gibt sie, schon, aber es ist, als ob sie in Wirklichkeit nicht existierte, die *Superintendencia de Salud*.“

Es wurde von mehreren Seiten darauf hingewiesen, dass die *Superintendencia Nacional de Salud* zu viele Aufgaben habe und lediglich als zentralisierte Institution in Bogotá existiere. Auf sich gestellt sei sie daher kaum in der Lage, ihren Auftrag sachgerecht durchzuführen. Zwei der Befragten unterstrichen die Verantwortung des einfachen Bürgers für die Überwachung der Gesundheitsdienste im neuen System. Ihnen obläge nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, diese Rolle wahrzunehmen. Einer der Interviewten relativierte diese Sichtweise:

„Früher hatten alle öffentlichen Institutionen und auch alle Departemente eine Niederlassung der *Superintendencia*. Sie warfen all dies Personal hinaus und dezentralisierten es, ... aber sie [die *Superintendencia*] sind die ersten, die sich einer Zentralisierung unterziehen. Es gibt sie daher in Bogotá, und von der Hauptstadt aus können sie nicht direkt in das Problem eindringen, das ist nicht gut möglich. Man braucht Beschwerden. Es ist erforderlich, dass die Leute sich über schlechte

⁴⁴ Rechnungshof des Departments

Dienstleistungen beschwerten, ... dass sie auch überwacht sind. Und in Kolumbien ist eine solche Beschwerde sehr, sehr kontraproduktiv und sehr gefährlich.“

Zusätzlich zu dem Missverhältnis zwischen überschießenden Problemen im dezentralisierten System und der begrenzten Bearbeitungskapazität der *Superintendencia Nacional de Salud* wurde von einer Befragten der Mangel an Zwangsmitteln zur Durchsetzung etwaiger Korrekturen beklagt.

Summarisch wurde dem Kontrollmechanismus im reformierten kolumbianischen Gesundheitssystem die Operativität fast schon kategorisch abgesprochen. Nur einige optimistische Interviewpartner sahen eine realistische Chance in der Übernahme dieser Funktionen durch eine neue Verantwortlichkeit der Allgemeinbevölkerung.

4.1.4.13 Public Health und dezentralisiertes System

Die Präventivmedizin oder ein gerne unter dem Oberbegriff *Public Health* zusammengefasster Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung erfährt in der kolumbianischen Gesetzgebung durch den *Plan de Atención Básica* eine besondere Aufmerksamkeit. Die Implementierung einer solchen gerne auch im Englischen als *Primary Health Care* bezeichneten Versorgung stieß jedoch nach Angaben aller Gesprächspartner auf fundamentale Probleme. Einige davon – die Umwidmung von Ressourcen und das fehlende Verständnis für vorbeugende Maßnahmen – wurden weiter oben schon erwähnt. Ein Befragter beschrieb diese Verständnisschwierigkeiten folgendermaßen:

„ ... die Übergabe der Verantwortung für Gesundheitserziehung an Einrichtungen, die diese nicht durchführen, weil sie sich nicht für Erziehung, sondern für ökonomische Rentabilität interessieren, führte dazu, dass die Programme für Gesundheitserziehung und –vorsorge delegiert und verdrängt wurden. ... Es gibt ein Programm, das ist der PAB, der *Plan de Atención Básica*. Dieser geriet in große Schwierigkeiten, da nicht einmal die Regierungseinrichtungen verstanden haben, wie der PAB funktionieren soll.“

Die Aufteilung der Präventivmedizin in PAB und POS habe zu keiner Ergänzung, sondern zu einem Zusammenbruch diesbezüglicher Interventionen geführt:

„Und die Trennung zwischen *Plan de Atención Básica* und *Plan Obligatorio de Salud* atomisierte die Aktivitäten der Lepra- und Tuberkulosekontrolle, indem einige vom Staat und andere vom privaten Sektor, also den Versicherungen, durchzuführen wären.“

Die Präventivmedizin läge nach Einschätzung mehrerer Interviewter trotzdem nicht vollkommen brach, doch würden weniger als die Hälfte der sonst üblichen Maßnahmen ausgeübt – eine Befragte nannte die BCG-Impfung als konkretes Beispiel.

Auch im Zusammenhang mit dem PAB wiesen einige Gesprächspartner auf die Fehlleitung der für die Leprakontrolle im nationalen Budget vorgesehenen 500.000 € hin:

„In diesem Sinne wuchsen die Finanzmittel für Lepra und Tuberkulose Jahr für Jahr an. Unglücklicherweise wechselten diese Mittel auch ihre Richtung bzw. wechselte ihre Verwendung.“

Nur in Bezug auf das ehemalige Leprosorium Agua de Dios, das in der organisatorischen Hierarchie direkt dem nationalen Gesundheitsministerium untersteht, berichtete ein Interviewpartner von Fortschritten in der Leprakontrolle dank üppigerer finanzieller Ausstattung.

4.1.4.14 Qualität der Gesundheitsdienste und Ausbildungsstand des Personals

Schon im anderen Zusammenhang wurde auf die Qualität der Gesundheitsversorgung im dezentralisierten System eingegangen: Sowohl in ihren Kommentaren zur Implementierung der Reformen als auch in denjenigen zu sonstigen Problemen war mannigfaltig die Qualität der medizinischen Dienstleistungen im reformierten Gesundheitswesen in Frage gestellt worden. Im Einklang mit den identifizierten Themenkategorien wurde diese Qualität jedoch zu einem gesonderten Diskussionspunkt während der Interviews gemacht. Alle Befragten äußerten sich skeptisch. Besonders kritisch wurde die Leprakontrolle beurteilt:

„Von daher hat die Dezentralisierung meiner Meinung nach nichts Gutes gebracht. Sie ließ eine große Zahl von Tbc- und auch Leprapatienten in Kolumbien schlecht behandelt zurück, schlecht diagnostiziert mit schlechter Nachsorge und schlechten Behandlungsschemata und mit unausgebildetem Personal, das keinerlei Interesse daran hat, dass diese Programme funktionieren.“

Als Ursache wurde unter anderem die Reduktion der Prioritätensetzung auf ökonomische Kriterien zum wiederholten Male ins Spiel gebracht:

„Dieses System baut vor allem auf ökonomischen Aspekten auf, es soll ein im ökonomischen Sinne nachhaltiges System sein. Dies hat die Qualität der Versorgung beeinträchtigt, die Qualität der Patientenversorgung vor allem unter menschlichen Gesichtspunkten.“

Die gleichmäßige Verteilung der Verantwortlichkeiten im Sinne einer horizontalen Versorgung habe ihre negativen Seiten:

„Jeder Angestellte ist für die Behandlung des Lepraproblems zuständig. Dadurch ist es möglich, dass sich alle in niemanden verwandeln.“

Auch in diesem Zusammenhang verwiesen die Gesprächspartner wieder darauf, dass das betraute Personal in seiner Anzahl drastisch reduziert wurde, verbleibende Posten häufig nach politischen Kriterien vergeben wurden und schließlich permanent wechselte:

„Das nennt sich 6-Monats-Vertrag, aber du kommst heute, und wenn du einen Monat später wiederkommst, triffst du diesen Arzt schon nicht mehr. Du triffst diesen Schwesternhelfer nicht wieder, diese Schwester nicht, weil ein anderer Politiker eintraf und alles wechselte.“

Eine weitere Ursache sahen die Interviewten in durch den ständigen Wechsel verursachten Defiziten im Ausbildungsstand des Personals. Ebenso sei es weiterhin wichtig, die Allgemeinbevölkerung fortgesetzt über die Lepra zu informieren, um das die Erkrankung umgebende Stigma abzubauen. Unabdingbar sei *last not least* die Ausbildung und Information der von der Lepra Betroffenen:

„Die Lösung für Personen mit niedrigem Einkommen, die zudem an Behinderungen oder an einer zu Behinderungen führenden Erkrankung wie Lepra leiden, die Lösung ist die Ausbildung dieser Personen, ihnen Chancen zu eröffnen, im allgemeinen Strategien zur Verwirklichung der Chancengleichheit. [Die Lösung besteht nicht darin,] ihnen Rollstühle oder eine Creme zur Heilung der Hautprobleme zu geben.“

Die positive Funktion des DAHW bei der Durchführung diesbezüglicher Aufgaben und der Kompensation der durch die Dezentralisierung verursachter Beeinträchtigungen wurde ausdrücklich und mehrfach hervorgehoben. Die eigentlich zuständigen Gemeinden nähmen ihren Auftrag in der Regel nicht wahr:

„Ja, die Dezentralisierung hat die Ausbildung auf allen Ebenen nachhaltig geschädigt, die professionelle Ausbildung, die technische Ausbildung und die Ausbildung zum Nutzen der Gemeinde. Denn jetzt ist die Gemeinde dafür verantwortlich, mit ihren als solchen wahrgenommenen Bedürfnissen, zu entscheiden, ob sie ihr Personal ausbilden will. Unglücklicherweise gibt es keine Ausbildung und daher kein Interesse. Es gibt keinerlei Kenntnis der Erkrankung, und deswegen ... fanden sich keine Fälle.“

Besonders nachteilig sei die massenhafte Entlassung fast des gesamten in der Leprakontrolle erfahrenen und spezialisierten Personals gewesen.

4.1.4.15 Therapie und Kontrolle der Lepra

Einige Schwerpunkte der Leprakontrolle wurden gesondert besprochen: die aktive Fallsuche, die medikamentöse Therapie, die Prävention von Behinderungen während und auch nach der medikamentösen Therapie sowie schließlich die sogenannte *búsqueda de abandonos*, die Suche und das Aufspüren aus der Behandlung verlorener Patienten. Mit dem letztgenannten Punkt steht das Informationssystem der Leprakontrolle im engen Zusammenhang.

Alle Interviewten berichteten einheitlich, dass die vor der Dezentralisierung durchgeführte routinemäßige Untersuchung der familiären und der Haushaltskontakte von neuen Lebrapatienten eingestellt wurde. Einer der Befragten wies darauf hin, dass die trotz alledem relativ konstante Zahl neu diagnostizierte Fälle für eine beachtliche okkulte Prävalenz der Lepra spräche:

„Die Tatsache, dass die Zahl der Fälle unverändert bleibt und nicht abfällt, bedeutet, dass wir viele verborgene nicht diagnostizierte Fälle haben können.“

Einig waren sich die Gesprächspartner aber auch in ihrer Einschätzung, die Versorgung und Behandlung mit der Chemotherapie sei als Kern jeglicher Leprakontrolle unbeeinträchtigt geblieben. Die – kostenlose – Verteilung der Medikamente⁴⁵ funktioniere bis auf wenige passagere Engpässe auf allen Ebenen. Für die zentralen Behörden stelle es auch eine Form der Interessensicherung dar:

⁴⁵ Seit etlichen Jahren sichern zunächst die japanische *Sasakawa Foundation*, später ein Schweizer pharmazeutisches Unternehmen die weltweite unentgeltliche Versorgung mit den Monatspackungen für die Chemotherapie der Lepra.

„Wer die Droge hat, hat die Macht.“

Die Prävention von Behinderungen (PoD) stellt eine Langzeitherausforderung für jedes Leprakontrollprogramm dar, da Patienten mit bleibenden Nervenschäden hier lebenslang gefordert sind. Ihr wird im dezentralisierten Gesundheitssystem nur eine untergeordnete Bedeutung beigemessen. Trotzdem habe nach Meinung der meisten Interviewpartner auch und gerade die Unterstützung des DAHW zur erfolgreichen Fortführung der Mehrzahl der Aktivitäten beigetragen. Dieses finanziert sowohl die Ausbildung der Patienten und des Personals in PoD als auch notwendige Augentropfen, Handschuhe, Schuhwerk, Orthesen, Prothesen usw. – Hilfsmittel, die alle von der staatlichen Versicherung nicht getragen werden.

Obgleich einer der Befragten von einem funktionierenden epidemiologischen Informationssystem sprach, stellte die Mehrzahl ausgeprägte Defizite fest:

„Das Problem besteht darin, dass jetzt so viele Akteure im Spiel sind, dass die Information sich verliert, die Verantwortung sich verliert. Jetzt also informieren nicht nur diese, sondern auch die EPS, nicht wahr? Und stellen Sie sich bitte einmal vor, in einer Stadt wie dieser die Informationen von 5.000 EPS zusammentragen, die der Distrikt der Hauptstadt [Bogotá] aufweist, das ist ein Wahnsinn!“

Zudem werde bei jeglicher Aktivität nunmehr umgehend der wirtschaftliche Vorteil hinterfragt:

„Derzeit haben wir ernsthafte Probleme mit dem Informationsmanagement, weil es noch keine diesbezügliche Regelung gibt. Es gibt keine klare Anweisung, welche Instrumente zum Einsatz kommen und wer sie benutzt. Und die Frage, die alle Welt stellt, ist die: Wer wird mich dafür bezahlen?“

Eine Befragte schilderte die mögliche Problematik besonders drastisch:

„Und dann geht er, und es gibt kein Gesetz, gar nichts, was diesen Angestellten dazu verpflichtet, nicht den Computer zu sabotieren, nicht die Information zu zerstören und die Datenbank [einfach] mitzunehmen. Dann kommt ein anderer armer Sänger und weiß nicht einmal, wie viele Patienten er hat, in welchem Behandlungsabschnitt sich dieser befindet, gar nichts.“

Die von einer Reihe der Gesprächspartner vorgetragene ursächliche Rolle der Dezentralisierung wurde von niemandem hinterfragt:

„Jetzt, mit der Dezentralisierung, informieren viele Gemeinden nicht, und es gibt keine klaren Mechanismen, sie dazu zu zwingen. Und auch die Departemente, es gibt Departemente, die ebenso wie die anderen nicht über das Lepraproblem informieren ... Daher möchte ich sagen, dass das Informationssystem sich im allgemeinen mit der Dezentralisierung verschlechterte.“

In Konsequenz all dessen existierten nur ungenaue Informationen über die Behandlung vorzeitig abbrechende Patienten und kaum effektive Strategien zur erneuten Aufspürung dieser Patienten. Mit Ausnahme der eigentlichen antibiotischen Therapie (und diese von oftmals reduzierter Dauer) seien demgemäss alle anderen Eckpfeiler erfolgreicher Leprakontrolle bis zu einem gewissen Grade in Mitleidenschaft gezogen worden.

4.1.4.16 Perspektiven des dezentralisierten Systems

Die vorausgehenden Ausführungen belegen, dass sich alle Befragten über erhebliche mit der Dezentralisierung Hand in Hand gehende Probleme einig waren. Die Gesprächspartner wurde alle um ihre Einschätzung sich abzeichnender Problemlösungen gebeten. Während einige der Teilnehmer die beschriebenen Probleme als eher vorübergehende bewerteten, kam die Mehrzahl zu der Ansicht, dass viele Jahre und ein rigoroseres Durchgreifen der Zentralregierung zur erfolgreichen Umsetzung notwendig seien. Einer der Interviewten warf die Frage auf, inwieweit die geschilderten Probleme auch nur vorübergehend für eine Phase der Implementierung moralisch tragbar seien:

„Im Laufe der verstreichenden Zeit werden sie sich ein bisschen besser vorbereiten. Aber ich glaube nicht, dass es die beste Entscheidung war, denn man kann nicht die Zeit verstreichen lassen, während man mit der Gesundheit der Menschen spielt.“

Eine andere Gesprächspartnerin verwies auf die bisherige zeitliche Ausdehnung der Implementierungsphase:

„Das ist so, dass man nicht mehr von einem vorübergehenden Problem sprechen kann, wenn wir uns seit 1993 um den Umbau des Systems bemühen. Und im Jahr 2000 sagen wir [immer noch], wir befänden uns in der Übergangsphase. Anders ausgedrückt, wenn ein System, ja, neun Jahre in der Übergangsphase steckt, dann liegt es daran, dass ... es nicht funktioniert oder wir nicht wissen, wie wir es zum Funktionieren bringen.“

Einer der Befragten sah einen unauflösbaren Konflikt zwischen der Reform und dem Bemühen um eine vernünftige öffentliche Gesundheitsversorgung:

„Alles zusammengenommen, kann ich dir sagen, ganz allgemein, um mich nicht in Einzelheiten zu verlieren, aber ganz allgemein: Das Gesundheitspersonal ist felsenfest davon überzeugt, dass es diese Dezentralisierung ist, die das System von *Public Health* vernichten wird.“

Zum Abschluss der Darstellung seien die beredten Worte eines der Gesprächsteilnehmer wiedergegeben, der die zu beobachtende Problematik in den politischen Kontext des modernen Kolumbien einzuordnen suchte und gleichzeitig bestrebt war, sich eine historische Perspektive zu erschließen:

„Ich glaube, dass es sich um ein grundlegendes strukturelles Problem handelt. Es handelt sich um einen schwachen Staat, einen Staat, dessen Funktionäre, die Leute unter Vertrag, nicht genügend Kraft haben, um eine klare Politik durchzusetzen. Und jeder Neue, der kommt, macht was er will, und jeder erfindet irgendetwas. Dies ist ein Staat, der nicht plant, es gibt keine Struktur. Es gibt ein Gesetz, aber keiner richtet sich danach. Es gibt eine Organisation, um die sich niemand kümmert. Es gibt endlos viele Dinge, die niemanden interessieren. ... Heute bist du für einen Monat Minister. Zwei Monate später ernennen sie einen anderen, und der macht andere Dinge. Und im nächsten Monat denken sie sich einen anderen aus, den ersten werfen sie als korrupt hinaus. Und so denken sie sich [immer] neue Sachen aus, und das Land marschiert von einer Krise zur nächsten. Und die einzigen, die profitieren, sind die großen Privatunternehmen, die hier in Kolumbien durch große wirtschaftliche Gruppierungen vertreten sind, sowie die Gruppierungen der *gringos*, die an diesem Land im Moment sehr interessiert sind und große Investitionen bei *Colsanitas* und *Susalud* machen, in diesen Gruppierungen, diesen großen EPS. Wie sich das Land derzeit entwickelt, wird durch sie das Thema Gesundheit definitiv zerstört. Dahin zielt daher das Land, hin auf eine schwache Struktur mit wenig Kontrolle, ohne jeglichen staatlichen Eingriff und noch viel weniger eine Einbeziehung seiner Bevölkerung, [etwa] zu lernen, [Gelegenheiten] zu packen und das Schicksal des Landes zu ihrem zu machen. ... Unsere Kinder, unsere Enkel können diesem Land [vielleicht] zu einem ausgewogeneren Gesundheitssystem verhelfen, so dass es endlich zu dem Ziel fortschreitet, das auch die internationale Gemeinschaft anstrebt, nämlich zum [inneren] Frieden.“

4.2 Brasilien

Analog zur Darstellung der Studienergebnisse in Kolumbien werden auch im folgenden Text zunächst die Trends der wichtigsten epidemiologischen Indikatoren im letzten Jahrzehnt vorgestellt, anschließend wichtige lokale schriftliche Quellen mit einem besonderen Augenmerk auf die Gesetzestexte betrachtet und schließlich die in Brasilien durchgeführten semi-strukturierten Interviews analysiert.

4.2.1 Epidemiologische Daten

Auch aus Brasilien liegen keine kompletten Datensätze vor. Kontinuierliche Angaben existieren bezüglich der Zahl neuer und „registrierter“ Patienten sowie des Anteils von Kindern und von multibacillären Patienten. Der Datensatz aus dem – epidemiologisch am wenigsten bedeutsamen – Mato Grosso do Sul setzt erst 1996 ein. Die *disability rate*⁴⁶ ist nur punktuell für das Jahr 1999 bekannt, die *relapse rate* wurde lediglich aus dem Mato Grosso kontinuierlich zugetragen.

Während jeder der angesprochenen brasilianischen Bundesstaaten seiner Größe nach mit Kolumbien vergleichbar ist, so zählen sie alle nur ein Bruchteil der Einwohner Kolumbiens. In Konsequenz imponieren die hohen absoluten Zahlen der *case detection rates* von 14/10.000 (Mato Grosso) über 11/10.000 (Maranhão) und 6/10.000 (Amazonas) bis hin zu ca. 3,5/10.000 (Mato Grosso do Sul). Diese Werte sind Ausdruck einer weiterbestehend äußerst aktiven Transmission. Die erwähnten Staaten sind allesamt als hochendemisch anzusehen. Herausragend – und weltweit nur noch in wenigen Regionen in diesem Umfang festzustellen – ist zudem der beachtliche Anstieg der Zahl neuentdeckter Fälle im Bundesstaat Maranhão.

Die folgende Graphik verschafft eine Übersicht über die Entwicklung im letzten Jahrzehnt:

⁴⁶ *Disability rate, MB rate, child rate* und *relapse rate* werden gängigerweise so bezeichnet, sind in korrektem Englisch freilich *proportions*.

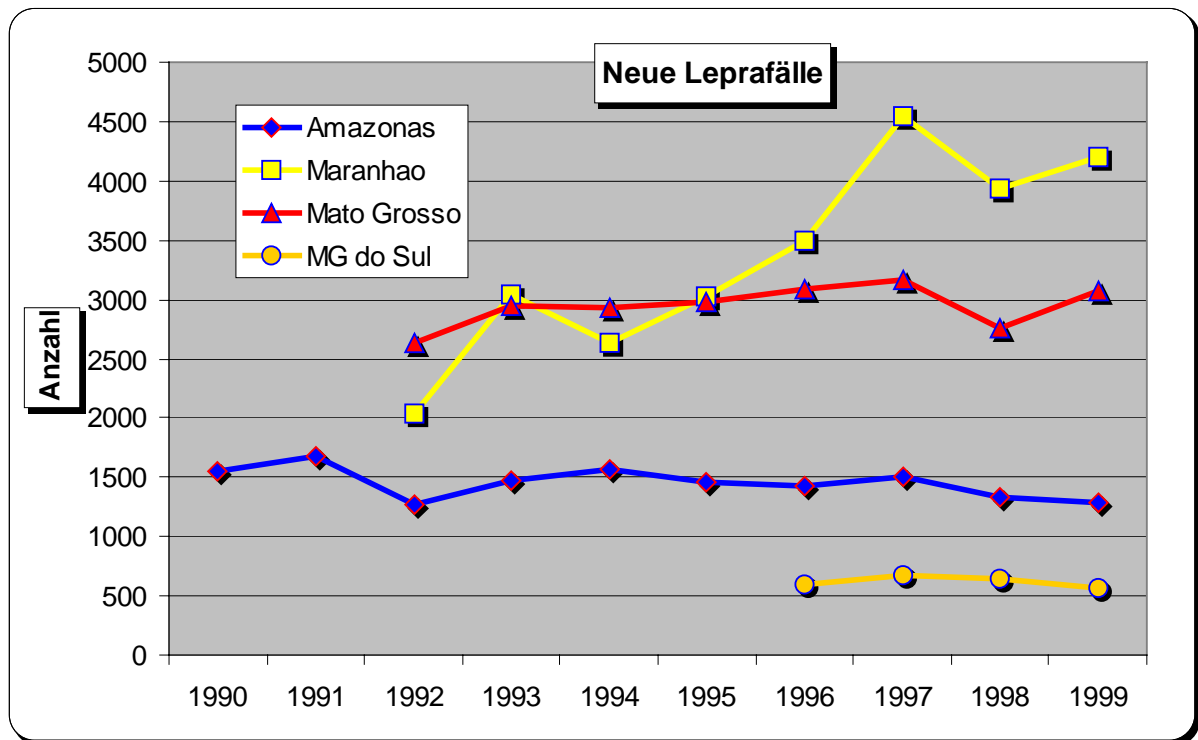


Abbildung 14: Neue Lepra-Fälle in vier vom DAHW koordinierten brasilianischen Bundesstaaten 1990-99 (Quelle: DAHW)

Wiederum erscheint die Zuordnung dieser Daten zu bestimmten Veränderungen im Gesundheitssystem äußerst problembeladen. Der einzige signifikante Trend ist der Anstieg der Fallzahlen im Maranhão, und diese Entwicklung ist mit hoher Wahrscheinlichkeit weder durch zunehmende Transmission noch durch einen grundlegenden Wandel im Gesundheitssystem zu erklären. Die semi-strukturierten Interviews werden dies Phänomen beleuchten. Die folgende Graphik illustriert die registrierte „Prävalenz“ der Lepra:

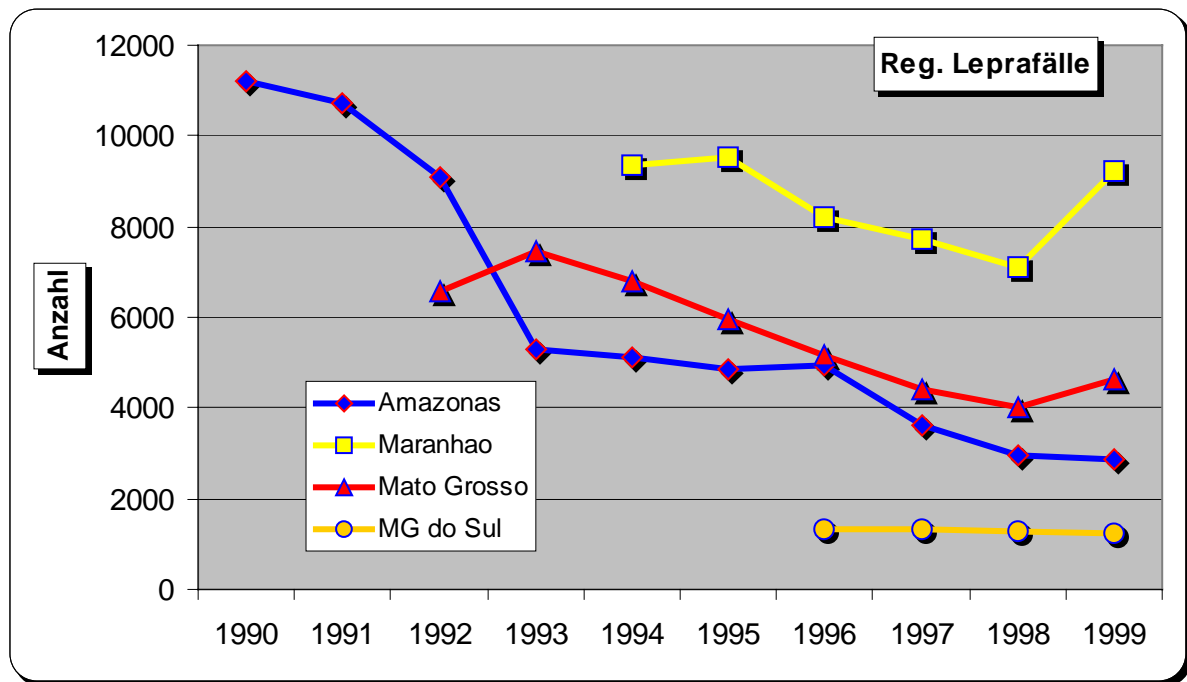


Abbildung 15: Registrierte „Prävalenz“ in den o.a. Staaten 1990-99 (Quelle: DAHW)

Auch hier ist ebenso wie in Kolumbien der rückläufige Trend gerade der Jahre 1990-98 hauptsächlich durch die Verkürzung der Polychemotherapie zu erklären. Eine wie auch immer geartete Beziehung der Dezentralisierung ist nicht zu etablieren.

Die folgende Graphik visualisiert den prozentualen Anteil von multibacillären Patienten in den 90er Jahren des 20. Jahrhunderts:

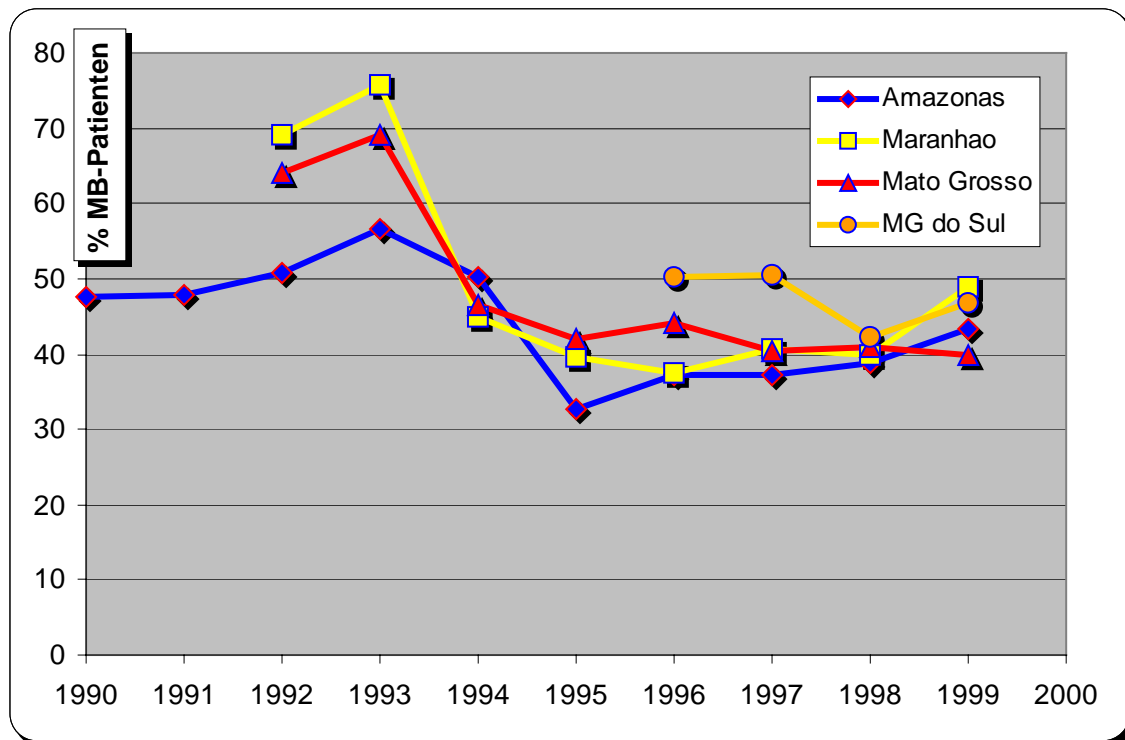


Abbildung 16: Prozentualer Anteil multibacillärer Patienten in vier vom DAHW koordinierten brasilianischen Bundesstaaten 1990-99 (Quelle: DAHW)

Die präsentierte Graphik erfordert eine komplexe Interpretation. Der Anstieg des Anteils multibacillärer Patienten auf Werte von über 70% erklärt sich am ehesten durch die Überdiagnostizierung nach der fakultativen Einführung der auf rein klinischen Kriterien beruhenden Diagnose⁴⁷. Die zunehmende Programmaktivität mag in erheblichem Umfang *backlogs*⁴⁸ von Leprapatienten aufgespürt haben. Der rückläufige Trend ab 1994 ist charakteristisch für ein gut implementiertes aktives Leprakontrollprogramm bei gleichzeitiger aktiver Transmission. Die Werte von 40% bis 50% bewegen sich im internationalen Durchschnitt. Abermals erlauben die Daten keine Bewertung des unterliegenden politischen Wandels im Gesundheitssystem.

Die anschließende Graphik bebildert den Anteil von Kindern unter allen neu entdeckten Patienten. Alle über 10% liegenden Werte – zu Beginn der 90er Jahre fällt hier besonders Amazonas auf, gegen Ende Maranhão – sollten als Ausdruck der aktiven Transmission

⁴⁷ Traditionell erfordert die Diagnose einer multibacillären Lepra den lichtmikroskopischen Nachweis von *M. leprae* im Lymphausstrich.

⁴⁸ Das sogenannte *backlog* entsteht durch die Akkumulation von Leprapatienten bei brachliegenden oder mangelhaften Kontrollaktivitäten. Aus mehreren Gründen setzt sich das *backlog* vor allem aus multibacillären Patienten zusammen; ein Grund ist die hohe Selbstheilungstendenz paucibacillärer Lepra.

bewertet werden: Fehlende Transmission senkt die *child rate* rasch. Auch die ansteigende Prozentzahl – wie die ansteigende absolute Zahl – in Maranhão erklärt sich durch ein hoch aktives Programm bei bestehender aktiver Transmission. An spezifischen Aktivitäten zur Entdeckung vergleichsweise frisch erkrankter Kinder seien Reihenuntersuchungen in Schulen (*school surveys*) und die Untersuchung aller familiären Kontaktpersonen neu entdeckter Patienten benannt. Wiederum ist eine Korrelation des betrachteten Indikators mit Veränderungen im Gesundheitssystem zu negieren.

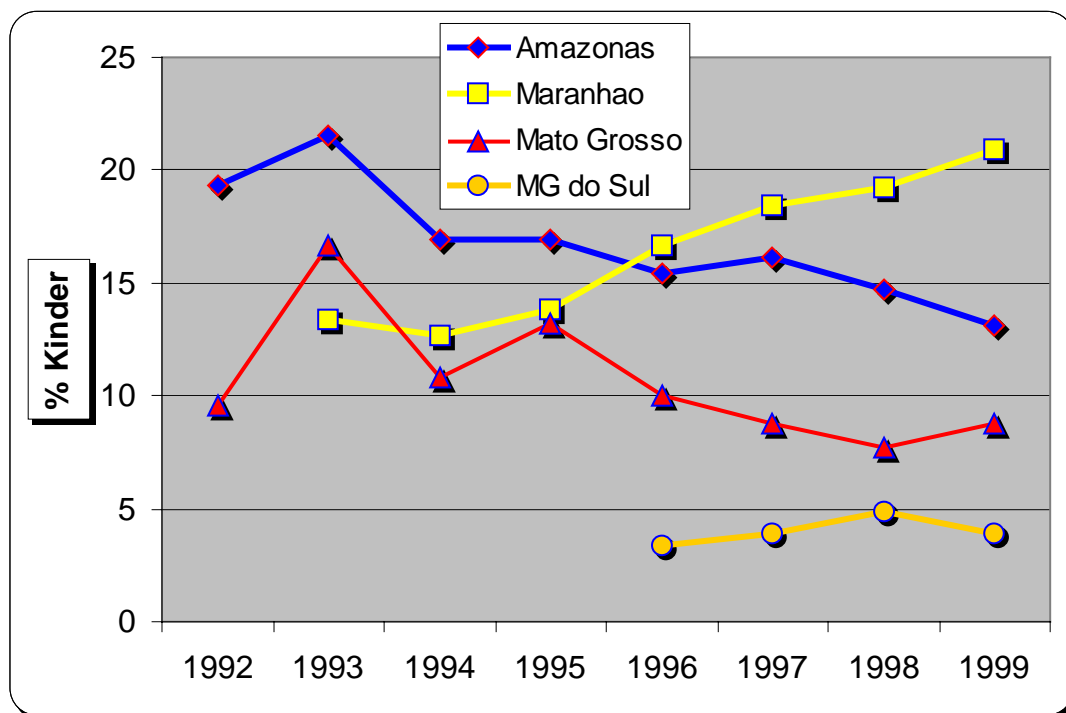


Abbildung 17: *Child rate* in vier DAHW-kooordinierten brasilianischen Bundesstaaten 1992-99 (Quelle: DAHW)

Ebenso wenig läßt die Inaugenscheinnahme der *disability rate* tiefergreifende Rückschlüsse zu: Sie lag 1999 im Mato Grosso bei 4%, in den anderen Staaten recht präzise bei 7,5%. Diese Werte sind – wie häufig in Zeiten aktiver Transmission und gleichzeitiger aktiver Kontrolltätigkeit – vergleichsweise niedrig. Die Analyse eines Trends über Zeit ist mangels Daten nicht möglich.

Schließlich sei als letzter Indikator der Prozentsatz von *relapses* hinterfragt. Bei paucibacillären Patienten lag er in den Jahren 1992-99 in allen vier Bundesstaaten um 1%; dieser Wert benötigt keine weitergehende Analyse. Der Prozentsatz unter multibacillären Patienten entwickelte sich wie folgt:

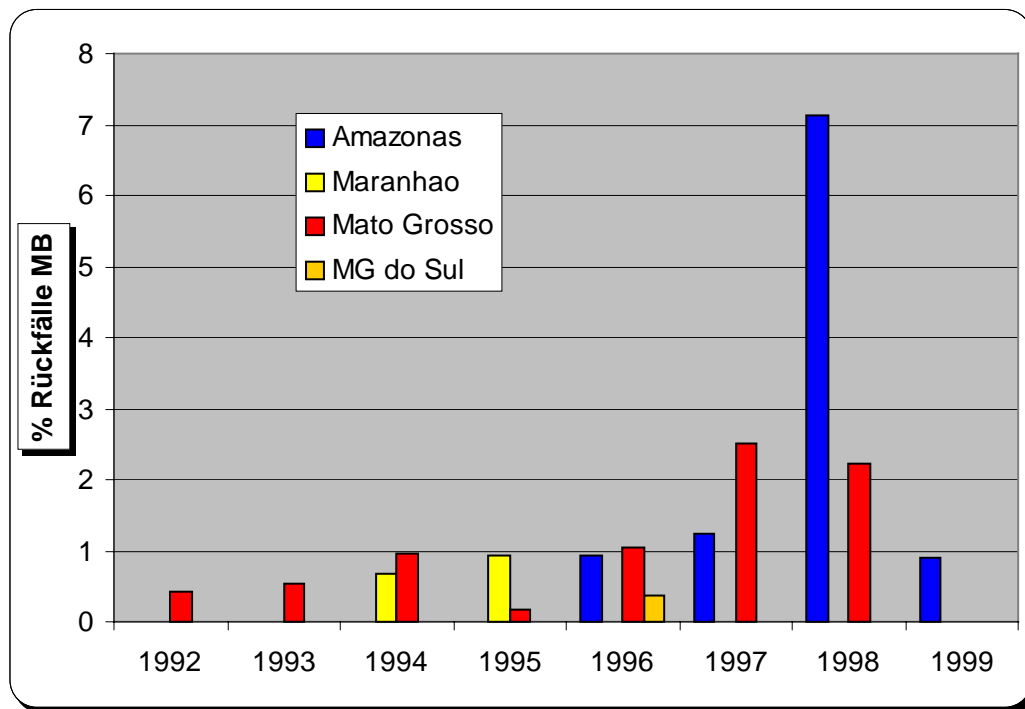


Abbildung 18: Prozentsatz von Rückfällen unter multibacillären Patienten in vier vom DAHW koordinierten brasilianischen Bundesstaaten 1992-99 (Quelle: DAHW)

Augenfällig gerade im Vergleich zu den kolumbianischen Daten ist der Tatbestand, dass in keinem Fall ein Wert von 10% erreicht wird, während dieser Wert in Kolumbien in jedem Untersuchungsjahr und teilweise massiv überschritten wird. Im Quervergleich imponiert der isoliert hohe Wert von Amazonas im Jahre 1998. Es sei nochmals auf das Problem der sicheren Diagnose eines Rückfalles u.a. in Differentialdiagnose zu einer Lepreareaktion verwiesen. Das Gros der Angaben bestätigt das der Polychemotherapie zugrundeliegende Diktum, sie führe in ca. 99% auch der multibacillären Fälle zur Heilung. Angesichts der Inkongruenz der Daten läßt auch der letzte hier ins Feld geführte Indikator keinen Rückschluss auf Auswirkungen der Dezentralisierung zu. Immerhin umreißen die angeführten Werte anschaulich die epidemiologischen Rahmenbedingungen parallel zur Dezentralisierung.

4.2.2 Gesetzliche Grundlagen der Dezentralisierung

Die Dezentralisierung des brasilianischen Gesundheitssystems ist bereits in der Verfassung von 1988 festgeschrieben. Kennzeichnend für diese Epoche war eine demokratische Aufbruchstimmung vier Jahre nach dem Ende der Militärdiktatur. Die Dezentralisierung wurde als ein wichtiger Schritt zur Demokratisierung der Gesellschaft empfunden.

Weitere Einzelheiten werden durch die Gesetzblätter 8.080 sowie 8.142 von 1990 und eine Reihe von Zusatzbestimmungen geregelt, die auch auf die Leprakontrolle eingehen. Diese Texte werden in chronologischer Folge vorgestellt.

4.2.2.1 Brasilianische Verfassung (Constituição Federal)

Die brasilianische Verfassung schreibt Gesundheit als ein Recht des Bürgers fest, das vom Staat zu sichern ist (Titel VII, Kapitel II, Sektion II, Art. 196):

„Die Gesundheit ist ein Recht aller und eine Pflicht des Staates, welche durch eine soziale und wirtschaftliche Politik garantiert wird, die [zum einen] darauf abzielt, das Risiko einer Erkrankung [...] zu vermindern, [zum anderen] auf universellen und gleichen Zugang zu Aktivitäten und Diensten für die Förderung, den Schutz und die Wiederherstellung [der Gesundheit].“

Artikel 198 postuliert ein öffentliches und dezentralisiertes Gesundheitssystem mit integraler (auch präventiver) Versorgung unter Beteiligung der betroffenen Bevölkerung (*participação da comunidade*) – das *Sistema Único de Saúde* (SUS). Artikel 199 legalisiert den privaten Sektor zur etwaigen komplementären Versorgung.

4.2.2.2 Lei (Gesetzblatt) No. 8.080 von September 1990

Die *Lei 8.080* gibt zum einen weiterführende Erläuterungen zu den in der Verfassung festgelegten Prinzipien der universellen und integralen Gesundheitsversorgung, der Dezentralisierung und der Einbindung der Bevölkerung in die Entscheidungsfindung. In Titel II, Kapitel IV, Sektion II des Gesetzes wird detailliert die Rollenverteilung zwischen nationalen, bundesstaatlichen und gemeindeeigenen Gesundheitsdirektionen erläutert. Die Planung und Bereitstellung der Gesundheitsdienste ist grundsätzlich Aufgabe des

Munizipiums. Nationale und bundesstaatliche Direktionen sind für die Identifizierung und Führung von Referenzzentren verantwortlich, ansonsten aber vor allem für die Supervision und Unterstützung der Munizipien, weiterhin für die Erstellung von Normen.

Laut Titel V, Kapitel I, Art. 31 wird das SUS hauptsächlich durch Zuwendungen der Sozialversicherung finanziert. Kapitel II desselben Titels beschreibt die vorgesehenen Finanzflüsse zu den Staaten und Munizipien und Kriterien für das Verteilungsmuster, darunter demographische und epidemiologische Angaben. Kapitel III legt schließlich die Übernahme aller wesentlichen öffentlichen Gesundheitsinstitutionen in das SUS fest.

4.2.2.3 *Lei (Gesetzblatt) No. 8.142 von Dezember 1990*

Die *Lei 8.142* besiegelt die Schaffung von vier Einrichtungen zur vermehrten Beteiligung der Bevölkerung und ihrer lokalen Vertreter an der politischen Willensbildung im Gesundheitssektor:

- Gesundheitskonferenz (*Conferência de Saúde*) – ein alle vier Jahre vorgesehenes Treffen mit Vertretern aller Bevölkerungsgruppen
- Gesundheitsrat (*Conselho de Saúde*) – ein permanent tätiges Organ auf allen administrativen Ebenen (*Conselho Municipal/Estadual/Nacional de Saúde* – CMS/CES/CNS), dem Politiker, Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes und Nutzer der Dienste angehören
- Der Nationalrat bundesstaatlicher Gesundheitssekretäre (*Conselho Nacional de Secretários de Saúde* – CONASS) zur Sicherung der Interessen der Staaten
- Der Nationalrat gemeindeeigener Gesundheitssekretäre (*Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde* – CONASEMS) zur Wahrung der Interessen der Gemeinden

Von Staaten und Munizipien wird als Bedingung für den Transfer bundeseigener Finanzen des SUS u.a. das Vorhandensein eines entsprechenden Fonds, sachgerechte Planung und auch die Existenz eines Gesundheitsrates unter Mitwirkung der Bevölkerung verlangt.

4.2.2.4 Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde⁴⁹ (NOB-SUS) 1996

Die *Norma Operacional Básica* (NOB) von 1996 – die im übrigen diejenige von 1993 ablöste – sucht die Funktionsweise des SUS in seinen Einzelheiten festzulegen. In der „Zielsetzung“ der NOB wird betont:

„Es wird in dieser Form die volle Verantwortlichkeit der öffentlichen Gewalt auf Gemeindeebene angestrebt. Diese Gewalt stellt sich somit der Verantwortung oder kann verantwortlich gemacht werden, denn sie ist nicht auf sich allein gestellt. Die bundesstaatlichen und föderativen öffentlichen Gewalten sind immer mitverantwortlich – in diesbezüglichem Wettbewerb bzw. beim Ausfall der Funktion der Gemeinde...“

Die NOB sieht die Schaffung zweier Kommissionen vor. Eine umfasst Vertreter des Munizipiums und des Bundesstaates (*Comissão Intergestores Bipartite*⁵⁰ - CIB), eine weitere zusätzliche Vertreter der Bundesregierung in Brasília (*Comissão Intergestores Tripartite*⁵¹ – CIT). Diese Kommissionen diskutieren die Aufgabenzuteilung und die Finanzzuwendungen für die Gemeinden.

Die Hauptaufgabe des Bundesstaates wird in der Stärkung und Beratung der Gemeinden durch Sammlung und Evaluierung relevanter Daten, Ausbildung des Personals, Gesundheitserziehung der Allgemeinbevölkerung, Förderung von Forschungsprojekten und schließlich Zuweisung eines Budgets gesehen. In ähnlicher Art und Weise betreut die Bundesebene diejenige der Bundesstaaten.

Die NOB 1996 hebt die Bedeutung der präventiven Medizin und der intersektoriellen Zusammenarbeit (die Rolle der Umwelt in der Gesundheit) hervor:

„Das vorherrschende Modell, das seine Aufmerksamkeit auf den klinischen Fall konzentriert, auf die individualisierte Beziehung zwischen Professionellen und Patienten, auf die spezifische bewaffnete therapeutische Intervention (Chirurgie oder Medikamente), muß begleitet, bereichert und umgewandelt werden in ein Modell der auf die Lebensqualität der Personen in ihrer Umwelt gerichteten Aufmerksamkeit ebenso wie derjenigen auf die Beziehung des Gesundheitsteams zur Bevölkerung, genauer gesagt zu ihren primären sozialen Nuklei, zu den Familien.“

⁴⁹ Grundlegende operative Norm des einzigen Gesundheitssystems

⁵⁰ Kommission der Beteiligten aus zwei Parteien

⁵¹ Kommission der Beteiligten aus drei Parteien

Finanziert wird das SUS – wie in der *Lei 8.080* fixiert – durch die „Sozialversicherung“. Diese wiederum – so beschreibt es die NOB – bezieht ihre Ressourcen im wesentlichen aus den Steuern auf allen drei administrativen Ebenen des Staates. Benannt werden u. a. die Einkommens- und die Ertragssteuer.

Die NOB definiert des weiteren die *Programação Pactuada e Integrada*⁵² (PPI) der Aktivitäten im Gesundheitssektor. Die Gemeinde kann mit eigenen Finanzmitteln und mit Genehmigung des CMS ihre Maßnahmen planen, andere in der CIB diskutieren und von der CES abzeichnen lassen. Schließlich können sie und der Bundesstaat in der CIT mit Vertretern der Bundesregierung Interventionen planen, welche vom CNS zu signieren sind.

Ein entscheidender Abschnitt der NOB kategorisiert die Munizipien in drei Gruppen:

- nicht qualifizierte Munizipien
- Munizipien mit „vollkommener Sicherung der Basisversorgung“
- Munizipien mit „vollkommener Sicherung des gemeindeeigenen Systems“ der Gesundheitsversorgung

In den nicht qualifizierten Munizipien wird die Organisation des SUS vom Bundesstaat übernommen. Die folgende Tabelle fasst Bedingungen und Verantwortlichkeiten für die Qualifikation in der Basis- und in der Gesamtversorgung zusammen:

⁵² Vereinbarte und integrierte Programmierung

Übertragung der Basisversorgung	
<i>Vorbedingungen</i>	<i>Aufgaben</i>
<ul style="list-style-type: none"> • funktionierender CMS • separater Fonds für Finanzen zur Gesundheitsversorgung • lokale Planung und PPI • Rechenschaftsberichte • Überwachung durch designierten Mediziner • sanitäre und epidemiologische Kontrolle • System der Supervision 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausarbeitung und Durchführung eines Plans der Basisversorgung • Führung ambulanter und stationärer Behandlungszentren • Aufnahme aller Institutionen und Bürger in das SUS • Führung eines Informationssystems • Maßnahmen zur sanitären und epidemiologischen Kontrolle • Evaluierung und Berichterstattung
Übertragung der Gesamtversorgung	
<i>Vorbedingungen</i>	<i>Aufgaben</i>
<ul style="list-style-type: none"> • alle obigen Bedingungen • eigenständige Evaluierung der Basisversorgung • umfassende, vom CMS signierte Berichterstattung • umfassende Sicherung der Basisversorgung sowie patholog. und radiolog. Dienste • normatisiertes Rechnungswesen 	<ul style="list-style-type: none"> • alle obigen Aufgaben • Führung von übergreifenden Referenzzentren • Sicherung kostenintensiver und komplexer Behandlungen • eigenständige und standardisierte Datenanalyse und Evaluierung • komplexe Maßnahmen sanitärer und epidemiologischer Kontrolle

Tabelle 4: Vorbedingungen und Aufgaben von nach ihrem Grad der Dezentralisierung kategorisierten Munizipien in Brasilien (Quelle: NOB 1996)

Ein ähnlich sorgsam gestricktes Rahmenwerk wird auch für die gemeinsamen Aufgaben von Gemeinden und Bundesstaat sowie für die Dezentralisierung von der nationalen auf die bundesstaatliche Ebene vorgelegt. Bundesstaaten können sich als „fortgeschritten“ oder „vollkommen“ geeignet für die Führung ihres Gesundheitssystems qualifizieren. Falls sie die Bedingungen nicht hinreichend erfüllen, wird wiederum ihre Rolle von der Bundesregierung bzw. dem nationalen Gesundheitsministerium übernommen.

Die *Instrução Normativa no. 01/98* erklärt Punkt für Punkt, wie die jeweiligen administrativen Einheiten die Erfüllung der Vorbedingungen nachweisen und eine höhergradige Kategorisierung beantragen können.

4.2.2.5 Brasilianische Gesetzgebung zur Leprakontrolle

Das brasilianische Gesundheitsministerium hat eine Sammlung für die Leprakontrolle relevanter Gesetzestexte vorgestellt (Ministério da Saúde 2000c). Die *Portaria*⁵³ No. 816/GM vom 26.07.2000 unterstreicht die epidemiologische Bedeutung der Leprakontrolle in Brasilien und fordert alle Niveaus des SUS auf, sich mit den durch die *Área Técnica de Dermatologia Sanitária*⁵⁴ zur Kenntnis zu nehmen und umzusetzen. Die notwendigen Maßnahmen werden beschrieben. Die Lepra – in Brasilien nebenbei per Dekret *Hanseníase* genannt – ist eine meldepflichtige Erkrankung, die im nationalen Datenerfassungssystem SINAN⁵⁵ geführt wird.

Der *Portaria No. 817/GM* vom 26.07.2000 sind die die Leprakontrolle betreffenden Normen beigefügt. Diese legen zum einen diagnostische und therapeutische Standards fest, gehen dann aber auch auf die Dezentralisierung ein:

„Die Implementierung von Leprakontroll-Aktivitäten in alle Einheiten der Grundversorgung im Gesundheitsbereich ist die wesentliche Anweisung, um das Ziel der Eliminierung der Lepra als öffentliches Gesundheitsproblem zu erreichen.

- 4.1 Leprakontroll-Aktivitäten müssen im gesamten Netz der Gesundheitsdienste implementiert werden, um der Bevölkerung Zugang zu einer integralen, an ihre Bedürfnisse angepassten Versorgung zu gewährleisten. Die Dienste müssen so organisiert sein, dass sie mit verschiedenen Ebenen der Komplexität der Versorgung zurechtkommen, während sie gleichzeitig die lokalen und regionalen Bedingungen berücksichtigen. [...]
- 4.4 Die Ebene der Gemeinde ist verpflichtet, Leprakontroll-Aktivitäten zu leiten und durchzuführen, indem sie ihren Handlungsspielraum ebenso wie die Zusammenarbeit mit anderen technischen Abteilungen [...] und Partnern in Erwägung zieht. [...]
- 4.6 Die Planung von diagnostischen, therapeutischen und rehabilitativen Aktivitäten in der Leprakontrolle muß durch die municipale und bundesstaatliche Ebene des SUS ausgeführt werden, in der municipalen und bundesstaatlichen Gesundheitsplanung verankert sein und im Hinblick auf die Finanzierung der vorgesehenen Aktionen im Rahmen des PPI ausgehandelt werden.“

⁵³ Bekanntmachungsblatt

⁵⁴ Technische Abteilung für sanitäre Dermatologie

⁵⁵ *Sistema de Informação de Agravos de Notificação*

Die Position der Leprakontrolle als integraler Bestandteil des SUS wird somit gesichert, die Verantwortung für die erfolgreiche Kontrolle trägt in erster Linie das Munizipium. Diese Strukturierung des Systems wird als wesentlich für die „Eliminierung“ der Seuche bewertet. Die Bevölkerung hat gleichsam ein Recht auf Leprakontroll-Aktivitäten.

4.2.2.6 Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS) 2001

In der *Portaria No. 95/GM* vom 26.01.2001 wurde die *Norma Operacional de Assistência à Saúde*⁵⁶ (NOAS-SUS) veröffentlicht. Dieses Gesetzwerk aktualisiert zum einen die durch die NOB gesetzten Anforderungen und Verpflichtungen im Rahmen der Dezentralisierung. Der Terminus „Munizipien mit vollkommener Sicherung der Basisversorgung“ wird durch denjenigen einer „erweiterten Basisversorgung“ modifiziert. Zwar bleibt die bisherige Kategorisierung der Munizipien bestehen, doch wird die „erweiterte Basisversorgung“ um weitere Maßnahmen ergänzt, deren Durchführung die so kategorisierten Munizipien sicherzustellen haben. Dazu zählt auch und gerade die Leprakontrolle mit all ihren Aspekten (aktive Fallsuche, korrekte Klassifizierung, Datenerfassung, Therapiekontrolle, Vorbeugung von Behinderungen, Kontaktuntersuchungen und erzieherische Aktivitäten).

Des weiteren erläutert die NOAS genauer, welche Probleme und Fakten zur Disqualifizierung von Munizipien und Bundesstaaten führen. Sinngemäß wird die Nichterfüllung der für die Qualifizierung notwendigen Vorbedingungen zusammengefaßt. Ein besonderer Schwerpunkt liegt allerdings auf Anzeichen von Unregelmäßigkeiten in der Finanzverwaltung. In einem solchen Falle sollte der Dezentralisierungsprozess dringen rückgängig gemacht werden.

Schließlich wird neben den beschriebenen drei administrativen Ebenen (Nation, Bundesstaat, Munizipium) ein neues operatives Konzept vorgestellt: Bundesstaaten können sich im Hinblick auf bestimmte lokale Probleme in Regionen und Mikroregionen unterteilen. Ebenso können sich Munizipien zu solchen zur Wahrnehmung bestimmter übergreifender Aufgaben zusammenscharen. Die Schaffung solcher Mikroregionen erleichtere u. U. die Durchführung kostenintensiver und komplexer präventiver und kurativer Interventionen.

⁵⁶ Operationale Norm zur Gesundheitsassistenz

Die NOAS nimmt für sich in Anspruch, den durch die zuvor besprochenen Gesetzeswerke eingeschlagenen Weg in Anpassung an identifizierte Probleme weiterzuverfolgen.

4.2.3 Erläuterung und Diskussion der Dezentralisierung in den Printmedien

Das brasilianische Gesundheitsministerium und die lokalen Sekretariate sind aktiv bemüht, Mitarbeiter des Gesundheitsdienstes und die Allgemeinbevölkerung über Sinn und Inhalt der zahlreichen legislativen Neuerungen zu informieren. In der Folge werden einige den Prozess der Dezentralisierung schildernde Broschüren angesprochen. Wissenschaftliche Publikationen zu diesem Thema werden in Brasilien häufiger als in Kolumbien international gelistet und sind daher in der Literaturübersicht bereits ausführlicher besprochen. In dem diesbezüglichen Abschnitt wird nur noch kurz das Beispiel einer lokale Arbeit vorgestellt. Schließlich soll auch ein Eindruck von der Diskussion der brasilianischen Presse über die Entwicklung im Gesundheitssystem vermittelt werden.

4.2.3.1 Institutionelle Publikationen

Eine interessante Publikation (Ministério da Saúde 2000a) widmet das brasilianische Gesundheitsministerium der Erläuterung „sozialer Kontrolle“ im Gesundheitssystem. Es sucht die Frage zu beantworten, wie der Bürger Aktivitäten beeinflussen und die Finanzströme kontrollieren kann. Im Mittelpunkt der Betrachtung stehen die „neuen Akteure“ in der Gesundheitspolitik wie CNS, CES, CES, CIT, CIB, CONASEMS etc. Die Gründung dieser Organisationen und ihr wachsender Einfluß werden als wichtige Schritte von einer repräsentativen zu einer partizipativen Demokratie gesehen. Anfang 2000 sei der Gesundheitssektor in 520 der gut 5.500 Munizipien vollkommen dezentralisiert, in weiteren 3.000 Munizipien immerhin die Basisversorgung. Fast 3.000 Gemeinden hätten Teams für „Familienmedizin“ eingesetzt – auf diese Teams wird in der Folge näher eingegangen. Über 3.000 Munizipien verfügten über voll funktionsfähige CMS, weitere 1.900 hätten bedingt einsatzfähige CMS.

Alle diese Neuerungen seien zwar in den 80er Jahren des 20. Jahrhundert vom Geiste der Demokratisierung getragen worden, hätten aber in den 90er Jahren gegen den vorherrschenden Strom neoliberalistischer Tendenzen in der brasilianischen Innen- und

Sozialpolitik schwimmen müssen. Das SUS sei unter anderem aus folgenden Gründen trotzdem ein Erfolg geworden:

- rasche Akzeptanz der Reformen durch die Munizipien
- rasche Übernahme finanzieller Verantwortung durch die Munizipien⁵⁷
- rascher Ausbau der der „sozialen Kontrolle“ dienenden Institutionen
- Rückendeckung der Reformen u. a. durch generelle gesellschaftliche Trends und durch alle involvierten Gesundheitsminister

Die Publikation liefert weitergehende Zahlenwerk, das brasilianische Gesundheitsbudget belief sich 1998 auf 56,6 Mrd. R\$⁵⁸ und gliederte sich wie folgt:

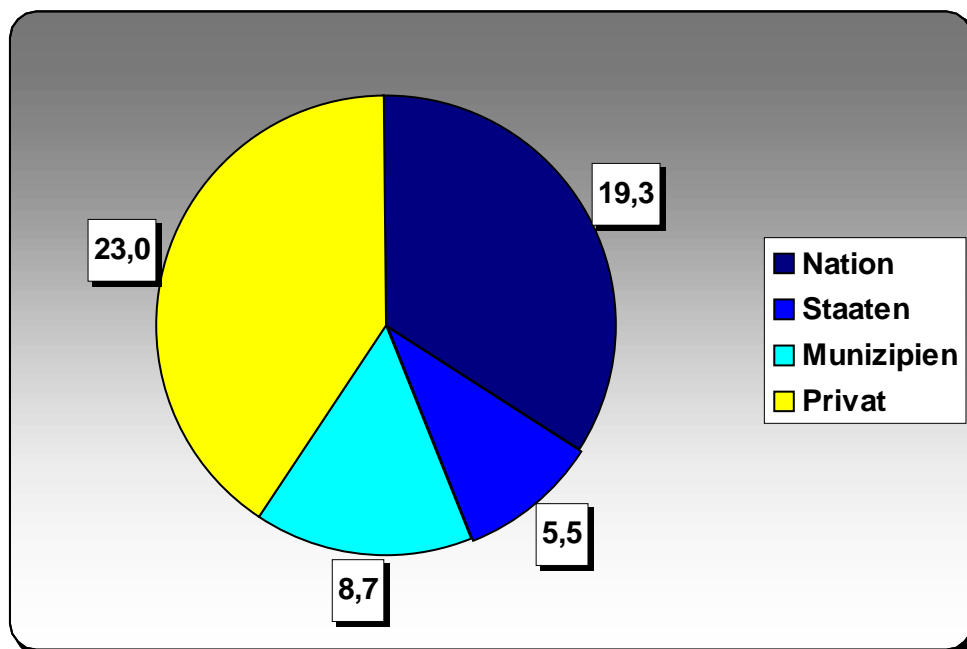


Abbildung 19: Aufteilung des brasilianischen Gesundheitsbudgets 1998 (Gesamtsumme 56,6 Mrd. R\$) (Quelle: brasilian. Gesundheitsministerium)

Für R\$ 192 jährlich pro Einwohner würden durch 538.000 öffentliche Angestellte des Gesundheitsdienstes (darunter 120.000 Gesundheitsagenten) und 497.000 im privaten Sektor (häufig vom öffentlichen Sektor kontraktiert) u. a. 1,5 Mrd. Konsultationen, 12,5 Millionen Hospitalisierungen, die gesamte Seuchenkontrolle und 85% aller hochkomplexen Dienstleistungen abgewickelt. Ein effizienteres System sei kaum vorstellbar.

⁵⁷ Im Jahr 2000 wendeten sie im Durchschnitt 12% ihres Gesamtbudgets für Gesundheit auf.

⁵⁸ 1 R\$ (Real) ≈ 0,5 €

Die Autoren stellen nichtsdestotrotz die Frage, inwieweit dies durchaus effiziente System die Equität wahrt, also allen bedürftigen Brasilianern zur Verfügung steht. Die folgende Graphik verschafft einen Überblick:

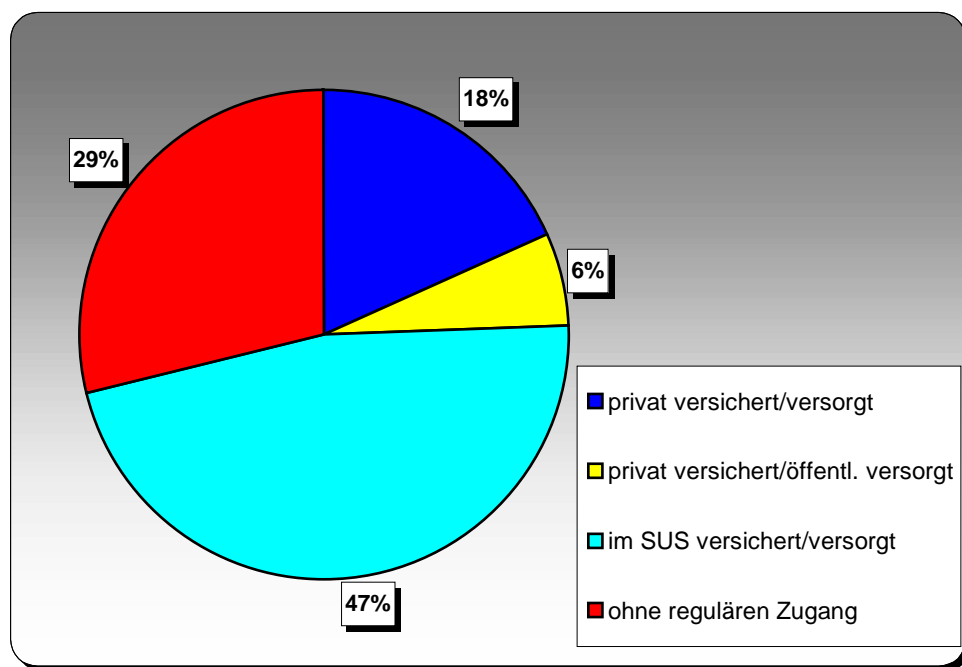


Abbildung 20: Deckungsgrad der Krankenversorgung in Brasilien 1998 (Quelle: *brasilian. Gesundheitsministerium*)

Nur 2% der Bevölkerung gaben an, in den letzten 15 Tagen einen Gesundheitsdienst aufgesucht zu haben und nicht behandelt worden zu sein. Gründe waren zumeist fehlende Betten oder ein fehlender Arzt. 4% konnten trotz bestehender Notwendigkeit keinen Gesundheitsdienst aufsuchen, weil es an Geld, Transportmitteln oder Zeit fehlte. Schließlich beobachten die Autoren eine gewisse – und naheliegende – Korrelation zwischen sozioökonomischem Status der Patienten einerseits und Zugang sowie Inanspruchnahme der Dienste andererseits.

Schließlich wird die *Emenda Constitucional*⁶⁹ No. 29 besprochen, die die sukzessive Steigerung des Anteil des Gesundheitsbudget am Gesamtbudget der Munizipien auf 15%, der Staaten auf 12% vorschreibt. Zudem erklärt sie, durch welche Steuern diese Mittel sicherzustellen sind.

Eine äußerst bedeutsame flankierende Maßnahme zur Förderung der Dezentralisierung ist das *Programa Saúde da Família*⁶⁰ PSF, das dem Leser in einem weiteren Dokument (Ministério da Saúde 1997) nahegebracht wird:

„In diesem Sinne sieht das PSF in der Herstellung von Querverbindungen und in der Schaffung von gegenseitigen Verpflichtungen zwischen dem Gesundheitspersonal und der Bevölkerung den zentralen Punkt.

Aus diesem Blickwinkel strebt die durch das PSF benutzte Strategie die Umkehrung des vorherrschenden Assistenzmodells an. Daher ist sein Verständnis nur möglich durch einen Wechsel des Objektes der Versorgung, der Vorgehensweise und der allgemeinen Organisation der Dienste, indem die assistentielle Praxis durch neue Grundlagen und Kriterien reorganisiert wird.

Diese Perspektive bewirkt, dass die Familie zum vorrangigen Objekt der Aufmerksamkeit wird, welche sich aus der Umgebung heraus, in der sie lebt, versteht. Jenseits der geographischen Begrenzung ist es in diesem Raum, wo sich intra- und extrafamiliäre Beziehungen konstruieren und wo sich der Kampf für verbesserte Lebensbedingungen entfaltet, wodurch sich ein erweiterter Begriff des Prozesses Gesundheit-Krankheit und damit der Notwendigkeit von Interventionen größerer Wirkung und sozialer Bedeutung ergibt.“

Charakteristisch für das PSF ist die Formation von Gesundheitsteams mit einem/r Arzt/Ärztin, einem/r Krankenpfleger/Krankenschwester, zwei Krankenpflegehelfern/-helferinnen und mehreren Gesundheitsagenten, welchen

- maximal 1.000 zu betreuende und zu erfassende Familien in einem bestimmten geographischen Raum zugeordnet sind
- die kurative **und** präventive Betreuung obliegt
- in diesem Zusammenhang Hausbesuche ebenso wie Maßnahmen der Gesundheitserziehung obliegen
- ein ganzheitlicher Blick für Gesundheitsprobleme unter Berücksichtigung intersektorieller Aspekte übereignet wird
- lokale Planung und Evaluierung anvertraut wird

Munizipien müssen zumindest in der Basisversorgung dezentralisiert sein, um bundeseigene Zuschüsse für ihr lokales PSF zu erhalten.

⁵⁹ Konstitutioneller Erlass

⁶⁰ Programm der Familiengesundheit

Das Gesundheitssekretariat von Mato Grosso kommentiert am Beispiel dieses Staates Verlauf und Erfolge der Dezentralisierung (Secretaria Estadual da Saúde de Mato Grosso 2000). Sowohl die Abdeckung der Bevölkerung mit Gesundheitsagenten als auch mit kompletten Gesundheitsteams nahm rapide zu:

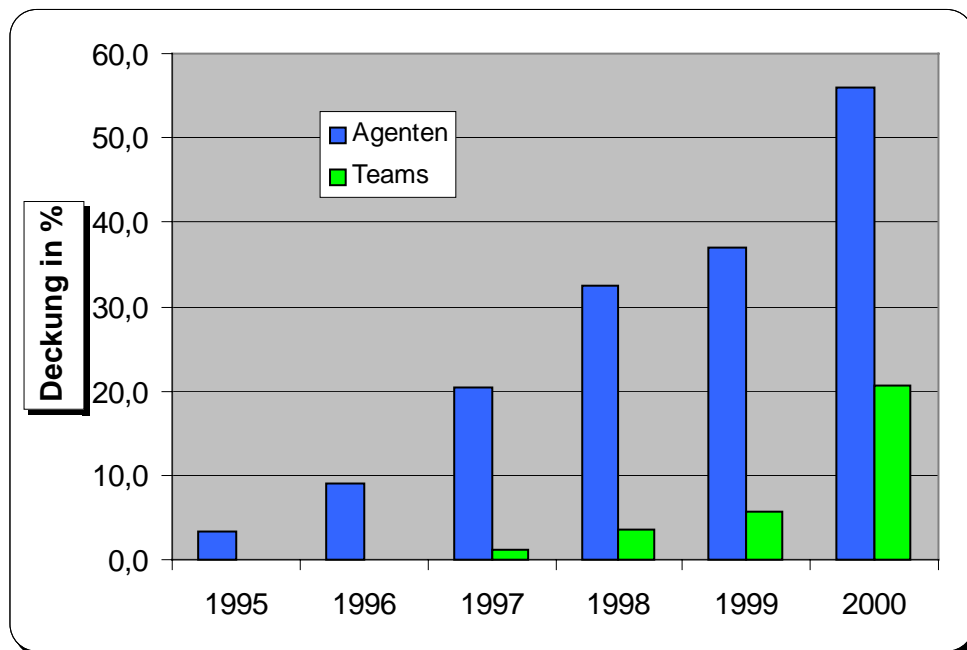


Abbildung 21: Prozentuale Abdeckung der Bevölkerung des brasilianischen Bundesstaates Mato Grosso durch Gesundheitsagenten und „Teams für Familiengesundheit“ 1995-2000 (Quelle: Gesundheitssekretariat Mato Grosso)

Während im September 2000 21% der Bevölkerung bzw. 500.000 Personen durch PSF-Zentren versorgt wurden, ist für das Jahr 2001 eine Steigerung auf ca. 30% geplant. Die rasche Ausdehnung des Programmes ist von einer hohen Akzeptanz begleitet: Bei einer Befragung äußerten sich jeweils über 90% der behandelten Personen zufrieden mit den verschiedenen Aspekten der Behandlung durch das PSF. Hauptkritikpunkt war die mitunter spärliche Medikamentenversorgung.

Am Beispiel der Tuberkulose-Kontrolle wird in einem Informationsblatt (Ministério da Saúde 2000) dargelegt, dass im Jahre 1999 in den durch das PACS/PSF abgedeckten Regionen Brasiliens 89% aller Patienten die volle „Begleitung“ durch die monatelange Behandlung erfahren.

Eine weitere Publikation (Ministério da Saúde 1999) erläutert Gesundheitsplanern auf bundesstaatlicher und kommunaler Ebene, wie sie die Indikatoren im Bereich der Leprakontrolle zu interpretieren und in der Planung umzusetzen haben.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass sich die gesetzlich festgelegte Bedeutung der Dezentralisierung im allgemeinen und der Leprakontrolle im besonderen in der Informationspolitik der Bundesregierung und der Staaten sehr fassbar widerspiegelt.

4.2.3.2 Diskussion in wissenschaftlichen Publikationen

Eine Reihe international publizierter Forschungsergebnisse sind unter 2.3 und 2.4 aufgeführt. Hier wird kurz auf eine kleine Studie eingegangen, die die Rolle eines auch für die Leprakontrolle bedeutsamen Rehabilitationszentrums in Cuiabá, der Hauptstadt des Mato Grosso, während des Dezentralisierungsprozesses untersucht (Lourenço ES 1999). Die Arbeit kommt zu positiven Ergebnissen bezüglich der Supervision von rehabilitativen Diensten der Gemeinden durch dies staatliche Referenzzentrum:

„In dieser Hinsicht hat die Stiftung ‚Rehabilitationszentrum Dom Aquina Corrêa‘ politische, administrative und technische Praktiken übernommen, die in der Lage sind, Bedingungen zu schaffen, die die Municipien nicht in einer untergeordneten Beziehung agieren lassen, sondern [...] von Subjekt zu Subjekt, wo die Abhängigkeit durch Partnerschaft ersetzt ist. Diese Praxis stärkt die Anerkennung der Autonomie der Municipien, ohne sie zu isolieren, indem die Intervention in Bezug auf den Dezentralisierungsprozess effizient und erfolgreich verläuft, während sie den Ausführenden technische Kooperation, Hilfe bei der Planung und Organisation der Aktionen und der angebotenen Dienste garantiert [...].

In diesem Kontext etabliert sich eine soziale Leitung des Gesundheitswesens, bei der die Lebensqualität der Bevölkerung aus integrierten Aktionen der Regierung und der [...] Bevölkerung entspringt.“

Ein Problem bestehe darin, dass die Municipien die Supervisionsteams eher zu häufig in Anspruch nähmen. Zudem sollten die Teams um Experten in der Dezentralisierungspolitik ergänzt werden. Diese Probleme seien vorübergehende und lösbare.

4.2.3.3 Diskussion in der Presse

Die Fortschritte und Rückschläge der Gesundheitsreform werden in den brasilianischen Medien und gerade auch in den Tageszeitungen lebhaft diskutiert. Die Beurteilung der Erfolge und der politischen Zielvorgabe ist uneinheitlich.

In einem kurzen Bericht (NN, *Estado do Maranhão* vom 31.03.2001) wird mehr der Hoffnung als der Gewissheit Ausdruck verliehen, durch die Dezentralisierung die Kontrolle der durch Vektoren vermittelten Infektionskrankheiten zu verbessern. Erwähnt werden das Denguefieber, Gelbfieber, die Leishmaniasis und vor allem die Malaria.

Ein anderer Artikel (NN, *Estado do Maranhão* vom 01.04.2001) berichtet von dem überraschend großen Interesse der Ärzteschaft und der Krankenschwestern/-pfleger, im PSF im Landesinnern mitzuarbeiten. Es gäbe wesentlich mehr Bewerber als Vakanzen. Ein wichtiger Anreiz seien die durch die Bundesregierungen bewilligten Gehälter von über R\$ 4.000 für Ärzte und ca. R\$ 3.000⁶¹ für das Krankenpflegepersonal. Priorisiert würden zunächst Munizipien mit einer Säuglingssterblichkeit über 80/1.000.

Der Gesundheitssekretär von Rio de Janeiro versichert in einem Interview (NN, *Jornal do Brasil* vom 07.04.2001), das PSF mit seiner Betonung präventiver Medizin sei die einzig sinnvolle Lösung für die Gesundheitsprobleme der Millionenstadt. Die Zahl der vorhandenen Teams solle zügig von derzeit 20 auf 609 erweitert werden.

Pinheiro (*Jornal do Brasil* vom 09.04.2001) kritisiert heftig aktuelle Entwicklungen im Gesundheitswesen, während er die Versorgung in früheren Zeiten lobt. Nur 40 Millionen Brasilianer seien versichert, und die Qualität der Behandlung sei trotz emporschnellender Ärztedichte drastisch verfallen:

„Die Universalisierung, die allen das Recht zu allem verlieh, und die Ziele der Institutionen, die in der Gründung des INAMPS gipfelten, überließen die Bevölkerung einer Behandlung ohne Qualität, da sich das System nicht an die Nachfrage adaptierte. Dieses Bild zeichnete sich im selben Maße ab wie immer mehr Ärzte auftauchten, wobei ihre Gehälter unter einem größeren Angebot⁶² als der Markt es erforderte zerfielen.“

⁶¹ 1 R\$ ≈ 0,5 €

⁶² wörtlich – und zumindest im Deutschen mit paradoxer Bedeutung – „Nachfrage“

Texeira (*Jornal do Brasil* vom 12.04.2001) widerspricht dieser Sicht vehement: Die medizinische Versorgung sei vor den Reformen wesentlich schlechter gewesen und habe sich ausschließlich um die wirklich wohlhabenden Bevölkerungsschichten bemüht. In Rio de Janeiro habe 1942 etwa das einzige Tuberkulose-Zentrum des Landes existiert, und trotzdem habe selbst dort die Mortalität (*sic!*) 229/100.000 Einwohner jährlich betragen. Bei aller berechtigter Kritik bestehender Verhältnisse müsse festgehalten werden:

„Dass die Gesundheitsversorgung noch im Argen liegt, da sind wir uns einig. Dass sie sich deutlich verbessern muß, ohne Zweifel. Aber so schlecht wie das SUS und die Gesundheitsplanung sind, ohne sie ist es viel schlimmer. Was die glücklichen Tagen der Vergangenheit betrifft, die der Autor vor Augen hat, möge er mir verzeihen, aber sie sind nichts als ein Mythos. Und wie sagt es sich auf Spanisch: *los mitos, mitos son*⁶³.“

Gerade die letzten beiden Kommentare reflektieren die Bandbreite der in der brasilianischen Öffentlichkeit geführten Diskussion in vortrefflichem Maße.

4.2.4 Ergebnisse der semi-strukturierten Interviews

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse von 16 semi-strukturierten Interviews und Fokusgruppendifkussionen vorgestellt, die der Autor im März/April 2001 in Brasilien durchführte. Aufgrund der permanenten und zügigen Ortswechsel des Interviewers mussten die Gespräche häufig sehr spontan organisiert werden. Dies spiegelte sich sowohl in der Auswahl der Lokalitäten als auch in der Anzahl der Teilnehmer wider. Vier der Interviews können als regelrechte Fokusgruppendifkussionen mit vier bis acht Teilnehmern bewertet werden; bei einem weiteren Interview wurden zwei Gesprächspartner gleichzeitig befragt. Auch in diesem Falle wurden eingearbeiteten Zitate nach Repräsentativität und Farbigkeit der Darstellung ausgewählt. Unabhängig von diesen Interviews fließen in die Darstellung Informationen aus den schon unter 3.3.4 erwähnten Gesprächen ein, die sich nicht auf Tonband registrieren ließen. Teilweise war der einem anderen Zweck als dem Interview dienende formale Rahmen⁶⁴ die Ursache, teilweise das unvermittelte Einsetzen eines solchen Gespräches.

⁶³ Die Mythen sind Mythen.

4.2.4.1 Vorgeschichte der Dezentralisierung

Die seit 1980 in Brasilien vorgenommenen Gesundheitsreformen beruhen in der Sicht der Befragten auf mehreren Einflüssen:

„Ich glaube daher, dass in dieser Zeit die Frage der Munizipalisierung⁶⁵ - ich weiß nicht genau, welche Einflüsse das waren – mit Sicherheit auf äußeren Einflüssen beruhte. Wir spürten aber auch großen Druck durch die brasilianischen *sanitaristas*⁶⁶ selbst.“

Noch während der ausklingenden Militärdiktatur sammelten sich die Reformer im Inland wie auch im Exil:

„Diese Gruppe von Experten und Professoren schuf in jener Zeit außerhalb Brasiliens das sogenannte *Movimento Sanitário Brasileiro* mit dem Ziel, das gesamte Gesundheitsversorgungsmodell für den brasilianischen Bürger zu ändern. Mit der Amnestie, die ungefähr 1979/80 stattfand, kam ein großer Teil dieser Professoren und Experten ins Land zurück.“

Der in der neuen Verfassung 1988 artikulierte Rechtsanspruch des brasilianischen Bürgers auf Zugang zur Gesundheitsversorgung wurde als Meilenstein empfunden:

„Genau in der Verfassung von 1988, die am 5. Oktober 1988 proklamiert wurde, wurde zum ersten Mal in der brasilianischen Geschichte der Gesundheitssektor berücksichtigt. Ganz genau im Kapitel der Gesundheitsartikel, der Artikel 196 bis 200, wird in der Verfassung ein neues Gesundheitssystem für das brasilianische Volk verankert, das *Sistema Único de Saúde* oder SUS benannt wird.“

Ein einzelner Befragter stellte die – möglicherweise etwas kühne – These auf, das Leprakontrollprogramm mit seiner Politik dezentralisierten Trainings zur Sicherstellung der Arbeit in der Peripherie habe eine Vorreiterrolle in der Dezentralisierung gespielt. Unabhängig von ihrem eigentlichen Ursprung wurde die Dezentralisierung in jedem Fall als eine von Brasilien voll und ganz vereinnahmte Idee gesehen.

⁶⁴ Ein bedeutendes Beispiel ist die Diskussion der Repräsentanten der ILEP-Mitglieder mit Vertretern des brasilianischen Gesundheitsministeriums am 05.04.2001 in Brasília.

⁶⁵ Dieser Begriff wird in Brasilien synonym mit dem der „Dezentralisierung“ verwendet.

4.2.4.2 Zielsetzung der Dezentralisierung

Die brasilianische Dezentralisierungspolitik verfolgte nach Meinung aller Befragten zwei wesentliche und allseits respektierte Ziele. Das wahrscheinlich wichtigste ist die Verbesserung der Zugangs zum bzw. des Deckungsgrades vom Gesundheitssystem:

„Da entstand die Bewegung zur Gesundheitsreform hier im Lande, die für die Qualität der Dienste kämpfte, um allen den Zugang zu garantieren – dass Sie unabhängig von ihren sozialen und politischen Umständen Zugang zu Gesundheit haben.“

Die Reform sollte jedoch auch das Recht der Bevölkerung auf Mitwirkung bei gesundheitspolitischen Entscheidungsprozessen sichern:

„Das ist eine großartige Strategie, in die die Bundes-, Staaten- und Munizipienregierungen viel investieren, indem sie die Frage der Mitbestimmung der Bürger einbeziehen und zum Wohl des Gemeinwesens intersektorielle Politik zu betreiben suchen.“

Weitere – gar politisch verwerflichere, verborgene – Ziele der Dezentralisierungspolitik wurden von keinem der Befragten angeführt. Vielmehr gingen sie grundsätzlich und pauschal von einem allen Reformen unterliegenden „guten Willen“ aus.

4.2.4.3 Implementierung der Dezentralisierung

Die Implementierung der Dezentralisierung im Gesundheitssystem stieß auch in Brasilien auf Schwierigkeiten. Betont wurde die notwendige Bereitschaft zur Mitarbeit bei allen Beteiligten. Diese Notwendigkeit setzt bei der Leitung des Bundesstaates ein:

„Der Gesundheitssekretär [des Staates] zum Beispiel kam nie hierher. Entweder weiß er nicht, wo [unsere Gemeinde] liegt, oder er hat Angst vor der Hanseniasis⁶⁷. Ich habe schon mit denen da geredet, auch um um mehr Geld zu bitten, habe aber nie eine wie auch immer geartete positive Antwort erhalten, nicht A, nicht B, niemals, nichts. Ich arbeite hier seit 15 Jahren, und niemals geschieht etwas.“

Selbstverständlich ist auch die Mitwirkung der lokalen Behörden vonnöten:

⁶⁶ Auch der Begriff *sanitarista* bedarf einer Erklärung: Es handelt sich um Anhänger der *Public-Health*-Bewegung.

„Wir sehen, dass das Problem nicht die Dezentralisierung ist. Das Problem liegt in dem Umstand, wer die betreffende Einheit leitet oder wer verantwortlich ist oder wer in einer bestimmten Einrichtung arbeitet. Von daher denke ich, dass die Dezentralisierung durchführbar ist. Es müssen nur diese Einschränkungen beachtet werden. Sie kann nicht einfach so eingeführt werden, wie ein Axthieb, von einer Stunde zur nächsten.“

Und schließlich verlangt das funktionierende dezentralisierte und demokratisierte Gesundheitssystem auch der Bevölkerung ihr Teil ab:

„Ich glaube nicht an schnelle Ergebnisse. Denn Sie berühren auch die Frage der Kultur, Sie ändern die Mentalität der Bevölkerung, es geht notwendigerweise um die kulturelle Frage von Gepflogenheiten, Anschauungen und Wertvorstellungen. Das wesentliche Ziel des *Programa Saúde da Família* ist dieses, bestimmte Gepflogenheiten, die das Auftreten von Krankheiten begünstigen, zu ändern. Daher ist es ein langsamer Prozess.“

Von in der traditionellen Hierarchie höher stehenden Institutionen „angeregte“ Änderungen bestehender Gepflogenheiten stießen nach Meinung mehrerer Befragten auf wenig spontane Gegenliebe. Es stelle sich die Frage, ob der Ansatz richtig sei:

„Es besteht die Notwendigkeit, diese Basisversorgung zu implementieren. Aber auf diese Art und Weise, mit an die Überstellung des Budgets an das Munizipium verknüpften Bedingungen, meiner Meinung nach unter Zwang, darf es nicht geschehen. Es sollte über eine Veränderung des allgemeinen Bewusstseins vorgenommen werden.“

Die Begeisterung über durch die Munizipien zu erschließende Finanzmittel wiche häufig der Enttäuschung über die damit verbundenen Auflagen:

„Als das Geld zur Verfügung stand, wollten alle die Dezentralisierung. Aber als sie sahen, dass das Geld nur [auf dem Umweg] über durchgeführte Aktivitäten kam, da begannen die Schwierigkeiten.“

Die Motivation des eingebundenen Personals und aller anderen Beteiligten hänge auch von ihrem vorbestehenden Informationsgrad ab:

„Einigen gefällt dies [die Dezentralisierung], anderen nicht, weil es mehr Arbeit und mehr Verantwortung bedeutet. Einigen gefällt es, weil sie auch von der Gemeinde [Geld] erhalten, was vorher nicht der Fall war. Die Lage ist also sehr unterschiedlich. Eine Sache fällt mir bei den Mitarbeitern der Gesundheitsdienste besonders auf: Es fehlte oder fehlt – im Verantwortungsbereich

⁶⁷ In Brasilien ist es per Dekret geboten, die Lepra als *Hanseníasis* zu bezeichnen. Diese Sprachregelung soll

der Bundesregierung oder vielleicht auch des eigenen Bundesstaates – eine bessere Erläuterung des Dezentralisierungsprozesses.“

Schließlich müssen die am Prozess der Dezentralisierung Beteiligten nicht nur bereitwillig, motiviert und informiert sein, es müssen auch gewisse Fähigkeiten und Strukturen vorhanden sein:

„Was diese Übertragung der Verantwortlichkeit zu den Munizipien betrifft, so sind sie nicht immer in der Lage, die ganze Last der Dienste zu tragen, die tatsächlich eine äußerst schwere Last darstellt. Wir arbeiten an der Frage der Basisversorgung, und die ist nicht einfach, ganz und gar nicht. Aber den Munizipien fällt zunächst ... die Verantwortung für die Basisversorgung ... zu. Sie müssen ein Menü an Diensten für die Versorgung der Bevölkerung ihres Munizipiums anbieten ...“

In dieser Problematik läge jedoch gleichzeitig eine Chance:

„In Wirklichkeit, ich weiß nicht, wie es in den anderen Bundesstaaten aussieht, aber hier in Roraima haben wir kaum strukturierte und einige überhaupt nicht strukturierte Munizipien. Die Munizipalisierung brachte bedeutende Entwicklungen mit sich. Einerseits weisen die Munizipien keine Struktur auf, andererseits sehen wir aufgrund der Munizipalisierung, die durch das Gesundheitsministerium verordnet wurde, dass die Munizipien versuchen, sich zu strukturieren. Vielleicht versuchten sie es nicht einmal, wenn es die Munizipalisierung nicht gäbe.“

Bemerkenswert ist immerhin, dass sich der Themenkanon direkt mit der Implementierung des neuen Systems verbundener Schwierigkeiten hier erschöpfte. Über Anpassungsprobleme wurde demgemäß wie in Kolumbien berichtet. Nur vorsichtig rissen hingegen einige wenige Interviewte den Gedanken an, möglicherweise funktioniere das ganze System nicht. In jedem Fall werden weitere identifizierte Hemmnisse noch im folgenden bei anderen Themenkreisen besprochen.

4.2.4.4 Erreichte Verbesserungen

Trotz aller Probleme wusste die Mehrzahl der Befragten spontan eine ganze Reihe von durch die Reformen erzielten Verbesserungen vorzutragen. Sie wählten gerne Beispiele aus dem Feld der Leprakontrolle. So würden mehr Patienten gefunden als früher:

mit dieser Übersetzung nachempfunden werden.

„Ich glaube, die Leute hatten sich interessiert. Wir hatten vor zehn Jahren 25.000 bis 28.000 Fälle von Hanseniasis, heute haben wir 45.000 Fälle. Das ist in der Tat eine Menge Arbeit, und die Qualität der Diagnose ist umstritten. Logischerweise ist sie das, die Leute diskutieren, aber es hat sich ein bisschen ausgeglichen. Nimm nur den ‚tauben Flecken‘⁶⁸, den Flecken ohne Sensibilität, ich glaube, dass die Leute heute besser in der Diagnosestellung ausgebildet sind.“

Die Patienten würden früher gefunden als früher:

„Daher haben wir Gesundheitsagenten trainiert, Krankenpflegehelfer, Krankenpfleger, einige Ärzte der Gesundheitszentren des *Programa de Saúde da Família*, und dadurch ergab sich eine Verbesserung der Verdachtsdiagnosen. Wir begannen, die Diagnose in früheren Stadien zu stellen.“

Letztlich seien alle – später noch im Detail zu erörternden – Gesichtspunkte der Leprakontrolle betroffen gewesen:

„Wir begriffen, dass von dem Moment an, in dem wir dezentralisierten, sich verschiedene Aspekte verbesserten. Der Prozentsatz von Therapieabbrechern in ländlichen Gegenden fiel, die Zahl neuer Fälle von Hanseniasis in ländlichen Gegenden nahm zu, die Krankenpflegehelfer fingen an, die Kontrolle der Hanseniasis aufzunehmen und Untersuchungen zu machen, Aufklärungsveranstaltungen in der Gemeinde durchzuführen. Wenn wir eine Öffentlichkeitskampagne in der Gemeinde durchführen wollten, bereiteten sie alles vor ... Als wir daher den Prozess der Dezentralisierung einleiteten, hatten wir genau diese Dinge im Auge, und wir glauben, dass es eine Verbesserung gab. Zumindest in der großen Mehrzahl der Gemeinden gab es eine Verbesserung.“

Einer der Befragten führte gemeinsam mit dem Autor besuchte Ausbildungsveranstaltungen für Gesundheitsagenten im innersten Amazonien als überzeugende Illustrationen an:

„Ich finde dies sehr positiv, diese Aktion ist sehr positiv. Wir haben eben gerade in diesem Zusammenhang zwei klare Beispiele gesehen, hier in Caruarí und Eirunepé, wie gesagt, dass das Munizipium die Zuwendungen der Bundesregierung erhält, Agenten unter Vertrag nimmt und nun ausbildet, nunmehr in den verschiedenen Programmen einschließlich der Hanseniasis ausbildet.“

Das *Sistema Único de Saúde* trage auch generell dazu bei, gewisse Unsitten und Missbräuche zurückzudrängen:

„Manchmal kommt jemand mit einer Erkältung herein, irgendeiner Sache, und die Korruption ist gewaltig. Sie empfangen eine Person mit einer simplen Symptomatologie und auf dem Papier

⁶⁸ Kardinalsymptom der Lepra

machen sie daraus eine Pneumonie. Aus einem Hautausschlag machen sie Masern, um sich zu rechtfertigen. Darüber zu reden, verstößt gegen die [kollegiale??] Ethik, aber ich sage die Wahrheit. Aber es änderte sich schon einiges, mit dem *Sistema Único de Saúde*, es war schon viel schlimmer.“

In einem Fall wurde während des Interviews folgendes knappes Resümee gezogen:

„Dieser Prozess der Munizipalisierung, denn wir hier gesehen haben, das war ein Hit.“

4.2.4.5 Zugang zum dezentralisierten Gesundheitssystem

Keiner der Befragten bezweifelte, dass die Dezentralisierung des Gesundheitssystems den Zugang zur Versorgung verbessert habe. Zum einen erwähnten sie den wirtschaftlichen Zugang, der früher vor allem für die Krankenversicherten garantiert gewesen sei:

„Leider hat in diesem Modell [der Gesundheitsversorgung vor den Reformen] nur derjenige Zugang, der in den Arbeitsmarkt eingegliedert ist. Wer das nicht war, ging zu einem karitativen Krankenhaus, welches sich [allerdings in der Regel] nicht um die Nachfrage kümmerte.“

Ebenso bedeutsam war das Problem des geographischen Zugangs:

„Dann fingen wir an zu sehen, dass die große Mehrzahl der Patienten entfernt wohnte, dass sie Schwierigkeiten hatten, regelmäßig ihre Medikamente abzuholen. Und wir sahen die dringende Notwendigkeit der Dezentralisierung.“

Zweifel wurden allerdings an dem nunmehr für die Dezentralisierung möglichen Deckungsgrad (Anteil dezentralisierter Gemeinden) verlautbart:

„Selbst mit dem [neuen] Projekt der Interiorisierung⁶⁹ des Ministeriums müssen wir einen [gewissen] Deckungsgrad erreichen. 50%, glauben wir, wird leicht sein. Mehr als das, so glauben wir, wird uns große Schwierigkeiten bereiten.“

Schließlich betonte eine der Gesprächspartnerinnen nachdrücklich die Notwendigkeit, in der Zukunft gewisse Dienste auch innerhalb der Munizipien noch weiter in die Peripherie

⁶⁹ Verlagerung gewisser Kompetenzen und Finanzen von den Hauptstädten der Bundesstaaten zu ausgewählten peripheren Munizipien, die weniger entwickelte Nachbargemeinden als Referenzzentrum mitversorgen

zu dezentralisieren. Dies sei gerade in der Leprakontrolle mit ihren besonderen Anforderungen an die Logistik von herausragender Bedeutung:

„Daher glaube ich, dass es in dem Gesundheitsposten, wo es Impfstoff gibt, wo es Schwangerschaftsvorsorge gibt, warum sollte es dort niemanden zur Ausgabe der Medikamente für Hanseniasis geben? Er muß nicht unbedingt, zum Beispiel, in der Diagnosestellung firm sein. Die Diagnose kann wirklich in einer größeren Einrichtung erfolgen, ebenso die zusätzliche Behandlung, dort, wo ein Arzt ist. Aber die Bereitstellung der [Tabletten] und die Begleitung dieses Patienten, es gibt keinen Grund, warum die Gemeinde nicht in ihrem ganzen Versorgungsnetz das Programm der Hanseniasis aufnehmen sollte. Das ist ein Traum, ein hochgestecktes Ziel, und ich denke, dass wir die Bedeutung der Dezentralisierung im Programm weiter hervorheben werden.“

4.2.4.6 Equität zwischen den Munizipien

Die wesentliche Vorgabe bezüglich der Finanzverteilung unter den Munizipien wird durch die NOB von 1996 geliefert. Sie legt fest, dass die Zuwendungen durch die Bundesregierung prinzipiell pro Einwohner erfolgen:

„Mir scheint, dass dies die eigentliche Politik der Bundesregierung ist. Jede Gemeinde erhält, ich glaube, einen Real pro Einwohner und auf die folgende Art und Weise: Wer viele Einwohner hat, erhält mehr, aber der hat auch mehr Probleme.“

Der schon aus der Theorie der Dezentralisierung bekannte und in Kolumbien vielfach in der Praxis bestätigte Einwand, kleinere und ärmere Munizipien profitierten von solchen Zuwendungen weniger als größere, scheint auch in Brasilien in gewissem Maße zu gelten:

„Es ist folgendermaßen, in ländlichen Gegenden war die Dezentralisierung eine partielle. Und im urbanen Sektor, wo es das *Programa de Saúde da Família* gibt, da war die Dezentralisierung praktisch eine totale, nur mit Ausnahme der Bacilloskopie⁷⁰.“

Diese „partiell“ dezentralisierten ländlichen Gegenden und Gemeinden kommen in Konsequenz nicht zu den für die volle Dezentralisierung vorgesehenen Bundeszuschüssen. Andererseits existieren – wie auch in einem nicht aufgenommenem Gespräch

⁷⁰ lichtmikroskopische bakteriologische Untersuchung

hervorgehoben – eine Reihe von Kompensationsmechanismen. Zum einen reagierten kleine periphere Munizipien mitunter viel flexibler:

„Nein, es kommt auf das Management an. Es gibt Munizipien, die haben keine Ressourcen und sind 1.700 km [von der Hauptstadt des Bundesstaates] entfernt, und sie schaffen es, ihre Arbeit abzuwickeln, und in vielen Fällen haben sie nur zwei Ärzte, eine Krankenschwester.“

Dem entgegen stünde das organisatorische Phlegma in den großen Städten:

„Ich finde, dass die Dezentralisierung in den kleinen Städten besser funktioniert. Aber was wir in der Hauptstadt sehen, das ist nach wie vor ein Fehlschlag. Man spürt das, wenn man mit den Patienten redet. Denn sie wollen das Munizipium zwingen, die Patienten in [seiner] Peripherie zu behandeln. Und in der Peripherie gibt es keine Versorgung. Daher muß der Patient manchmal Monate auf eine Behandlung warten.“

Weiterhin versorgten größere Munizipien benachbarte kleinere mit:

„In Rondonópolis gibt es noch ein Erschwernis, es ist Referenzzentrum für andere kleinere Städte. Das Fehlen von Zuwendungen aus Brasília für alle Munizipien schlägt sich daher in einem Krankenwagen nieder, der die Patienten hierher bringt. Von daher müssen wir nicht nur unsere Bevölkerung mit ambulanter Versorgung abdecken, wir müssen uns auch um andere Munizipien kümmern.“

Eine sehr bedeutsame gesundheitspolitische Entwicklung der letzten Jahre in Brasilien ist die Förderung von Ärzten und Krankenpflegern/-schwestern, die bereit sind, in abgelegenen Gegenden zu arbeiten:

„Ja, es waren 31 Munizipien, die unterhalb der, nennen wir sie, Armutsschwelle lagen, mit wenigen Sanitäreinrichtungen und Gesundheitseinrichtungen. Die Bundesregierung investiert daher in diese Munizipien, indem sie den Ärzten und Krankenpflegern einen Zuschuss, sagen wir, ein gerechteres Gehalt bezahlt ..., um besonders frisch examinierte Fachkräfte zur Niederlassung in diesen Munizipien zu bewegen.“

Zudem wurde darauf hingewiesen, dass die Gemeinden aufgrund bestimmter Indikatoren und Aktivitäten weitere Zuschüsse erhalten und so etwaige Nachteile durch die pauschal zunächst pro Einwohner gleiche Unterstützung deutlich korrigieren könnten.

4.2.4.7 „Community participation“

Ein erklärtes Ziel der Dezentralisierungspolitik ist die Einbindung der betroffenen Bevölkerung, die *participação da comunidade*. Beobachtungen der Interviewten zufolge wurden in Brasilien deutliche Fortschritte gemacht:

„Heute haben wir als gesetzliche Norm, als Gesetzgebung des *Sistema Único de Saúde*, die Durchführung von Konferenzen auf Gemeindeebene alle zwei Jahre, wo die Bevölkerung und die verschiedenen Segmente der Gesellschaft bestimmen, welche Aktivitäten weiterverfolgt werden sollen.“

Auch dem Munizipium unter- und übergeordnete Verwaltungsebenen würden miteinbezogen:

„Das Munizipium dezentralisiert gleichfalls innerhalb seiner Regierungssphäre, auf lokalem Niveau, das sind die Sanitätsdistrikte, die Distrikte für Gesundheitseinheiten. Und die Beteiligung der Bevölkerung etabliert die *conselhos estaduais*⁷¹, die *conselhos municipais*⁷² und die *conselhos gestores*, welches Räte sind, die in einer vorgegebenen Region der Munizipien tätig sind ... Der wichtigste Verantwortliche für die Gesundheit der Bevölkerung ist das Munizipium.“

Diese legislativen Vorgaben würden auch in die Praxis umgesetzt:

„Ich sehe in vielen Ankündigen die Bevölkerung beklagen, dass sie in ihrem Viertel einen Gesundheitsposten braucht, dass es in dem und dem Ort keine Impfungen gibt. Sie werden aktiver, aber die größte Schwierigkeit sind fehlende Kenntnisse.“

Die dezentralisierte Leprabehandlung habe eine überraschende Akzeptanz gefunden:

„Aber was wir feststellten, dass die große Mehrzahl, praktisch hundert Prozent, der Patienten mit der Dezentralisierung zufrieden war. Sie ließen sich in der eigenen Nachbarschaft ohne jegliches Problem behandeln. Sie gingen zum kleinen Posten ihres Viertels, holten sich monatlich die Medikamente und fertig. Von dem Moment an lieferten sie uns ein positives Feedback in dem Sinne, dass sie zur Dezentralisierung in anderen Vierteln ermutigten. Denn es war unsere Befürchtung, dass der Patient nicht in seiner Nachbarschaft behandelt werden wolle, aus Angst, als Träger der Hanseniasis erkannt zu werden.“

⁷¹ CES

⁷² CMS

Die Bevölkerung akzeptiere nicht nur die Behandlung der Lepra vor Ort, sie nähme auch vermehrt an der Suche nach neuen Fällen teil:

„Und jetzt, mit der Munizipalisierung, mit der parallelen Erziehungsarbeit, der Einbindung der Bevölkerung ..., beginnen sie selbst die Flugblätter zu lesen, die verteilt wurden, und die Interviews und einfachen Botschaften im Fernsehen anzuhören: ‚Wenn du einen tauben Hautfleck hast, der vergessen ist, tot ist, komm her, um zu untersuchen, ob es Hanseniasis ist!‘ Und dann fingen sie an zu suchen!“

Einer der Beteiligten fasste die obwaltende oder zumindest propagierte Sicht so zusammen:

„In Wirklichkeit ist der Chef nicht, zum Beispiel, der Gouverneur, es ist nicht der Gesundheitssekretär, der Chef ist der Benutzer [der Dienste].“

Alles in allem wurde ein sehr positiver Eindruck bezüglich erreichter Fortschritte auf dem Weg zur Demokratisierung der Gesundheitsversorgung vermittelt.

4.2.4.8 Fluss der Finanzen

Eine der heikelsten Fragen im Kontext der Dezentralisierung ist die des geplanten und tatsächlichen Verlaufs der Finanzströme im reformierten Gesundheitssystem. Die Interviewpartner bestätigten zum einen die schon weiter oben geschilderte Requirierung der Ressourcen durch Steuern, die dann zusammen mit Versicherungsbeiträgen in einem nationalen Fond gebündelt werden. Im übrigen waren die Meinungen geteilt. Einige hielten einen Missbrauch der Gesundheitsbudgets aufgrund seines beschränkten Rahmens für kaum denkbar:

„Nach meiner Kenntnis gab es keinerlei Fehlleitung von Budgetposten, gar nicht, obwohl viele es wollten. Aber diese bescheidenen Ressourcen, das ist eine Art, das Munizipium zur Investition seiner eigenen Ressourcen im Gesundheitssektor zu verpflichten.“

Andere berichteten von Missbräuchen; in einem Fall wurde die Rolle der Presse als „vierte Gewalt“ hervorgehoben:

„Aber mit anderen, die keinerlei Ausbildung haben, keinerlei Interesse und keinerlei Lebensperspektive kann so etwas hier wie in anderen Ländern passieren. Dies geschieht daher wirklich, der Missbrauch von Ressourcen, wie es die Zeitungen aufzeigen. Die Presse ist dazu da, so etwas aufzudecken.“

Ein anderer Gesprächspartner wies auf die notwendige Komplizenrolle der CMS hin:

„Von daher, um einen Missbrauch dieser Budgetposten zu haben, das kann also geschehen. Ein Missbrauch kann eintreten, aber mit der Zustimmung, mit der Zustimmung oder zumindest aufgrund der Nachlässigkeit der Räte, denn wer diese Ressourcen kontrolliert, das ist der *Conselho Municipal de Saúde*.“

Eine Stimme meinte, die Finanzflüsse seien undurchsichtiger als in der Vergangenheit:

„Ich finde, dass dies einer der großen Fehler der Dezentralisierung ist, denn wenn das alles so sein soll, dann muß das Geld direkt in der Hand des Verantwortlichen ankommen und nicht diesen Umweg machen, denn die Leute ziehen massiv ihren Vorteil daraus.“

Im krassen Gegensatz zu dieser Äußerung kamen mehrere Befragte zu der Auffassung, der Finanztransfer sei direkter und unmittelbarer denn je zuvor:

„Das Geld ging durch mehr Hände, denn es waren Ministerium, staatliches Gesundheitssekretariat, das Sekretariat überweist der Präfektur⁷³, die Präfektur leitet es den [gemeindeeigenen] Sekretären weiter, und bis es in einer Einrichtung ankam, ging es durch viele Hände. Heutzutage, im Prozess der Dezentralisierung, gehen die Ressourcen zu den Munizipien.“

Ein anderer Gesprächspartner wies auf die fortbestehende Kontrolle/Supervision durch das Zentrum und den daraus resultierenden Rechenschaftsdruck hin:

„Heute haben die Munizipien die Autonomie zu entscheiden, sieh einmal, das ist keine [so einfache] Angelegenheit. Sie sind keinesfalls so total isoliert, dass sie machen können, was sie wollen, keinesfalls. Sie haben eine vertraglich geregelte Programmierung, innerhalb derer sie einige Abmachungen erfüllen müssen. Die Ressourcen werden übermittelt, aber sie müssen erfüllen, was sie abgemacht haben.“

Gängiger als die Fehlleitung – und möglicherweise akzeptabler – war nach Darstellung vieler Interviewpartner die verspätete Weiterleitung von Geldern:

⁷³ Rathaus mit einem Präfekten (Bürgermeister) als Vorsteher

„Von daher wissen wir nicht, ob es wirklich Verspätungen oder vorübergehende Umleitungen sind, oder ob sie die Gelder umleiten und damit arbeiten und später aus einer anderen Quelle erstatten. Von daher finde ich, dass es keine Beweise gibt, dir zu sagen, die Ressourcen seien fehlgeleitet worden. Ich weiß nur, dass sie verrückt nach dem Aufbau dieser Teams [des PSF] waren, um diese Unterstützung zu erhalten. Und wer 70% abdeckt, erhält die Unterstützung. Daher ist genau dies unsere Sorge, dass die Menge der Teams zunimmt und die Qualität abfällt. Nun, dir zu sagen, es wird missbraucht, das können wir nicht beweisen, das können wir nicht sagen.“

4.2.4.9 Weitere Probleme des dezentralisierten Gesundheitssystems

Befragt nach weiteren Problemen des dezentralisierten Gesundheitssystems kamen die Informanten erneut auf zwei bereits unter 4.2.4.8 und 4.2.4.3 berührte Schlüsselthemen zu sprechen:

- Finanzmissbrauch
- fehlende Qualifikation von Politikern und Gesundheitspersonal

Obwohl die Themen nur unwesentlich vertieft wurden, seien einige repräsentative Zitate wiedergegeben. Zur Frage des Finanzmissbrauchs erklärte einer der Befragten:

„Das Problem hier ist, so finde ich, die Korruption. Sie wissen, nicht wahr, in einem Land der Dritten Welt gibt es viel Korruption, und die Budgets werden meistens fehlgeleitet. Und wir sehen, dass diejenigen, die diese Posten antreten, ihren Lebensstandard sehr schnell verbessern, und zwar einer nach dem anderen.“

Verantwortliche politische Posten würden mit vorwiegend nach politischen Kriterien besetzt. Dies habe bedauerliche Konsequenzen:

„Wenn wir ankommen, um mit dem Gesundheitssekretär zu sprechen, versteht er sogar, dass die Hanseniasis ein Problem jener Gemeinde ist. Er verspricht einzuschreiten, aber er überlässt alles dem Personal von *Alfredo da Matta*⁷⁴. Ich muß noch einmal von Personalressourcen reden. In vielen Munizipien ist der Gesundheitssekretär eine Person mit mittlerem Bildungsgrad, ohne jegliche Ausbildung auf dem Gebiet der Gesundheit.“

⁷⁴ FUAM

Einer der Informanten deutete die Notwendigkeit an, sich mit dem Geflecht von persönlichen Beziehungen auseinander zu setzen, um ein Verständnis für die Formation politischer Macht in Brasilien zu entwickeln:

„Aber die Dinge hier, vor allem in Maranhão, sind sehr persönlich ...“

Diese eher vage Bemerkung bleibt gleichzeitig vieldeutig. Sie erinnert aber an die in jeder Zivilisation vorzufindende Auseinandersetzung zwischen geschriebenem Recht und der durch persönliche Beziehungen geprägten realen Rechtskonstruktion. Gerade im Bundesstaat Maranhão sind bis zum heutigen Tage einige Oligarchen sehr einflussreich, deren Macht sich auf die Zeit der portugiesischen Kolonisation und Landnahme zurückverfolgen läßt.

4.2.4.10 Dezentralisierung und Privatisierung

Auch in Brasilien wird das Verhältnis zwischen öffentlichem Gesundheitsdienst und privaten Anbietern als konfliktträchtig bewertet:

„Es ist schwierig, es ist sehr schwierig, es gibt immer noch Widerstände. Wir haben während dieser Arbeit sogar mitbekommen, dass selbst im Kongress bezweifelt wird, dass das SUS funktioniert. Denn wenn das SUS funktioniert, macht es mit der Privatmedizin Schluss. Es wird mit ihr Schluss machen, denn das SUS wird es schaffen, die Bevölkerung zu versorgen. Und es gibt noch einen Punkt: Es ist das SUS, welches die private Versorgung im Lande zu regeln hat. Selbst wenn ich für eine private Einrichtung arbeite, muß ich gemäß der Normen des SUS arbeiten.“

Die Privatmedizin werbe mit ethisch bedenklichen Methoden um ihre Patienten, sie nutze vor allem den Glauben an teure diagnostische und therapeutische Verfahren aus:

„Eine Sache ist hier in der Kultur verankert, die die Leute gerne mögen. Zum Beispiel, während der ersten Untersuchung, die Inspektion, Sie palpieren, perkutieren und auskultieren. Heute [ist das] nicht so, [es gibt] eine ganze Batterie von Untersuchungen. Und die Leute sind äußerst beeindruckt, mit dieser Geschichte von Röntgen, von Ultraschall, ... was alles nicht nötig sein muß. Unglücklicherweise benutzen Personen schlechten Charakters diese Strategie, um aus der Unwissenheit der Bevölkerung ihren Nutzen zu ziehen.“

Nichtsdestotrotz kommt das SUS nicht ohne private Anbieter von Dienstleistungen aus:

„Das funktioniert gut in einer großen Stadt wie São Luís, wo es eine gewisse Rechenschaftspflicht gibt. Aber selbst in den großen Städten des Landesinneren kam es zu Verschiebungen. Denn in der Mehrzahl der Städte hier im Inneren von Maranhão haben die Präfekturen der Gemeinden kein eigenes Krankenhaus, anders gesagt, es gibt kein *Hospital Municipal*. Daher kommt es dazu, dass die Präfektur private Krankenhäuser unter Vertrag nehmen muß, ihnen die Ressourcen überweist, und die Kriterien dafür sind politische.“

Aber auch die öffentliche Gesundheitsversorgung findet ihre Unterstützung. Der Mitarbeiter eines staatlichen Gesundheitssekretariates gibt sich kämpferisch:

„Der private Sektor ist daran interessiert, sich alles einzuverleiben. Aber es ist an uns, die wir in *Public Health* arbeiten, dies zu verhindern und uns dafür einzusetzen, dass dies nicht passiert. Und genau dies geschieht mit dem brasilianischen Volk, die Einfügung [der Garantie auf Gesundheitsversorgung] in die Verfassung war eine Errungenschaft des Volkes. Sie wurde nicht per Kussband zugestanden, es war eine Errungenschaft des Volkes von Brasilien. Es war ein Kampf des brasilianischen Volkes, und das Volk wird weiter dafür kämpfen, dass die Dienste auf die bestmögliche Weise funktionieren ... Das ist genau das, was ich gesagt habe, Herzchirurgie, Implantate, Transplantationen in diesem Land, das macht alles das SUS. Das private System will keine Partnerschaft, weil das niemand bezahlt. Wer bezahlen muß, ist das SUS selbst.“

Nicht ohne Bedeutung dürfte die Position der hochrangigen politischen Entscheidungsträger sein:

„Nein, nein, der Wettkampf ist nicht zuende. Bisher ist das öffentliche Gesundheitssystem stärker als das private, gerade mit dem PSF, weil sich der Staat nach wie vor in gewisser Form um die Mehrheit der Bevölkerung kümmert.“

Auf die Rolle von PACS und PSF in diesem Zusammenhang wird unter 4.2.4.13 noch einmal eingegangen.

4.2.4.11 Widerstände

Allgemein wurde nur von moderatem Widerstand gegen die Dezentralisierung berichtet. Es wurden vier Gründe für solchen Widerstand ins Spiel gebracht. Zum einen wehrten sich mitunter Angestellte gegen die Überführung ihres Arbeitsvertrages von bundesstaatlicher auf municipale Ebene:

„Widerstand gegen die Dezentralisierung gab es in Brasilien, denke ich, sogar aus Unkenntnis. Zum Beispiel glaube ich, dass einer der größten Widerstände von den Technikern ausging, die zu dem Zeitpunkt alle in der *Secretaria Estadual de Saúde* arbeiteten und die langsam unter die Leitung des Munizipiums überführt wurden.“

Ärzte wandten sich gegen die Aufgabe der Gepflogenheit, während durch den Staat bezahlter Arbeitszeit privaten Tätigkeiten nachzugehen:

„Denn die Mehrheit der Ärzte, die älteren, sagen wir, sind dagegen. Sie finden, dass ein Arzt vor allem im öffentlichen Sektor [lediglich] Sprechstunden ableisten muß. Und die Mehrheit hat andere Verpflichtungen, hat eine private Klinik, eine private Praxis und verfügt nicht über acht Stunden, um im öffentlichen Dienst zu bleiben.“

Andere Mitarbeiter des öffentlichen Dienstes hatten eine Kultur des Müßigganges während der Arbeit entwickelt:

„Im Gesundheitswesen treffen wir auf zahlreiche ältere Personen, immer noch Mitarbeiter, die diese Art Verhalten pflegen: Sie kommen im Posten an, und statt zu arbeiten, entspannen sie sich. Er habe schon alles im privaten Krankenhaus gegeben, habe schon viel gearbeitet, ist supermüde und müsse sich jetzt erholen. Und in diesem Punkt muß die Fachkraft sich ändern.“

In einem Fall verwies ein Informant darauf, dass in Referenzzentren tätige Ärzte peripheren Posten misstrauten. Sie fürchteten, die Leprapatienten blieben ohne die notwendige Kontrolle, obwohl sie selbst in ihrem Zentrum eine hohe *defaulter rate* zu beobachten hätten.

4.2.4.12 Rolle des Zentrums

Auch in einem sinnvoll dezentralisierten System verbleiben diverse Funktionen häufig beim Zentrum:

- normative Funktion
- Kontrolle und Supervision
- Korrektur, notfalls Sanktionen

Der Erhalt der normativen Funktion des Zentrums blieb in Brasilien über jeden Zweifel erhaben: Es existiert ein umfangreiches normatives Regelwerk von allgemeinen Vorgaben bis hin zu Details der Leprakontrolle, und es wird sehr wohl in die Peripherie disseminiert. Ebenso wird in Brasilien die Kontrolle resp. Supervision der Munizipien sehr offensichtlich sehr ernst genommen, so dass auch dieser Themenkreis nicht extensiv debattiert wurde. Ein Befragter meinte, die Supervision müsse Verbesserungen für die Zukunft statt Rechenschaft für die Vergangenheit zum Inhalt haben:

„Nur dass diese Supervision, um *in loco* zu gehen, um zu checken, nicht jene Supervision ist, die traditionell in Brasilien durchgeführt wurde, nämlich die Supervision zur Rechenschaftsabnahme. Nein, es ist eine beratende Supervision, die Fehler zu akzeptieren in der Lage ist.“

Die Interviews konzentrierten sich vor allem auf die Frage, inwieweit bei der zweifelsohne stattfindenden Supervision aufgedeckte Defizite bzw. Missstände korrigiert werden und ob das Ausbleiben einer solchen Korrektur – wie in der Gesetzgebung vorgesehen – zu Sanktionen führt. Alle Befragten waren sich einig, dass Sanktionen recht konsequent angewandt würden:

„Ich kann nur etwas vorschlagen, wenn ich auch Finanzen zur Verfügung habe, die für diese Aktion freigegeben werden können. Und wenn Sie das nicht machen, werden Sie einschließlich juristischer Strafverfahren verantwortlich gemacht. Und dies nagelt die Leute fest, die häufig – [selbst] wenn die Inzidenz der Hanseniasis hoch ist – irgendeine Sache durchziehen wollen, die nicht prioritär ist.“

Die Maßstäbe, die bei der Zuwendung von Finanzen und auch bei der möglichen „Disqualifizierung“ der Munizipien zur Anwendung gelangen, werden von vornherein klar und deutlich festgelegt:

„Eine Sache, die ich in Bezug auf das Hanseniasis-Programm sehe, ist die: Als die Munizipien dabei waren, sich für die Basisversorgung⁷⁵ zu qualifizieren, wurden an sie einige Forderungen gestellt, die darin bestanden, für einige Programme – darunter das Hanseniasis-Programm – Zielvorgaben festzusetzen. Die Nichterfüllung dieser Zielvorgaben würde einen Grund zur Disqualifizierung darstellen.“

Es wurde somit eindeutig der Eindruck vermittelt, Sanktionen würden zügig und zielorientiert zur Förderung einer erfolgreichen Dezentralisierung eingesetzt.

⁷⁵ vgl. 4.2.2.4: erste Stufe der Dezentralisierung

4.2.4.13 *Public Health* und dezentralisiertes System

Durch das Gedankenmodell von *Public Health* vorgegebene Aspekte fanden – so versicherten alle Befragten – im reformierten brasilianischen Gesundheitssystem durchaus ihren Widerhall. Eine Schlüsselrolle nehmen dabei die Programme PACS und PSF ein, die eine lückenlose territoriale Abdeckung des ganzen Landes mit präventiv wie kurativ tätig Gesundheitsagenten, Krankenpflegern/-schwestern und „Familienärzten“ anstreben:

„Daher arbeiten heute praktisch im Lande die Munizipien, und den Munizipien wird ein finanzieller Anreiz zugewiesen, damit sie mit dieser Strategie PSF und PACS arbeiten. Die gesamte Fürsorge der Bundesregierung im Gesundheitssektor basiert auf dieser Strategie.“

Die dem PSF zugrundeliegende Denkweise ist die einer multidimensional orientierten *Primary Health Care*:

„Das PSF kommt mit einer Strategie, die dieses auf Medikament/Arzt/Krankenhaus beruhende Modell umzudrehen beabsichtigt. Es versucht, der Prävention eine andere Dimension zu verleihen, was das wirkliche Modell der Gesundheitsfürsorge ist, [statt] Krankheitsfürsorge die Gesundheit an und für sich zu fördern.“

Das PSF sucht darüber hinaus, traditionelle Hierarchien und Verantwortlichkeiten zu modifizieren:

„Wir sehen daher, dass der Vorschlag darin besteht, sowohl die Bevölkerung als auch die Gesundheitsagenten auf gleicher Ebene in Entscheidungsfindung und Verantwortung miteinzubeziehen, um das [epidemiologische] Profil vor Ort zu ändern.“

Diese Strategie intensiviere die Anbindung der Bevölkerung an die Gesundheitsdienste:

„Was wir sehen ist, dass in den kleinen Gemeinden nicht der Arzt der Verantwortliche ist. Es ist eine Krankenschwester, ein Gesundheitsagent. Und es scheint, dass sie sehr viel festere Bindungen der Verantwortlichkeit entwickeln.“

Die Denkart der Beteiligten verändere sich mit den Neuerungen:

„Und das ändert sich, sei es gut oder schlecht, es fängt an, sich zu ändern. Die Leuten haben eine andere Art von Mentalität.“

Aller Voraussicht nach wirke sich diese Strategie auch auf die Leprakontrolle aus:

„Von dem Moment an, wo diese 157 Teams⁷⁶ ausgebildet sind, trainiert sind, alle Agenten um die Fallsuche wissen, die Fälle weiterzuleiten wissen, wenn sie dann ihre Aktivitäten wie geplant durchführen, dann – denke ich – werden wir alle Verdachtsfälle entdecken können.“

Zum PSF äußerte sich keine einzige kritische Stimme.

4.2.4.14 Qualität der Gesundheitsdienste und Ausbildungsstand des Personals

Die Qualität der Gesundheitsdienste hängt selbstverständlich unter anderem eng mit dem Ausbildungsstand des Personals zusammen. Beides sind komplexe Themen, die auch im Kontext der Implementierung der Dezentralisierung und demjenigen weiterer Probleme oben im Text bereits angerissen wurden. Ähnlich wie bei der Wiedergabe der in Kolumbien durchgeführten Interviews sollen diese Themen aber auch hier als gesondert besprochene Problemkreise ihren eigenen Platz finden.

Ein Informant beschrieb anschaulich die Verbindung zwischen Training und Qualität:

„Sie wissen genauso wie ich, der Impfstoff gegen Hanseniasis heißt Information. Was wir daher gemacht haben in dieser Zeit, die ich im Programm bin, war diese Sache, die Information zu vervielfachen, nicht nur für das Volk, was so wichtig ist, sondern auch für den Mitarbeiter im Gesundheitsdienst, den Pflegehelfer, den Techniker, den Krankenpfleger, den Labortechniker und den Arzt, und zwar dergestalt, dass heute alle Posten über Leute verfügen, die vorbereitet sind zu arbeiten, diese Krankheit zu erkennen, darüber zu informieren. Ich finde daher, dass dies eine Form ist, Aktivitäten zu dezentralisieren.“

Der Erfolg des Trainings sei auch im Feedback aus der Peripherie spürbar, sowohl was den Kenntnisstand der Laien als auch denjenigen des Fachpersonals betrifft:

„Gute Dienste sind im Kommen. Heute kommt der Patient zu Ihnen und sagt: ‚Schauen Sie nur, ich glaube, ich habe Hanseniasis.‘ Ich frage: ‚Wie kommen Sie darauf?‘ Und er sagt: ‚Das liegt daran, dass es hier halb taub ist.‘ Ich hatte einen Patienten mit gutem sozioökonomischen Niveau, und er kam an, weil er eine abdominale Ultraschall-Untersuchung hatte durchführen lassen. Und als der Arzt den Ultraschall machte, sah er den Hautflecken. Da machte er dann den [Sensibilitäts-] Test

⁷⁶ des hier angesprochenen Bundesstaates

und sagte ihm: „Gehen Sie zu dem und dem Ort, denn ich denke, Sie haben ein Problem, das mit diesem Flecken zu tun hat.“

Aus der Sicht des supranationalen Referenzzentrums *Fundação Alfredo da Matta* stellt sich die Situation ähnlich dar:

„Wenn die *Fundação Alfredo da Matta* als Referenzzentrum gearbeitet hätte, bis heute nur als Referenzzentrum gearbeitet hätte, ohne das gesammelte Wissen weiterzutragen, ohne die Informationen zu teilen, dann wären wir vielleicht heute noch dabei, die ersten Schritte auf dem Wege zur Eliminierung der Hanseniasis zurückzulegen und der Nachholbedarf wäre viel größer als der, den wir heute haben.“

Diese Erfahrungen sind jedoch keine uniformen. Eine Gesprächspartnerin beklagte sich:

„Ich finde, es fehlt an Struktur in den Munizipien. Obwohl wir viel Training durchgeführt haben, versorgen die Ärzte in den Gesundheitsposten [die Leute] nicht richtig. Das [schon] trainierte Personal ist in einem Ausmaß unsicher, das ich absurd finde. Heute zum Beispiel empfangen wir einen Patienten mit einer Überweisung aus einem Viertel in der Peripherie. Der kommt dann mit der Beschreibung einer Macula mit Sensibilitätsstörung, um die Diagnose der Hanseniasis zu bestätigen. Ich finde das absurd, denn wir haben derartig viel dahingehend trainiert, klinisch die Hanseniasis festzustellen. Ich mache den Test [also] noch einmal und schicke [den Patienten] mit einer Bestätigung zurück. Das ist reine Zeitverschwendung, so empfinde ich das.“

Auch andere Interviewte teilten diese Sichtweise:

„Ich finde, wir sind an dem Moment angekommen, obwohl, wenn ich darüber rede, gibt es sogar Kritik, aber ich finde, wir sind an dem Moment angekommen, wo wir alles überdenken müssen. Denn wenn wir im Laufe dieser Jahre, in denen Training durchgeführt wird, keinen erhofften Erfolg sehen, ist dann nicht der Moment gekommen, alles zu überdenken?“

Ein in vielen Ländern den Erfolg regelmäßigen Trainings beeinträchtigendes Problem kommt auch in Brasilien zum Tragen, die Fluktuation des Personals:

„Wir haben daher mitbekommen, dass es einige Orte gibt, wo es irgendein Problem mit der Dezentralisierung gab. Das bezog sich auf die fehlende Bindung des jeweiligen Teams von Fachkräften in der Einheit. Es gab keine Übergabe, einer kam, fing an und ging wieder. Dann kam ein anderer, und alles fing von vorne an. Er mußte [von neuem] ausgebildet werden.“

Mehrere Gesprächspartner wiesen auf den gesteigerten Zufriedenheitsgrad der versorgten Patienten als ein in der Vergangenheit vernachlässigtes Qualitätsmerkmal hin:

„Heute wollen sie nichts mehr davon hören, der alte Stil solle wiedereingeführt werden. Es gibt andere Einrichtungen, es gibt nahegelegene Einrichtungen, aber sie sind zufrieden mit dem Typ von Schwerpunktsetzung im Gesundheitswesen, den sie erhalten. Ich habe sehr positive Informationen bezüglich des PSF, nicht nur von hier, sondern vom PSF in [ganz] Brasilien.“

Die Mehrzahl der Befragten neigte mithin zu einer verhalten positiven Bewertung.

4.2.4.15 Therapie und Kontrolle der Lepra

Auf die Komplexität der Leprakontrolle wurde bereits mehrfach eingegangen. Die Informanten bewerteten den Einfluß der Dezentralisierung auf fast alle Aspekte als neutral bis sehr positiv. So sei die Planung für Leprakontrolle einfacher geworden:

„Wenn das Munizipium seinen Gesundheitsplan aufstellt, fünf Jahre Gesundheit, ein Fünfjahresplan für Gesundheit, dann sind Hanseniasis und Tuberkulose Prioritäten. Sie finden sich in unserem Gesundheitsplan, das macht die Sache einfacher.“

Ähnliche galt für die Suche nach Leprafällen:

„Sie bekommen das Training, und wenn jene Fachkraft einmal den Aktivitäten verpflichtet ist, wird er alles machen, was er immer schon gemacht hat, einschließlich der Kontrolle von Kontaktpersonen.“

Die (kostenlose) Medikamentenversorgung wurde als exzellent beschrieben, allerdings käme es mitunter in der Peripherie zu Engpässen:

„Vor kurzem übertrugen wir die Verantwortung für die Verteilung an die *Assistência Farmacêutica*⁷⁷ des Staates. Und schon bemerkten wir Probleme in Bezug auf die Verteilung, etwa so: Ein Munizipium erhielt mehr als es dürfte, und ein anderes, das mehr hätte erhalten müssen, erhielt weniger. Aber wir haben diesen Fehler jetzt entdeckt und werden dies Problem schon in den Griff bekommen.“

Auch das über die antiinfektiöse Therapie der Lepra hinausgehende Konzept der *Prevention of Disabilities* vom Moment der Diagnosestellung an beginne sich langsam

⁷⁷ bundesstaatliche Verteilungsstelle für Medikamente

durchzusetzen. Trotz vieler Verzögerungen stellte eine der Befragten stellvertretend für die Mehrheit fest:

„Wir haben schon viele Munizipien mit einem Training in der Vorbeugung von Behinderungen und jetzt [auch] mit einer neurologischen Beurteilung [der Patienten].“

Die gezielte Supervision im Bereich der Leprakontrolle werde fortgeführt:

„Daher lassen wir das PSF nicht alleine mit diesem Problem, ohne auf eine gewisse Art zu helfen. Wir behalten die Supervision dieses PSF bei.“

Die meisten Probleme bereitete offensichtlich die Fortführung des epidemiologischen Informationssystems, wobei simultan zur Dezentralisierung mehrere Änderungen am zentral erarbeiteten Computerprogramm vorzunehmen waren. Es ergaben sich technische Ausfälle des Programmes, zudem leiteten die PSF-Zentren und die Munizipien die Daten häufig gar nicht oder zu spät weiter. Auch wurde Disketten nicht von den regionalen Referenzzentren in die Hauptstädte weitergeleitet. Schließlich erwies sich die neueste Version des Programmes SINAN nur als bedingt kompatibel mit dem bisher implementierten Informationssystem zur Leprakontrolle. All diese Probleme hätten aber ernstere Auswirkungen auf die Qualität der zentral gesammelten Daten denn auf die Arbeit in der Peripherie gehabt:

„Ich finde, dass die Dezentralisierung die Suche nach Therapieabbrechern nicht beeinträchtigt hat, im Gegenteil, sie hat sie verbessert.“

Die für die praktische Arbeit relevanten Bereiche des Informationssystems waren somit offensichtlich weniger betroffen.

4.2.4.16 Perspektiven des dezentralisierten Systems

Die überwältigende Mehrheit der Gesprächspartner vertrat die Auffassung, die Dezentralisierung im brasilianischen Gesundheitssystem sei ein irreversibler und höchst begrüßenswerter Reformprozess. Stellvertretend für die anders denkende Minderheit sei folgendes Zitat angeführt:

„Wenn wir das Glück hätten, zuverlässige Teams auszubilden, die ehrlich sind, die integer und zugewandt sind, alles in Ordnung, aber dabei bleibt es auch ... Die Zukunft, wir wissen nicht, was die Zukunft bringt. Also, wenn die Leute diesen Vorschlag ... respektieren würden, das wäre fantastisch. Aber, mit Blick auf die 500 Jahre [Geschichte], die Brasilien hinter sich gebracht hat, haben wir keinesfalls eine besonders gute Aussicht.“

Die meisten Informanten hielten den eingeschlagenen Weg für die beste Lösung:

„Ich finde, dass es keinen anderen Weg gibt, denn der Bürger muß die Antwort [auf seine Probleme] dort finden, wo er lebt. Ich finde, wir sollten diese Schief lagen bekämpfen, die heute existieren, diese Schwierigkeiten ..., aber ich finde, es gibt keinen anderen Weg. Der Weg ist genau dieser, wir sind schon um einiges fortgeschritten. Ich glaube, wir sind schon um einiges fortgeschritten, trotz aller Schwierigkeiten. Ich finde, dies ist der Weg, und wir werden es schaffen, [die Lage] zu verbessern.“

Die Rolle des PSF wurde auch in diesem Kontext unterstrichen:

„In den nächsten fünf Jahren wird sich dies in ein Fieber verwandeln. Es findet ein Phänomen in Brasilien statt, wir sind dabei – nach [vorliegenden] Information – mehr Familienärzte auszubilden. Bis vor kurzem wurden nur Spezialisten ausgebildet, der Typ verstand bloß etwas vom Gehörgang.“

Ein anderer Interviewpartner griff zur Allegorie des Kampfes zwischen Gut und Böse:

„Denn wer Finanzen transferiert, transferiert auch Macht, und wer Finanzen erhält, erhält Macht. Nun, klar, dass es in diesem Prozess, in dieser Umgebung, Verantwortliche und Unverantwortliche gibt, es existieren gute und schlechte Manager. Meiner Meinung nach ist die Tendenz die, dass sich die guten Manager über die schlechten hinwegsetzen und dass die Munizipalisierung dahin tendiert, ein Erfolg zu werden.“

Vielleicht fasst folgende Stimme den allgemeinen Konsens am besten zusammen:

„Ich finde, dass die Dezentralisierung eine Art zu demokratisieren ist und den Leuten Zugang dazu zu garantieren, dass sie vortragen können, was sie bedrückt. Und Sie hören, wer das Subjekt der Aktivitäten ist, dass heute die Leute leider immer noch in einigen Situation ... wie ein Objekt behandelt werden ... Doch nein, sie sind das Subjekt, es sind Leute, die leiden, die fühlen, die weinen, die lieben und von denen [letztlich] der Erfolg gleich welcher Aktion abhängt. Ich denke, dass die Dezentralisierung ganz genau der zu verfolgende Weg ist, um eine Plattform für eine solche Humanisierung zu finden.“

4.3 Zusammenfassung

Es erscheint sinnvoll, die wesentliche Resultate kurz zu subsummieren. Bezüglich der Entwicklung epidemiologischer Indikatoren in Kolumbien und Brasilien während der Dezentralisierung läßt sich Folgendes feststellen:

- Während in Kolumbien 1999 nur 1,6 neue Leprapatienten pro 100.000 Einwohner entdeckt wurden, lag dieser Wert in Brasilien zwischen 35 (Mato Grosso do Sul) und 140 Fällen (Mato Grosso). Diese Zahl nimmt in Kolumbien tendenziell ab, in einigen brasilianischen Bundesstaaten (Maranhão!) eher noch zu. Kolumbien gehört somit zu den Ländern niedriger, Brasilien zu denjenigen hoher Endemizität. Eine Beziehung dieser Werte zum Verlauf der gesundheitspolitischen Reformen läßt sich nicht etablieren.
- Auch die Betrachtung anderer epidemiologischer Indikatoren (Anteil von Kindern, multibacillären und behinderten Patienten, Prozentsatz der Rückfälle) erlaubt keinerlei Rückschlüsse auf die Auswirkungen der Dezentralisierung. Auffällig sind – wohl unabhängig von den Veränderungen im Gesundheitssystem – die reportierte hohe Rückfallquote in Kolumbien und die kontinuierlich auf mittlerweile über 20% ansteigende *child rate* in Maranhão. Wahrscheinliche Erklärungen sind im erstgenannten Fall wohl Fehlklassifikationen, im zweiten Fall die weiterhin sehr aktive Transmission der Lepra.

Nichtsdestotrotz wirft die Betrachtung dieser Indikatoren ein Schlaglicht auf die epidemiologischen Rahmenbedingungen der Leprakontrolle.

Das Studium für die Dezentralisierung relevanter Gesetzestexte lieferte folgende Ergebnisse:

- In einer Reihe entscheidender Gesetzblätter (*Ley 10*, *Ley 60* und *Ley 100* von 1990-93 in Kolumbien; Verfassung, *Lei 8.080*, *Lei 8.142* und NOB 1988-96 in Brasilien) wurden den Bürgern in beiden Ländern ein Recht auf umfassende Sozialversicherung (Kolumbien) bzw. auf uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung (Brasilien) eingeräumt.
- Leitende Prinzipien der durch diese Gesetzestexte festgelegten Gesundheitsreform waren zudem in beiden Ländern die Betonung der Bedeutung präventiver Medizin

sowie die Förderung von Dezentralisierung und von Mitbestimmung der Bevölkerung bei gesundheitspolitischen Entscheidungen. Zielebene der Dezentralisierung ist die Gemeinde – das Munizipium.

- In den benannten Gesetzen wie in zusätzlichen Dekreten wird bis ins Detail geregelt, an welche Bedingungen die Dezentralisierung hin zur eigenständigen Gesundheitsfürsorge des Munizipiums geknüpft ist, wie die Finanzströme verlaufen sollen und welche Kontrollmechanismen existieren.

Die Durchsicht weiterer nur vor Ort zugänglicher Quellen (Printmedium von der wissenschaftlichen Abhandlung bis hin zum Zeitungsartikel) verschaffte eine Reihe zusätzlicher Eindrücke:

- Die kolumbianische Gesundheitssystemreform wurde von verschiedenen Seiten (einschließlich des nationalen Rechnungshofes) vehement kritisiert. Zwar sei der Anteil des Gesundheitssektors am Sozialprodukt erheblich und erfreulich gestiegen, doch seien diese zusätzlichen Finanzmittel weitestgehend von der Administration verschlungen worden. Trotz Einschluss der ganzen Familie in die Sozialversicherung der Versicherten blieben weite Kreise der Bevölkerung ohne jeglichen Schutz. Zudem sei statt einer Betonung präventiver Aspekte in der Gesundheitsfürsorge vor allem die Merkantilisierung des gesamten Systems zu beobachten. Ihr fielen nicht zuletzt auch die Ärzte zum Opfer.
- In den brasilianischen Printmedien wird vor allem die Absicherung der Dezentralisierung durch die Strategie des PSF seit 1997 mit verhaltenem, aber eindeutigen Optimismus verfolgt. Die raschen Fortschritte bei der Implementierung des Programmes werden als die große Chance bewertet, die Ärzte auch in die präventive Medizin einzubinden und die Demokratisierung des Gesundheitssystems zu sichern.

Die folgende Tabelle stellt schlagwortartig die wichtigsten Ergebnisse der semi-strukturierten Interviews nach Themenkategorien und Ländern geordnet zusammen:

Themenkategorie	Kolumbien	Brasilien
<i>Vorgeschichte</i>	externe Einflüsse evtl. externer Druck neoliberalistische Ideale	externe Einflüsse <i>Movimento Sanitário Brasileiro</i> Ende der Militärdiktatur
<i>Zielsetzung</i>	erhöhter Deckungsgrad vermehrte Effizienz Machtverlagerung in die Peripherie Privatisierung?	erhöhter Deckungsgrad Gesundheit als Grundrecht Mitbestimmung der Bevölkerung
<i>Implementierung</i>	fehlende politische Flankendeckung Abschieben von Verantwortlichkeit fehlende periphere Kompetenz politische Patronage Kollaps öffentlicher Einrichtungen Kollaps der Leprakontrolle Ohnmacht der Legislative	fehlende Flankendeckung fehlende periphere Kompetenz und Strukturen Kollision mit verkrusteter Mentalität
<i>Erreichte Verbesserungen</i>	Mitversicherung der Familie Mitbestimmung der Bevölkerung	generell verbesserte Leprakontrolle lokal angepaßte Versorgung
<i>Zugang</i>	kostenfreie Lepratherapie Hürden vor SISBEN Klientelismus im SISBEN Schutzlosigkeit nicht Versicherter Lücken und Tücken des SISBEN	verbesserter ökonom. Zugang verbesserter geograph. Zugang Dezentralisierung in die Peripherie des Munizipiums?
<i>Equität</i>	Ohnmacht der armen Gemeinden Willkürlichkeit der Finanzzuweisungen	Zuwendung pro Einwohner zahlreiche Kompensationsmechanismen
Community participation	Wortspiel? Echte Mitbestimmung?	hohe Partizipation Lepratherapie in der Nachbarschaft
<i>Fluss der Finanzen</i>	hohe Verwaltungskosten hohe Personalkosten unmittelbarer Missbrauch	direkter Finanzfluss Rechenschaftspflicht d. Munizipien Fehlleitungen und Verzögerungen
<i>Weitere Probleme</i>	Auflösung der Verantwortlichkeit mangelnde periphere Infrastruktur mangelnde periphere Kooperation verzögerte Finanztransfers Desinteresse der Bevölkerung Zersplitterung der Ärzteschaft	Korruption der Verantwortlichen Inkompetenz der Verantwortlichen
<i>Privatisierung</i>	ruinöser Wettbewerb privater Anbieter Diktat des Kommerzes	dubiose Privatmedizin vereinzelte Abhängigkeiten massive Rückendeckung für das SUS
<i>Widerstände</i>	fehlender Widerstand Fehleinschätzung der Destruktivität	Verpflichtungen außerhalb des SUS Bequemlichkeit
<i>Rolle des Zentrums</i>	normative Funktion Fehlen von Kontrolle und Sanktionen	normative Funktion existente Kontrolle und Sanktionen
Public Health	Unverständnis und Desinteresse kontraproduktives Splitting PAB - POS	<i>Primary Health Care</i> wichtiges Ziel Demokratisierung der Gesundheitspflege
<i>Qualität u. Ausbildung</i>	Reduktion von Qualität auf Effizienz Personalwechsel Unkenntnis der Lepra	widersprüchliche Einschätzung der Effektivität des Trainings Personalwechsel
<i>Leprakontrolle</i>	Kollaps der Feldarbeit unberührte Chemotherapie PoD-Fortführung dank DAHW Kollaps des Informationssystems	verbesserte Feldarbeit unberührte Chemotherapie PoD ausbaubedürftig Informationssystem im Wandel
<i>Perspektiven</i>	Zeitfaktor, „Spiel“ mit Gesundheit Kollaps von <i>Public Health</i> Inkompatibilität mit Korruption	Dezentralisierung als einziger Weg breite, nicht vollkommene Akzeptanz Humanisierung der Gesellschaft

Tabelle 5: Synoptische Zusammenstellung wesentlicher Ergebnisse aus 39 semi-strukturierten Interviews (2000/01 Kolumbien und Brasilien)

* * * * *

5. Diskussion

5.1 Einführung

Die vorliegende Arbeit beabsichtigte, den Typus der in Kolumbien und Brasilien implementierten Dezentralisierung zu identifizieren, die der Reform zugrundeliegenden Interessen zu hinterfragen und schließlich die Auswirkungen der Dezentralisierung auf die Gesundheitsversorgung im allgemeinen sowie die Leprakontrolle im besonderen zu beforschen.

Die epidemiologischen Aspekte der Aspekte werden in der Folge kurz noch einmal betrachtet; sie erleichtern eher das Verständnis des Szenarios der Leprakontrolle an sich denn eine Bewertung der Dezentralisierungsbemühungen.

Die in beiden Ländern erhobenen Studienresultate decken sich in einigen Kernbereichen, weisen jedoch in vielerlei Hinsicht beachtliche Divergenzen auf. Grundsätzlich wurden die Erfolge und Aussichten der Dezentralisierung in Brasilien wesentlich positiver bewertet. Gemeinsamkeiten und Unterschiede werden in getrennten Abschnitten und im Lichte anderer Forschungsergebnisse diskutiert. Sie werden in Beziehung zu den Forschungsfragen gesetzt. Das besondere Interesse gilt der Frage, welche ländervergleichenden Unterschiede in den Voraussetzungen und durchgeführten Maßnahmen zu unterschiedlichen Ergebnissen führten.

Abschließend werden die Validität, die Relevanz der Studie und der Grad der Generalisierbarkeit erörtert.

5.2 Epidemiologische Aspekte

Wie schon unter 4.3 festgestellt, ist Kolumbien mit 1,6 neuen Leprafällen pro 100.000 Einwohner im Jahr 1999 ein Land niedriger Endemizität, Brasilien dagegen mit 35-140 Patienten pro 100.000 Einwohner je nach Staat ein Land mit hoher Endemizität. Dieser Wert ist in Kolumbien tendenziell am Abfallen, in einigen brasilianischen Bundesstaaten noch ansteigend. Es bleibt jedoch kurz und bündig festzuhalten, dass die Betrachtung

dieser und anderer gängigerweise im Informationssystem von Leprakontrollprogrammen erfassten Indikatoren im Falle Kolumbiens und Brasiliens keine Rückschlüsse auf die Auswirkungen der Dezentralisierung zuließ. Die Hauptgründe sind:

- mangelhafte Verlässlichkeit der Daten (Fehlerfassung und –kalkulation)
- mangelhafte Validität der Daten (Fehlinterpretation)
- Vielzahl von *confounding factors*

Wie schon mehrfach herausgehoben: Selbst wenn die Verlässlichkeit (Stimmen die Zahlen?) der in der Regel mit defizienten Informationssystemen zusammengetragenen Daten gegeben wäre, wenn darüber hinaus die Validität (Wurden wirklich „Inzidenz neuer Fälle“, „Rückfälle“ usw. gemessen?) gesichert wäre, machte die Unzahl der die Indikatoren beeinflussenden Faktoren die isolierte Zuordnung von Trends zu Änderungen im Gesundheitssystem unmöglich. Dies Problem – der Mangel an zuverlässigen quantifizierbaren Indikatoren – ist in der Gesundheitssystemforschung der Regelfall (Wille 1999). Auf der Erfassung solcher Parameter beruhende Studienergebnisse (Ali, Rao und Nayak 1998; Biswal et al 1998; Ramesh, Pasupathy und Samuel 1998; Liaquat Ali et al 1998; Ramachandran et al 1998; Jain et al 1998) sollten daher mit Vorsicht interpretiert werden. (Die letztgenannten Studien erfassten allerdings während der Integration der indischen Leprakontrolle einen komplexeren Satz von Indikatoren; sie beurteilten die Auswirkungen der Dezentralisierung tendenziell positiv.)

Umgekehrt jedoch ist die Kenntnis der unter 4.1.1 und 4.2.1 beschriebenen epidemiologischen Rahmenbedingungen wichtig für das Verständnis gewisser Phänomene im Prozess der Gesundheitsreform: Die große Bedeutung, die der Leprakontrolle in der brasilianischen Gesetzgebung beigemessen wird (Ministério da Saúde 2000c⁷⁸), versteht sich vor dem Hintergrund der fortbestehend hohen Rate neu entdeckter Patienten wesentlich besser. Ebenso ist es plausibel anzunehmen, dass die niedrige *case detection rate* in Kolumbien – wie auch in der Literatur bemerkt (Warndorff & Warndorff 1990) – sich mangels Praxis eher negativ auf die Qualität von Diagnostik und Therapie der Lepra auswirkt.

Beim Blick über den rein epidemiologisch relevanten Horizont hinaus werden in zahlreichen Seuchenkontroll-Programmen auch operationelle Indikatoren erfasst. Einer

⁷⁸ *Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil*

der griffigsten dieser Indikatoren ist die Verfügbarkeit von Medikamenten. Wesentlich gestützt auf diesen Wert stellte Bosman (2000) seine vernichtende Diagnose der Auswirkungen der Gesundheitsreform auf die Tuberkulosekontrolle in Sambia. Dieser operationelle Schlüsselindikator (Verfügbarkeit der MDT) wurde im Fall der vorliegenden Arbeit indirekt durch die semi-strukturierten Interviews beurteilt: Medikamente seien zu jedem Zeitpunkt vorhanden gewesen.

Nichtsdestoweniger bleibt zu konstatieren: Eine Aussage über die Auswirkungen der Dezentralisierung der Gesundheitssysteme Kolumbiens und Brasiliens anhand der Betrachtung von routinemäßig bei der Leprakontrolle erfassten Indikatoren ist nicht möglich.

5.3 Gemeinsame Erfahrungen in Kolumbien und Brasilien

Eine Reihe von Voraussetzungen und Erfahrungen während der Dezentralisierung wurden gleichermaßen aus Kolumbien wie aus Brasilien zugetragen. Es kann vermutet werden, dass derartige Erfahrungen zumindest im südamerikanischen Kontext charakteristisch für die Dezentralisierungspolitik sind. Sie werden nun mit den Ergebnissen anderer Untersuchungen querverglichen.

Sowohl in Kolumbien als auch in Brasilien beinhaltet die legislative Zielvorgabe die Verbesserung des Deckungsgrades der Bevölkerung mit Gesundheitsdiensten. Dies Ziel deckt sich sinngemäß mit der Erleichterung des – ökonomischen, geographischen usw. – Zugangs. Sozialversicherung (Kolumbien) bzw. Gesundheitsversorgung (Brasilien) werden als einklagbare Grundrechte des Bürgers definiert. Erklärtes Ziel ist es zudem, Entscheidungskompetenz (also Macht) vom Zentrum in die Peripherie zu verlagern. Die Verwaltungseinheit, zu der hin dezentralisiert werden soll, ist in beiden Ländern das Munizipium. „Weiter peripher“ soll jedoch zudem das Mitwirkungsrecht der Bevölkerung gestärkt werden. Die Möglichkeit, private Anbieter im Bedarfsfall mit in dies System einzubeziehen, wird in beiden Fällen ausdrücklich eingeräumt.

Der angestrebte Typ der Dezentralisierung kann demgemäss in beiden Ländern als die „Devolution“ bezeichnet werden. Collins et al (2000) haben ihn im Falle Brasiliens auch als

einen solchen definiert. Für die gegenläufige Bewertung (Araújo 1997), Entscheidungskompetenzen in Brasilien würden im Sinne einer Dekonzentration nur bis zur Ebene des Bundesstaates transferiert, erbrachte die vorliegende Studie keinerlei Anhaltspunkte.

Ob in Kolumbien – wie während des Quellenstudiums vor Ort (Asociación Médica Colombiana 1998; Patiño Restrepo 1999) und in den Interviews mehrfach behauptet – das eigentliche Unterfangen die „Dezentralisierung durch freie Marktwirtschaft“ (Collins 1994) bzw. die Privatisierung war, ist nicht sicher zu entscheiden. In diesem Zusammenhang sei jedoch an die kontroverse Diskussion (World Bank 1993; Collins & Green 1994) der Frage erinnert, ob die Privatisierung überhaupt eine Form der Dezentralisierung ist. In jedem Fall vermittelten gerade die semi-strukturierten Interviews den Eindruck, zumindest ein Teil der die Dezentralisierung fördernden Protagonisten in Kolumbien habe nicht nur eine Devolution, sondern in der Tat die Privatisierung der Medizin von Anfang an verfolgt.

Wie ein roter Faden durchzog das Quellenstudium und die Interviews in Kolumbien und Brasilien der Vorwurf, die Dezentralisierung sei zu hastig, ohne sachgerechte Vorbereitung und ohne dementsprechende Akzeptanz bei Lokalpolitikern, Gesundheitspersonal und der Bevölkerung implementiert worden (GTZ 1996; Jaramillo Perez 1998; Contraloría General de la República 1998). Dies läge auch daran, dass Posten wie der eines Gesundheitssekretärs oder selbst eines Klinikdirektors gerne nach rein politischen Kriterien vergeben würden. Demzufolge fehle es vielfach an der nötigen Qualifikation und käme es zu disruptiven Wechseln des Personals. Eine solche Beobachtung aus Kolumbien, Brasilien und anderen Ländern findet sich mannigfach in der konsultierten Literatur wieder (Collins 1989; Freese et al 1998; Community Health Department, CMC, Vellore 1999; Atkinson et al 2000). Und schon Cheema & Rondinelli (1983) hatten das „administrative Vakuum“ in der Peripherie lateinamerikanischer Staaten als ein entscheidendes Handicap auf dem Weg zur Dezentralisierung bezeichnet. Es sei allerdings der Hinweis von Bossert (1996) ins Gedächtnis zurückgerufen, dass durch die Änderung des Systems an sich verursachte negative Auswirkungen mögliche grundsätzlich positive Effekte vorübergehend und sogar längerfristig cachieren können. In jedem Fall kam es dezidiert in Kolumbien wie Brasilien zu Störungen bei der Implementation der Reformen.

Gleichfalls wurde sowohl in Kolumbien wie in Brasilien über Unregelmäßigkeiten bei der Zuwendung von Finanzmitteln für die Munizipien geklagt (Jaramillo Perez 1998; NN

2000b⁷⁹). Dies gilt in besonderem Maße für die semi-strukturierten Interviews. Berichtet wurde sowohl von „Fehlleitungen“ – sinngemäß müsste die im Spanischen wie im Portugiesischen gerne gebrauchte Vokabel *desvío* wohl als „Diebstahl“ übersetzt werden – wie auch von substantiellen und folgenschweren Verzögerungen beim Finanztransfer.

Bemerkenswerterweise finden sich in der konsultierten Literatur bis auf eine wenig repräsentative Ausnahme (Castrillón A. & Gómez T. 1994) keine korrespondierenden Informationen, obwohl die Analyse der Finanzströme in Schriften zur Theorie der Dezentralisierung seit Smith (1985) kategorisch eingefordert wird (Bossert 1998). Es muß jedoch bekräftigend hervorgehoben werden, dass gerade die Schilderungen der semi-strukturierten Interviews – und teilweise auch das eigene Erleben des Autors – keinerlei Zweifel am tatsächlichen Vorkommen der kriminellen Zweckentfremdung von Gesundheitsbudgets in Kolumbien und Brasilien ließen.

Hier fügt sich passend der in beiden Ländern repetitiv erhobene Vorwurf der Korruption ein. Es sprengte den Rahmen dieser Arbeit, sich umfassend mit dieser Erscheinung auseinander zu setzen. Sie läßt sich jedoch – simplifizierend – als gegen die Interessen der Allgemeinheit gerichteter Einsatz von Macht, Geld oder sonstigen Privilegien zur Mehrung von eigener⁸⁰ Macht, Geld oder Privilegien begreifen. Somit sind die weiter oben angeführten Beispiele (Vergabe von Posten im Gesundheitssektor nach politischer Couleur, Zweckentfremdung von Gesundheitsbudgets) äußerst treffende Beispiele korruptiven Vorgehens. Die Verbreitung der Korruption ist daher sowohl in Brasilien als auch in Kolumbien als sehr reale Gefahr für den Dezentralisierungsprozess anzusehen.

Bezüglich der verbleibenden Rolle des Zentrums, i.e. der Zentralregierung und des nationalen Gesundheitsministeriums, herrschte unter allen Befragten vollkommener Konsens: In ihrer normativen Funktion war sie in Kolumbien wie in Brasilien unangetastet geblieben bzw. eher noch im Zuge der Dezentralisierung vertieft worden. Diese Tatsache findet sowohl in dem umfangreichen gesetzlichen Regelwerk einschließlich der Normen zur Leprakontrolle als auch in der immer wieder verifizierten Präsenz dieses Materials in der Peripherie ihren Ausdruck. Im übrigen überwogen weiter unten zu diskutierende Unterschiede zwischen Kolumbien und Brasilien in der Position des Zentrums.

⁷⁹ in *El Espectador*

⁸⁰ Hinter diesem „eigen“ kann sich ein Individuum oder eine Organisation verbergen, die mit dem korruptiv Tätigen identisch oder verbunden sein kann.

Übereinstimmend hinterfragten die Interviewpartner in Kolumbien und Brasilien die Effektivität der Trainingsaktivitäten. Diese Frage ist sich umso bedeutsamer, als die Ausbildung und Fortbildung von Gesundheitspersonal ebenso wie IEC⁸¹ für die Allgemeinbevölkerung einen Arbeitsschwerpunkt der Leprakontrollprogramme darstellten. Ein gewisses qualitatives Niveau der Behandlung sei unter der Dezentralisierung schwerer zu halten. Gleichlautend war auch in beiden Ländern die häufig zu vernehmende Beschwerde, das zuständige Personal sei aus ökonomischen wie politischen Gründen einem permanenten Wechsel unterzogen. Training wurde vielfach als eine Sisyphus-Arbeit geschildert. Zudem stellten viele Interviewten in beiden Ländern die Umsetzung von tatsächlich und mühsam vermitteltem Wissen in Aktion in Frage. Diese Erfahrungen decken sich mit anderen Recherchen zur Seuchenkontrolle im dezentralisierten Brasilien (Freese et al 1998; Dias und Pinto 2000) und anderswo (Garfield 1999). Die soeben benannten Studien führen darüber hinaus die Unterbezahlung des Personals als beachtenswertes Momentum für das vorzufindende Desinteresse an. Und dieses Desinteresse wiederum manifestiere sich in der ausbleibenden Umsetzung von Wissen in Tat.

Die Verflochtenheit der angesprochenen Themen auf einer höheren Abstraktionsebene läßt es sinnvoll erscheinen, die springenden Punkte nochmals zu resümieren. In weitestgehender Übereinstimmung mit der konsultierten Literatur ergaben sich in Kolumbien wie in Brasilien folgende Erkenntnisse:

- Deklariertes Ziel der Dezentralisierung ist die Sicherung des Zugangs der gesamten Bevölkerung zum und ihres Mitspracherechtes im Gesundheitssystem.
- Angestrebt wird die Devolution zu den Munizipien mit – falls unumgänglich – einer privatwirtschaftlichen Komponente.
- Bevölkerung, Gesundheitspersonal und Lokalpolitiker waren für die Dezentralisierung weder inhaltlich (Informationsstand, Qualifikation) noch mental (Akzeptanz) vorbereitet.
- Der Dezentralisierungsprozess hatte sich mit der Fehlbesetzung relevanter Posten und der Fehlleitung von Finanzen, kurz, mit der Korruption, auseinander zu setzen.
- Das Zentrum wahrte seine normative Funktion.

⁸¹ *information, education, communication* – Aufklärungskampagnen und -interventionen

- Erfahrungen mit der Umsetzung von Training bzw. IEC in gemehrtes Wissen und dieses Wissens in sachgerechteres Verhalten waren uneinheitlich und u. a. auch durch die Fluktuation des Personals behindert.

Alle diese Kolumbien und Brasilien gemeinsamen Punkte beziehen sich weniger auf die Ergebnisse der Dezentralisierungspolitik als auf ihre einleitenden Voraussetzungen und auf Stolpersteine während der Implementierung. Die Frage, inwieweit die hier benannten Probleme als **graduelle** oder als **essentielle** Probleme einzuschätzen sind, dürfte einen entscheidenden Einfluß auf die unterschiedliche Bewertung der Resultate der Dezentralisierung in den beiden Ländern der Studie haben.

5.4 Unterschiedliche Erfahrungen in Kolumbien und Brasilien

Quellenstudium und semi-strukturierte Interviews erschlossen in zahlreichen Aspekten unterschiedliche Erfahrungen mit dem Dezentralisierungsprozess in Kolumbien und Brasilien. Bereits in der Frage des Ursprungs der Reformabsichten ergaben sich divergierende Einschätzungen. Vielfach wurde die Meinung vertreten, in Kolumbien hätten – wie auch bei Collins (1989) beschrieben – externe neoliberalistische Strömungen (World Bank 1993) der Gesundheitsreform den entscheidenden Vortrieb verliehen. Der Vorwurf, die Vergabe internationaler Kredite sei an den Nachweis von Reformbestrebungen gebunden worden, wird auch in anderen Texten (Collins, Green und Hunter 1999) vorgetragen.

Im Falle Brasiliens wird zwar gleichfalls auf externe Einflüsse verwiesen, selbst in diesem Zusammenhang werden aber einheimische Einflüsse aus dem Ausland – die Exilbrasilianer – ins Spiel gebracht. Die brasilianische Gesundheitsreform wie die gesamte Umstrukturierung des politischen Lebens erklärt sich erst im Wissen um das Ende der langen Militärdiktatur zu Beginn der 80er Jahre des 20. Jahrhunderts. Das Streben nach Demokratisierung der Gesellschaft beinhaltete das Streben nach einer demokratischeren und umfassenden Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung. Es erfasste fast alle Schichten sozialen Lebens, so auch die Gemeinde der Brasilianer im Exil. Die zentralen Triebkräfte der Demokratisierung befanden sich jedoch sicherlich innerhalb des Landes.

Gerade aufgrund seiner länger bestehenden demokratischen Tradition wurde Kolumbien von der in den meisten südamerikanischen Ländern in den 80er Jahren zu beobachtenden Welle der Demokratisierung nur bedingt erfasst. Zudem war und ist es innenpolitisch in ungleich größerem Maße durch die Probleme des langdauernden Bürgerkrieges und des explodierenden Drogenhandels gebunden.

Ein zweiter wesentlicher Unterschied zwischen Kolumbien und Brasilien sind die Finanzierungsmechanismen im Gesundheitswesen. Das der Gesetzgebung in Kolumbien zugrundeliegende Ideal war das der möglichst umfassenden Abdeckung der Bevölkerung durch eine **Krankenversicherung** im *Régimen contributivo*, zu der Arbeitgeber und Arbeitnehmer anteilmäßig beitragen. Wie ausführlich erläutert (Jaramillo Perez 1998), war der angestrebte Versicherungsgrad nicht zu realisieren, und in Konsequenz war das als Notlösung gedachte *Régimen subsidiado* gleichfalls alles andere als in der Lage, die große Mehrheit der weder freiwillig noch pflichtgemäß Krankenversicherten aufzunehmen. Die Überlastung dieses *Régimen subsidiado* dokumentierte sich in den vielfältigen Lücken und Tücken sowohl bei der Aufnahme (Erfassung durch das SISBEN) als auch bei der Inanspruchnahme. Die Finanzierung der Krankenversorgung für einen Teil der Bevölkerung aus staatlichen Haushaltsposten war also nur als adjuvante Maßnahme geplant gewesen.

In Brasilien hingegen finanziert sich das SUS über den *Fondo Nacional de Saúde* aus **Steuern**. Die freiwillige oder in vielen Fällen bei fest Angestellten auch vorgeschriebene Krankenversicherung wird als ergänzende Maßnahme betrachtet. Wenn in beiden Ländern also auch eine Mischform der Finanzierung der Gesundheitsdienste vorliegt, so ist der dahinterstehende Blickwinkel doch ein gegensätzlicher. Kolumbien will langfristig alle Einwohner versichern, Brasilien durch das mit Steuermitteln getragene SUS versorgen⁸².

Auch der Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Anbietern von Dienstleistungen im Gesundheitssektor nimmt in Kolumbien und Brasilien in der Sicht der Interviewpartner sehr differente Formen an. In Kolumbien existiert im Sinne eines *market approach* (Collins 1996) die prioritäre politische Vorgabe, die Effizienz des Gesundheitssystems zu steigern. Diese Vorgabe soll mithilfe der von der Weltbank (World Bank 1987; World Bank 1993)

⁸² Es sei trotz aller Vorbehalte bei der Interpretation zumindest in einer Fußnote darauf hingewiesen, dass in Brasilien 29% der Bevölkerung laut Angaben des Gesundheitsministeriums (Ministério de Saúde 2000) 1998 „keinen Zugang“ zum Gesundheitsdienst hatten. In Kolumbien berichtet die *Asociación Médica Colombiana* (1998) von 47% *vinculados*.

vorgeschlagenen Strategien in die Tat umgesetzt werden. Als wichtiges Instrument zur Steigerung der Effizienz wird der „freie Wettbewerb“ – hier der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen – gesehen. Die von der Mehrzahl der Interviewten diagnostizierte Destruktivität dieses freien Wettbewerbs (Patiño Restrepo 1999) wird auch von anderen Autoren in Kolumbien (Collins & Green 1994) und anderorts in Lateinamerika (Lodoño & Frenk 1997; López-Arellano & Blanco-Gil 2001) beschrieben. Die Nichtbeachtung gegenteiliger Meinungen (WHO 2000) wird vielfach und nachhaltig angemahnt. Viele unterstrichen im Einvernehmen mit der WHO, dass die Unveräußerlichkeit und die Unersetzlichkeit der eigenen Gesundheit diese als Handelsobjekt untauglich mache.

Nach Schilderung der Gesprächspartner bewegt sich die politische Hauptströmung in Brasilien hingegen im Sinne eines *social development approach* (Collins 1996): Private Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen werden nur im Notfall rekrutiert und haben sich im übrigen dem Reglement des SUS zu fügen, wohingegen die öffentliche Versorgung der Bevölkerung via PACS und PSF mit großem Elan vorangetrieben wird. Dieser Befund befindet sich im Einklang mit bereits benannten Publikationen (Mercadante, Yunes und Chorny 1994). Es sei jedoch an die Warnung mehrerer Interviewpartner und auch eines Autors (Hensley 1999) erinnert, die – kaum zu vermeidende – Auseinandersetzung zwischen öffentlicher und privater Medizin sei noch lange nicht entschieden. In jedem Fall profitiere das PACS/PSF bisher von einer andauernden und hochrangigen politischen Rückendeckung (Ministério da Saúde 2000a⁸³), wohingegen in Kolumbien die Privatisierung der Medizin zumindest unumschränkt toleriert wurde.

Die Idee des „freien Wettbewerbes“ bezieht sich in Kolumbien nicht nur auf die Anbieter von Gesundheitsdiensten, sondern auch auf die zwischen den „Kunden“ genannten Patienten und den „Dienstleister“ genannten Arzt geschalteten Versicherungen, die EPS und ARS. Von ihnen wurde erwartet, dass zum einen ihre Vermittlerrolle zwischen den Parteien Arzt/Patient, zum anderen die Konkurrenz unter ihnen zwangsläufig zu einer Optimierung der Effizienz führe. Alle Befragten und Quellentexte (Asociación Médica Colombiana 1998; Contraloría General de la República 1998) waren sich freilich in der Beurteilung einig, diese Mittler hätten durch ihre exorbitanten Verwaltungskosten und ihre prädominante Stellung sowohl gegenüber den eh machtlosen Patienten als auch

⁸³ *A Prática do Controle Social*

gegenüber der „proletarisierten“ Ärzteschaft als einzige beteiligte Partei von den massiv gestiegenen Gesundheitsausgaben in Kolumbien profitiert.

In Brasilien findet sich wegen der vorrangigen Bedeutung der Bezahlung von Gesundheitsdiensten durch Steuern kein rechtes Pendant zu dieser Problematik.

Die Frage des Finanzierungsmechanismus im dezentralisierten Gesundheitssystem wird in der konsultierten Literatur nur randständig angesprochen. Demzufolge entfällt die Möglichkeit des Quervergleiches.

Dezentralisierung und Equität stehen stets im Konflikt (Smith 1985); Dezentralisierung bedeutet die Gleichbehandlung Ungleicher just aufgrund ihrer Ungleichheit, d. h. im Bestreben, den Besonderheiten des Lokalen Rechnung zu tragen. Jeglicher wie auch immer geartete Kompensationsmechanismus für diese Gleichbehandlung muß ein Kompromiss bleiben.

Zum Thema der Equität wurde vor allem in den semi-strukturierten Interviews Stellung bezogen. In Kolumbien entstand der vorrangige Eindruck, es sei keinerlei Rücksicht auf die desolante Infrastruktur der ärmeren Mehrzahl aller Gemeinden (vorwiegend der ländlichen) genommen worden. Ja, es gab sogar Beschwerden über uneingeschränkte Willkür bei der Zuteilung von Finanzen. Diese Resultate entsprechen älteren Berichten (Collins 1989). Auch in Brasilien wurde über den mangelnden Entwicklungsstand ruraler Munizipien so manches beredete Wort verloren. Nichtsdestotrotz schienen jedoch einige Faktoren die grundsätzliche Gleichbehandlung den Erfordernissen entsprechend zu modifizieren. Im Gegensatz zu Collins et al (2000) befand die Mehrheit der Befragten, dass zumindest folgende Faktoren Kompensationsmechanismen darstellten:

- abgestufte Dezentralisierung (Basisversorgung und Vollversorgung) je nach Kapazität und Aktivität des Munizipiums
- Flexibilität kleiner und Trägheit großer Munizipien
- Unterstützung weniger entwickelter Munizipien durch benachbarte mit mehr Kapazität
- prioritäre Implementierung des PSF in besonders entlegenen resp. „rückständigen“ Munizipien

Wiewohl die Dezentralisierung auch in Kolumbien in Stufen vorgenommen wird, entstand doch in Brasilien in ungleich größerem Maße der Eindruck, die Summe der eben angezeigten Tatbestände fördere die Equität.

Die bisher diskutierten Ergebnisse sind vor allem mit einem der deklarierten Hauptziele der Dezentralisierung liiert, mit der Verbesserung des Versorgungsgrades der Bevölkerung. Doch verdient auch das andere in Kolumbien wie Brasilien deklarierte Hauptziel sein Augenmerk: die Verbesserung des Grades an Mitbestimmung der Bevölkerung, die sogenannte *community participation*.

In Kolumbien wie Brasilien waren Körperschaften zur Förderung der *community participation* geschaffen worden, die COPACOS, CMS, CES usw. Trotzdem bewegten sich die Stellungnahmen zu erreichten Fortschritten in Kolumbien im Spannungsfeld zwischen der Sicht als bloßes „Wortspiel“ und der Bewertung als „echte Mitbestimmung“. Anders ausgedrückt, die Einschätzung blieb sehr widersprüchlich. Hingegen beginnt sich laut Meinung der Interviewten im Einklang mit anderen Untersuchungen (Pessoto, do Nascimento und Heimann 2001) die Bevölkerung in Brasilien zusehends als Souverän auch im Gesundheitssektor zu artikulieren. Symptomatisch seien die durch die Mitarbeit der Bevölkerung erreichten Fortschritte bei der Suche nach neuen Leprapatienten und die überraschenderweise tolerierte Therapie der Lepra in der eigenen Nachbarschaft. Eine solche enge Einbindung der Bevölkerung in die Leprakontrolle (und umgekehrt) wurde in Kolumbien eindeutig als unvorstellbar charakterisiert.

Über gemeinsame Probleme Kolumbiens und Brasiliens im Zusammenhang mit dem notwendigen Transfer von Finanzen an die Munizipien wurde weiter oben schon berichtet. Ebenso wurde ein wenig später auf die exorbitanten Verwaltungskosten in Kolumbien hingedeutet. Diese erklären sich zumindest teilweise durch die Zwischenschaltung von EPS und ARS und kamen in den in Brasilien durchgeführten Interviews nicht als Problem zur Sprache.

In diesen Kontext einreihen sich Unterschiede zwischen beiden Ländern in der Entschlossenheit, mit der die Finanzströme und die Umsetzung von finanziellen Ressourcen in Aktivitäten kontrolliert werden. Zwar gibt es auch in Kolumbien eine *Superintendencia de Salud* als oberste überwachende Institution, doch sei sie laut Befragung nicht mit dem notwendigen Instrumentarium ausgerüstet, um ihre Funktion sinnvoll wahrzunehmen. Vor allem gäbe es Sanktionen auch bei grobem Fehlverhalten nur

auf dem Papier. Andere Autoren (Collins 1996) haben gleichermaßen wiederholt solche Diskrepanzen aufgedeckt.

In Brasilien hingegen wird weitestgehend unisono von einer kontinuierlichen Überwachung der Finanztransfers an sich ebenso wie ihrer Verwendung berichtet. Sanktionen stünden im Bedarfsfall zur Verfügung und würden auch appliziert. Diese Darstellung findet Rückhalt in Informationen des *Ministério da Saúde* (2001c⁸⁴): Zwar seien mittlerweile 88% aller gut 5.500 brasilianischen Munizipien in der Basisversorgung (*Habilitação Plena de Atenção Básica*) dezentralisiert, aber nur 9% in der wesentlich verantwortlichen Rundumversorgung (*Habilitação Plena do Sistema Municipal*). Dieselbe Informationsquelle dokumentiert „Dishabilitationen“ auch größerer Munizipien wie etwa von Rio Branco, der Hauptstadt des Staates Acre, bei unsachgemäßer Verwendung der föderalen Zuwendungen⁸⁵.

Ungeachtet des gelegentlich geäußerten Anspruches, die Dezentralisierung müsse durch Überzeugung und nicht mithilfe von Pressionen implementiert werden, ist doch zu konstatieren, dass in Brasilien im Gegensatz zu Kolumbien Sanktionen gegen Missbrauch von notwendigen Finanztransfer nicht nur erwähnt, sondern auch eingesetzt werden.

Ein weiteres Feld, in dem die Interviewpartner in Kolumbien und Brasilien zu einer divergenten Einschätzung der Auswirkungen der Dezentralisierung kamen, ist zugleich eines der zentralen Themen dieser Studie: Wie beeinflusste die Gesundheitssystemreform den Arbeitsbereich *Public Health* im allgemeinen und die Leprakontrolle im besonderen?

Das strenge Urteil in Kolumbien speist sich sowohl aus dem Studium von Quellentexten als auch den Interviews. Pinto (2000) stellt einigen wenigen durch die Dezentralisierung erreichten Fortschritten in der Leprakontrolle (zumindest *de jure* die Förderung präventiver Medizin incl. gesonderter Fonds für die Leprakontrolle, Abbau des Stigmas) substantielle Nachteile entgegen. Letztlich drohe die Diagnostik und Therapie der Lepra in Vergessenheit zu geraten, und dieser Trend sei stellvertretend für die Demontage anderer Programme im Bereich *Public Health*. Übereinstimmend kritisierten auch die Interviewten die Entwicklung vehement, beispielhaft die operative Trennung von kurativer und präventiver Medizin in POS und PAB. Letztlich wurde – im überdeutlichen Kontrast zu den

⁸⁴ <http://www.saude.gov.br>

⁸⁵ Portaria n° 1.454/GM vom 21.12.1999

Bewertungen in Brasilien – die „Vernichtung“ des Systems von *Public Health* vorausgesagt.

In Brasilien hingegen unterfütterte in einhelliger Darstellung die energische Förderung von PACS und PSF alle wesentlichen Aspekte von *Public Health* in einem lobenswerten Ausmaß. Diese Sichtweise kontrastiert mit der mehrerer früherer Arbeiten (Freese et al 1998; Maciel et al 1999; Dias & Pinto 2000; Kritski & Ruffino-Netto 2000). Diese Publikationen berichten übereinstimmend von negativen Auswirkungen der Dezentralisierung auf die Seuchenkontrolle und machen dies an den Beispielen der Kontrolle von Schistosomiasis, Filariose, Chagas-Krankheit und der Tuberkulose fest. Eine mögliche Erklärung ist in dem Umstand zu suchen, dass das eigentliche PSF erst 1997 verabschiedet wurde und erst seit dem Jahr 2000 von einer Pilotphase in die eigentliche Implementationsphase überging. Es kann somit mit seinen Auswirkungen in den angeführten Publikationen kaum berücksichtigt sein. Laut Darstellung so gut wie aller Befragten stärkte die Dezentralisierung die Leprakontrolle eindeutig durch die Akzentuierung präventiver und partizipativer Medizin im PACS/PSF und durch die verpflichtende Aufnahme von Leprakontroll-Aktivitäten in der NOAS 2001.

Die in Kolumbien und Brasilien unterschiedliche Bewertung der Auswirkungen der Dezentralisierung auf die Leprakontrolle erfasste viele Bereiche: Fallsuche, Prävention von Behinderungen, *defaulter tracing* usw. Nur die Versorgung mit Chemotherapeutika wurde in beiden Fällen als gesichert dargestellt; das Datenmanagement auf der anderen Seite wies in beiden Ländern aus unterschiedlichen Gründen seine Defizienzen auf. Zumindest Probleme mit dem Datenaustausch sind auch in zugänglichen Publikationen (Ausse et al 1995) abgesichert. Positive Effekte der (dezentralisierenden) Integration der Leprakontrolle in die allgemeinen Gesundheitsdienste liegen im übrigen vorwiegend aus Indien vor (Ali, Rao und Nayak 1998; Biswal et al 1998; Ramesh, Pasupathy und Samuel 1998; Liaquat Ali et al 1998; Ramachandran et al 1998; Mohamed Esoof et al 1998).

Ein letzter – und fundamentaler – Unterschied bestand zwischen den in Kolumbien und Brasilien vorgefundenen Erwartungen und Hoffnungen für die Zukunft. Die Einschätzungen in Kolumbien waren uneinheitlich und in der Regel umso positiver, je höher der Befragte in der Hierarchie des Gesundheitswesens stand. Vielfach wurde jedoch ein düsteres Bild gezeichnet und die rücksichtslose Merkantilisierung, die Demoralisierung der Gesundheitsversorgung im ureigensten Sinne des Wortes vorausgeahnt (Asociación Médica Colombiana 1998; Patiño Restrepo 1999). Positive Auswirkungen der

Dezentralisierung wurden von den meisten entweder überhaupt nicht oder in einer sehr fernen Zukunft erwartet.

In Brasilien hingegen prädominierte in Hinsicht auf die Zukunft ein gezügelter, aber stets und eindeutig spürbarer Optimismus. Rundweg einig waren sich alle Befragten in der Auffassung, es gäbe keine Alternative zur Dezentralisierung.

Auch die Unterschiede zwischen den Studienresultaten in Kolumbien und Brasilien seien an dieser Stelle zusammengefaßt:

- Die Dezentralisierungspolitik Kolumbiens wurde mehr von externen neoliberalistischen Strömungen getragen, hinter der brasilianischen Gesundheitssystemreform stand die mit dem Ende der Militärdiktatur 1983/84 aufblühende Bürgerrechtsbewegung.
- Kolumbien strebt die grundlegende Finanzierung des Gesundheitssystems durch Krankenversicherungen, Brasilien durch Steuern an.
- In Kolumbien wird mit massiv hinterfragtem Erfolg eine Steigerung der Effizienz (und damit der Qualität) der Gesundheitsdienste durch den „freien Wettbewerb“ zwischen öffentlichen und privaten Anbietern von Dienstleistungen einerseits und den Versicherungsgesellschaften andererseits angestrebt. Brasilien promoviert die öffentliche Gesundheitsversorgung durch öffentliche Anbieter, die durch das SUS finanziert werden.
- Die zwangsläufige Beeinträchtigung der Equität zwischen den Munizipien wird in Brasilien im Gegensatz zu Kolumbien durch eine Reihe von Mechanismen abgemildert. (Diese Sicht ist in der Literatur umstritten.)
- Die *community participation* hat in Brasilien eindeutige, in Kolumbien angezweifelte Fortschritte gemacht.
- Die Verwendung der im Zuge der Dezentralisierung transferierten Finanzen wird in Kolumbien nicht so stringent kontrolliert wie in Brasilien; vor allem wird nur in Brasilien konsequent auf Sanktionen zurückgegriffen.
- Die Leprakontrolle speziell wie auch andere Programme des Arbeitsfeldes *Public Health* haben in Brasilien durch die Dezentralisierung eine Stimulation erfahren, während in Kolumbien einige der diesbezüglichen Dienste kollabierten oder vom Kollaps bedroht sind.
- Der Blick in die Zukunft der Dezentralisierung ist in Kolumbien von Bedenken, in Brasilien von Zuversicht getragen.

Mögliche Ursache-Wirkungs-Relationen im Umfeld dieser signifikanten Unterschiede werden im folgenden Abschnitt besprochen.

5.5 Diskussion der Ergebnisse in Bezug auf die Forschungsfragen

Die Fragen, die die vorliegende Arbeit zu beantworten sucht, sind unter 5.1 nochmals zusammengestellt. In Bezug auf diese Aufgabenstellung kann bemerkt werden:

- Der Typus der in Kolumbien und Brasilien implementierten Dezentralisierung ist die Devolution hin zu den Munizipien. Inwieweit die Auslagerung von Dienstleistungen in den privaten Sektor in Kolumbien einer Privatisierung gleichkommt, kann nicht abschließend entschieden werden. Gleiches gilt für die übergeordnete Frage, ob die Privatisierung überhaupt ein Typus der Dezentralisierung ist. Es ist anerkannt (Collins 1994), dass keine Spielart der Dezentralisierung in einer „Reinform“ vorkommt.
- Vorgetragene Ziele der Dezentralisierung in Kolumbien und Brasilien waren die Verbesserung des Zugangs der Bevölkerung zum und ihrer Mitbestimmung im Gesundheitssystem. Ob das im Falle Kolumbiens explizit angeführte zusätzliche Ziel einer Effizienzsteigerung des Gesundheitssystems als ein Qualitätsmerkmal *sui generis* gesehen werden kann (Donabedian 1980; Gaster 1991) oder ab als Deckmantel für die Kommerzialisierung des Medizinbetriebes dienen sollte (Collins 1994), kann ebenfalls nicht mit Sicherheit entschieden werden. Zu vermuten ist aus dem Verlauf der Interviews heraus, dass beide Thesen auf bestimmte gesellschaftliche Gruppierungen gemünzt ihre Berechtigung finden.
- Gleichermäßen uneinheitlich ist die Frage der Auswirkungen der Dezentralisierung auf das Gesundheitssystem an sich und auf die Leprakontrolle zu beantworten. Der Terminus „das Gesundheitssystem an sich“ umreißt hier die verschiedenen Aspekte der Qualität des Gesundheitssystems. Die Rahmenbedingungen und die Durchführung der Dezentralisierung in Kolumbien wie in Brasilien wiesen ebenso

ihre Unterschiede auf wie die faßbaren Ergebnisse. Das sich anschließende Schema sucht die identifizierten diesbezüglichen Ergebnisse der Studie nach Vorbedingungen und Ergebnissen aufzuschlüsseln, wobei wiederum Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Kolumbien und Brasilien separat aufgeführt werden. Anschließend wird diskutiert werden, inwieweit unterschiedliche Vorbedingungen in einen Kausalzusammenhang mit den unterschiedlichen Ergebnissen gebracht werden können.

Gemeinsame Vorbedingungen	Gemeinsame Ergebnisse
<ul style="list-style-type: none"> • Streben nach verbessertem Zugang und Mitspracherecht der Bevölkerung • Ziel der Devolution zu den Munizipien • Zentrum mit weiterbestehender normativer Funktion 	<ul style="list-style-type: none"> • inhaltliche Vorbereitung von Politikern, Gesundheitspersonal und Bevölkerung mangelhaft • mentale Vorbereitung von Politikern, Gesundheitspersonal und Bevölkerung mangelhaft • Korruption bei Finanztransfers und Postenvergabe • unsicherer Effekt von Training/IEC
Unterschiedl. Vorbedingungen	Unterschiedliche Ergebnisse
Kolumbien	
<ul style="list-style-type: none"> • Ursprung in neoliberalistischen Strömungen • Finanzierung durch Krankenversicherung • Förderung von Privatmedizin und „freiem“ Wettbewerb • fehlende Sanktionsmechanismen bei Finanzmissbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> • ungesicherte Equität der Munizipien • unsichere <i>community participation</i> • Einbruch der <i>Public-Health</i>-Programme incl. der Leprakontrolle • zweifelbeladene Zukunftsperspektiven
Brasilien	
<ul style="list-style-type: none"> • Ursprung in Bürgerbewegung • Finanzierung durch Steuern • Promotion öffentlicher Gesundheitsdienste • prompte „Dishabilitation“ der Munizipien bei Finanzmissbrauch 	<ul style="list-style-type: none"> • Kompensationsmechanismen zur Förderung der Equität • verbesserte <i>community participation</i> • Promotion von <i>Public Health</i> und Leprakontrolle • optimistische Sicht der Zukunft

Tabelle 6: Synoptische Zusammenstellung der durch die Studie identifizierten gemeinsamen und unterschiedlichen Vorbedingungen und Ergebnisse der Dezentralisierung des Gesundheitssystems in Kolumbien und Brasilien

Es fällt auf, dass sich der komplexe Vergleich der erhobenen Daten unter den „Ergebnissen“ auf wenige Standardmerkmale der Qualität reduzieren läßt. Grundsätzlich verschiebt die Dezentralisierung die Qualität eines jeden Gesundheitssystems: Wie schon mehrfach dargelegt, werden Equität und meistens auch die Effizienz (Cassels 1995) zugunsten von Zugang zum und Partizipation im Gesundheitssystem beeinträchtigt. Diese der Dezentralisierung immanenten Tendenzen konnten in Brasilien offensichtlich besser kontrolliert werden. Interessant ist darüber hinaus der Anspruch Brasiliens (Ministério da

Saúde 2000a), mit Ausgaben von nur 192 R\$ pro Einwohner und Jahr auch *in puncto* Effizienz neue Maßstäbe zu setzen. Es bleibt abzuwarten, wie die Kosten des PACS/PSF sich weiter entwickeln.

Weiterhin fällt auf, dass der Zugriff des Zentrums auf die Finanzen in Brasilien ein direkterer und nachhaltigerer ist. Dies Phänomen bezieht sich auf drei verschiedene Schlüsselphasen:

- Finanzrekrutierung direkt durch Steuern statt indirekt über Versicherungen
- Finanznutzung durch öffentliche statt private Dienstleister
- Kontrolle der Finanznutzung durch *de facto* und nicht nur *de jure* tätiges Rechnungswesen

Diese Beobachtung führt zu einer der zentralen Schlussfolgerungen der vorliegenden Arbeit: Die auch unter dezentralisierten Bedingungen fortgeführte staatliche – im Gegensatz zur privaten – Führung des Gesundheitssystem birgt in sich wesentliche qualitative Vorteile im allgemeinen und bezüglich der Leprakontrolle im besonderen.

Wie so viele andere Erkenntnisse der Gesundheitssystemforschung (Janovsky 1996; Schwartz & Krauth 1999) ist dies keine **gesicherte**, sondern eine **plausible** Schlussfolgerung. Eine weitere Einschränkung der Aussage ist durch das Verständnis politischer Willensbildung im Sinne von Walt (1994) vorgegeben: Politik führe nur dann zum Erfolg, wenn sie berechnete, durchführbare und akzeptierte Ziele verfolge. Ganz offensichtlich war und ist jedoch der politische Rückhalt für eine erfolgreiche und nicht nur so genannte Dezentralisierung in Brasilien sehr viel massiver (Ministério da Saúde 2000a) als in Kolumbien. Erst dieser Rückhalt reduzierte die unter 5.3 benannten „Stolpersteine“ zu graduellen und nicht essentiellen Problemen. Somit ist es allerdings denkbar, dass – wie offensichtlich in einigen brasilianischen Bundesstaaten der Fall – ein breiter angelegtes Bekenntnis zur Dezentralisierung auch unter vermehrter Einbeziehung des privaten Sektors zu positiveren Resultaten führt.

Politik ist darüber hinaus nicht nur auf Rückendeckung durch hochrangige Politiker angewiesen: Nur wenn verantwortliche Politiker im Zentrum hin zu verantwortlichen Gesundheitsdiensten in der Peripherie dezentralisieren, die ihrerseits von verantwortlichen Politikern begleitet werden, und wenn zudem die Bevölkerung in den Wandel eingebunden wird, nur dann kann die Dezentralisierung die Qualität des

Gesundheitssysteme verbessern. Der Ausfall auch nur einer dieser Vorbedingungen stellt die gesamte Systemreform in Frage. Wenn diese Bedingungen aber allesamt gegeben sind, dann ist eine solche Verbesserung der Qualität im Gesundheitssystem ausgesprochen wahrscheinlich.

Schließlich sei kurz darauf hingewiesen, dass mit ebenfalls plausiblen Kausalzusammenhängen im Falle Brasiliens und Kolumbiens die von einer landeseigenen Demokratisierungsbewegung ausgehende Dezentralisierung befriedigender verlief als die von externen neoliberalistischen Strömungen getriebene.

Summarisch können folgende Erkenntnisse als Ergebnis der Studie festgehalten werden:

- Ebenso uneinheitlich wie die Dezentralisierung des Gesundheitssystems an sich sind ihre faßbaren Auswirkungen auf *Public Health* und die Leprakontrolle. Dies gilt selbst für den Anschein nach uniforme Vorgehensweisen wie die Devolution hin zu den Munizipien.
- Bei exakter Vorbereitung und engmaschig überwachter Implementierung lassen sich positive Auswirkungen der Dezentralisierung auf *Public Health* und Leprakontrolle dokumentieren.
- Die Förderung des privaten Gesundheitssektors zuungunsten des öffentlichen ist – bei plausiblen, jedoch nicht bewiesenem – Kausalzusammenhang von negativen Auswirkungen auf *Public Health* und Leprakontrolle begleitet.
- Der Erfolg der Dezentralisierung hängt entscheidend von der Unterstützung aller Betroffenen ab (Politiker, Mitarbeiter der Gesundheitsdienste, Bevölkerung).

5.6 Diskussion der Generalisierbarkeit

Schon unter 2.1 wurde betont (Schwartz & Krauth 1999), dass Gesundheitssystemforschung in der Regel *scattered evidence* liefert, die nur unter größten Vorbehalten zu generalisieren ist.

Die Validität dieser Studie wird unter anderem durch die methodische Beschränkung auf das Studium einiger Indikatoren, auf die Quellensuche und auf die semi-strukturierten Interviews eingeschränkt. Ferner reduziert wird sie durch die räumliche und zeitliche Begrenzung sowohl den Vorgang der Datenerhebung an sich als auch die in der Erhebung reflektierte Beobachtung betreffend: Innerhalb von insgesamt zehn Wochen wurden Daten aus einem etwa zehn Jahre umfassende Beobachtungszeitraum in zwei südamerikanischen Ländern zusammengetragen.

Noch vorsichtiger wird die Generalisierbarkeit zu beurteilen sein: Schon der Vergleich dem Schein nach recht ähnlicher Vorgänge in Kolumbien und Brasilien lehrte, dass die komplexe Betrachtung des soziokulturellen und historischen Kontextes notwendig ist, um auch nur zu bedingt verwertbaren Aussagen zu kommen. Die Übertragung auf andere geographische oder gar historische Zusammenhänge sollte mit größter Zurückhaltung vorgenommen werden.

Die vorliegenden Studienergebnisse decken sich zu einem erheblichen Teil, aber nicht vollständig, mit publizierten Resultaten:

- Die Notwendigkeit, die Dezentralisierung nicht pauschal zu beurteilen, sondern eine detaillierte Untersuchung der konkret vorliegenden Dezentralisierungspolitik vorzunehmen, ist allgemein anerkannt.
- Ebenso anerkannt ist die Erkenntnis, dass alle Betroffenen einer politischen Reform von ihrer Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit überzeugt sein müssen und an der Implementierung teilhaben sollten.
- Der in Brasilien notierte positive Einfluß der Dezentralisierung auf die Leprakontrolle steht in gewissem Widerspruch zu vorausgegangenen Publikationen über die Kontrolle anderer Seuchen in diesem Lande.
- Der möglich desaströse Effekt der Privatisierung innerhalb des Dezentralisierungsprozesses ist auch in anderen Studien angesprochen; hingegen sind bisher wenige Erkenntnisse zur privaten Finanzierung des Gesundheitswesens durch Versicherungsgesellschaften im Dezentralisierungsprozess gesammelt worden.

Entsprechende Einschränkungen bezüglich der Validität und Generalisierbarkeit der Forschungsergebnisse sind zu machen. Mit Blick auf das Leitthema der vorliegenden Arbeit ist besonders die in Brasilien erfasste positive Auswirkung der Dezentralisierung auf

die Leprakontrolle auch in der Zukunft kritisch zu hinterfragen. Die während der Datenkollektion und –interpretation aufgebraachte Sorgfalt läßt jedoch die folgende Kernaussage auch im Abgleich mit parallelen Forschungsbestrebungen als plausibel erscheinen:

Die Dezentralisierung des Gesundheitssystems kann sich unter bestimmten, eng zu fassenden Bedingungen positiv auf die Leprakontrolle auswirken.

* * * * *

6. Empfehlungen

Der letzte Abschnitt der vorliegenden Arbeit versucht, die Forschungsergebnisse in Empfehlungen für Leprakontrollprogramme umzudeuten. Einige der Empfehlungen ergeben sich zwanglos aus den Resultaten der Studie, andere eröffnen sich deutlicher im Zusammenhang mit in der Zukunft zu erwartenden Herausforderungen.

Schließlich wird kurz versucht, ergiebige Felder für weitere Forschungstätigkeit im Kontext von Dezentralisierung und Seuchenkontrolle aufzuzeigen.

6.1 Empfehlungen für die Leprakontrolle

6.1.1 Vorbereitung der Dezentralisierung

Die Bedeutung des breiten gesellschaftlichen Konsensus für die Dezentralisierungspolitik wurde deutlich dargestellt. Für das Gelingen einer solchen Reform und die Sicherung der Qualität umschriebener Aktivitäten wie etwa der Leprakontrolle muß nicht nur die Akzeptanz der Dezentralisierung bei allen Beteiligten gesichert sein; der Ablauf der Reform und die Rolle aller Beteiligten während und nach der Dezentralisierung sollte möglichst gründlich geklärt werden. In Anlehnung an Sauerborn, Nitayarumphong und Gerhardus (1999) sollte die Einbeziehung von vorliegenden Resultaten der Gesundheitssystemforschung in die Planung massiv promoviert werden.

Es sollte geprüft werden, von welchen gesellschaftlichen Gruppierungen die Bestrebungen zur Dezentralisierung ausgehen und ob mit den Bestrebungen möglicherweise andere als die offen dargelegten Absichten verfolgt werden. Der Ruf nach Privatisierung zur Sicherung des „freien Wettbewerbes“ (s.u.!) oder Bemühungen, zu nicht existenten Strukturen hin zu dezentralisieren, sollten argwöhnisch beobachtet werden.

Es erscheint sinnvoll, auf durch den Wandel an sich zwingend verursachte Turbulenzen hinzuweisen und einen durchdachten Zeitplan zu erstellen. In Ländern mit auch heute noch fortbestehenden beträchtlichen Kommunikationsproblemen zwischen Zentrum und

Peripherie wie etwa Kolumbien und Brasilien wird dem Anschein nach eher zu schnell denn zu langsam vorgegangen. Dezentralisierung braucht Muße.

6.1.2 Finanzierungsmechanismen

Die Frage, wer im dezentralisierten System was finanziert, verdient höchste Beachtung. Falls es dem Staat in seinem Bemühen um eine Verbesserung der Qualität in der Gesundheitsversorgung durch Dezentralisierung ernst ist (und dies ist natürlich eine essentielle Voraussetzung), sollten vom Staat durch Steuerzuwendungen finanzierte Aktivitäten als in ihrem Fortbestehen gesicherter eingeschätzt werden denn solche, die über gleich welchen Mechanismus (Versicherungen oder Individualleistungen) privat finanziert werden. Dies gilt in besonderem Maße für dem Bereich *Public Health* zuzuordnende Aktivitäten. Es spricht mit anderen Worten viel dafür, auch im dezentralisierten System die Finanzierung etwa der Seuchenkontrolle durch Steuergelder einzufordern.

6.1.3 Anforderungen an das Zentrum

Das Zentrum sollte auch nach erfolgter Dezentralisierung mehr als eine rein normative Rolle haben. Die Absicherung seiner Kontroll- und Supervisionsfunktion sollte effektive und praktikable Sanktionsmechanismen einschließen. Die „Einklagbarkeit“ von Mindestanforderungen an das dezentralisierte System muß gesichert sein.

6.1.4 Training und IEC

Training, Supervision und IEC sind gerade im dezentralisierten System als komplementäre Aufgaben zu begreifen. Es ist zu klären, bis zu welchem administrativen Niveau das Training selbst und die Verantwortung für das Training „devolviert“ werden kann. Die Nachhaltigkeit von Training und IEC ist hartnäckig zu hinterfragen. Es ist mit der Notwendigkeit zu rechnen, die Umsetzung des häufig genug mühsam vermittelten

Wissens in entsprechende Tätigkeiten und entsprechendes Verhalten durch repetitives Training und kontinuierliche Supervision zu gewährleisten. Das dezentralisierte System kann vermehrte Anforderungen an das Zentrum in diesem Bereich stellen.

6.1.5 Equität

Dezentralisierung und besonders die Devolution widerspricht an sich dem Equitätsprinzip. Es ist unbedingt erforderlich, für bestimmte Kompensationsmechanismen Sorge zu tragen. Wichtige Kompensationsmechanismen sind:

- zeitlich und in ihrem Ausmaß abgestufte Dezentralisierung unter Berücksichtigung der menschlichen und finanziellen Ressourcen der peripheren Einheit
- zentrale Förderung des Ausbaus fachlicher Kapazität und Kompetenz in der peripheren Einheit (vgl. 6.1.4!)
- vermehrte finanzielle Unterstützung durch das Zentrum für minder privilegierte periphere Einheiten
- fachliche und finanzielle Unterstützung benachbarter peripherer Einheiten untereinander in einem Netzwerk

Die Summe dieser Maßnahmen in einem maßgeschneiderten Projekt sollte in der Lage sein, grobe Einbrüche der Equität abzufedern.

6.1.6 Community participation

Dezentralisierung auch in der Form der Devolution ist noch lange kein Garant für vermehrte *community participation*. Auch die Schaffung gewisser Foren zur Beteiligung der Bevölkerung an der politischen Willensbildung sichert selbst dann diese Beteiligung nicht, wenn den Foren erhebliche exekutive und damit politische Macht zugewiesen wird. Vielmehr muß durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit ein Klima geschaffen werden, in dem es der Bevölkerung möglich und auch verheißungsvoll erscheint, am politischen Entscheidungsprozeß teilzunehmen. Auch in diesem weit über gesundheitliche Belange hinaus reichenden Punkte findet also IEC seine Berechtigung. Die Einbindung der

Bevölkerung ist umso sicherer, je stärker der Dezentralisierungsprozess sie nicht nur einbezieht, sondern vielmehr – wie bedingt in Brasilien der Fall – von ihr ausgeht.

6.1.7 Public Health und private medizinische Versorgung

Dezentralisierung hin zu vielfach mit kurativer Medizin vertrauter, aber in der präventiven Medizin wenig bewanderten Einheiten macht die Position von *Public Health* zu einer wackeligen. *Public Health* an sich braucht fortbestehende Förderung und Supervision durch das Zentrum und stellt implizite Forderungen an dasselbe. Dies gilt im besonderen Maße für ein in seiner epidemiologischen Relevanz missachtetes, lange Zeit durch spezialisierte Dienste verrichtetes und durch das den Patienten anhaftende Stigma charakterisiertes Feld wie die Leprakontrolle. Seuchen- und Leprakontrolle müssen ihren festen Platz im dezentralisierten Szenario haben. Die Koppelung präventiver medizinischer Dienste an die kurativen Dienste ist ebenso anzustreben wie der Verbleib der Seuchenkontrolle in der öffentlichen Hand. Wenn denn die Privatisierung eine Form der Dezentralisierung sein sollte, so muß diese Form der Dezentralisierung als schwer vereinbar mit fortgesetzter und nachhaltiger Leprakontrolle angesehen werden. Bei Mangel an peripheren Strukturen zur Absorption dezentralisierter Seuchenkontrolle sollte die Fortführung durch das Zentrum erwogen werden.

6.2 Empfehlungen für zukünftige Forschung

6.2.1 Vorbereitungszeiträume

Die Dezentralisierung läuft sowohl Gefahr, durch eine zu hastige Implementierung mehr Schaden denn Nutzen anzurichten, als auch durch eine zu langsame Implementierung bzw. – sicher der häufigere Fall – durch zu viele Abänderungen während der Implementierung ihren Impetus zu verlieren. Die besonders in Kolumbien vernommene Klage, es werde schon seit ein oder zwei Jahrzehnten dezentralisiert, ohne dass das System funktioniere, weckt Interesse an der Bestimmung optimaler Zeiträume für bestimmte Phasen der Dezentralisierung in einem bestimmten Kontext. Diese Frage

überlappt sich mit der Frage der geeigneten Vorbereitung, denn die bessere Vorbereitung der Reform ebnet zweifelsohne den Weg zur rascheren Implementierung. Angesichts der Bedeutung der störungsfreien Implementierung könnten zukünftige Arbeiten abklären, unter welchen Bedingungen welche Maßnahmen wie zügig durchführbar waren.

6.2.2 Zielebene der Dezentralisierung

Die Devolution zum Munizipium ist ebenso wie alle anderen Formen der Dezentralisierung ein Kompromiss: Auf der einen Seite mag das Munizipium von seiner Struktur und seinen Fähigkeiten her zu peripher angesiedelt sein, um die ihm anvertrauten Aktivitäten sachgerecht durchführen zu können. Auf der anderen Seite ist auch der Präfekt und der Gesundheitssekretär eines Munizipiums⁸⁶ in einem Kontakt schwankender Intensität mit der eigentlichen Zielgruppe der Dezentralisierung, dem Volk als Souverän. Beide Argumentationslinien wurden in der Diskussion in Brasilien aufgegriffen: Zum einen bemühen sich Regelungen wie die NOAS/SUS 2001 um die Zwischenschaltung bestimmter Einrichtungen zwischen Bundesstaat und Munizipium zur Bildung von Mikroregionen. Zum anderen wurde die Verlagerung zumindest der Routineaktivitäten der Leprakontrolle vom Zentrum in die Peripherie des Munizipiums in mehreren Interviews eingefordert. Weitere Studien zur Untersuchung der Qualität von Seuchen- und Leprakontrolle unter solchen Bedingungen erscheinen angezeigt.

6.2.3 Finanzrekrutierung

Dezentralisierung und Finanzierungssystem der Gesundheitsdienste sind untrennbar miteinander verquickt. Sie berühren beide die Frage des Zugangs zum System, die Dezentralisierung eher des geographischen und soziokulturellen, das Finanzierungssystem die des ökonomischen Zugangs. Es erscheint dringend notwendig, die durch die vorliegende Arbeit aufgerührte Problematik weiter zu durchdringen, inwieweit in Ländern niedrigen Nationaleinkommens Dezentralisierung und Abdeckung der Bevölkerung durch ein Krankenversicherungssystem miteinander kompatibel sind. Falls diese Frage bejaht

⁸⁶ Die durchschnittlichen Munizipien Kolumbiens und Brasiliens messen 1.000 bzw. 1.500 km², etwa soviel wie ein deutscher Landkreis.

werden sollte, ist die Identifikation dafür notwendiger Voraussetzungen von hohem Interesse. Diese Thematik wird nicht nur durch die Resultate dieser Arbeit nahegelegt. Die bekannte Begrenzung des formalen Sektors in Ländern niedrigen Einkommens durch Arbeitslosigkeit und den informellen Sektor suggeriert bereits Grenzen der Expansionsmöglichkeiten einer hauptsächlich auf der Krankenversicherung beruhenden Gesundheitsversorgung.

6.2.4 Trainingsmaßnahmen

Die überall vorzutreffenden Defiziten und Unsicherheiten bezüglich der Effektivität des Trainings im dezentralisierten System lassen es ratsam erscheinen, Studien über die bestmögliche Adaptation des Trainings an die Dezentralisierung vorzunehmen. Sie sollten sich zum einen mit der sinnvollsten Aufgabenverteilung zwischen Zentrum, intermediären Instanzen und Peripherie beschäftigen. Zum anderen wäre es interessant, verschiedene Trainingsmethoden im Quervergleich zu evaluieren. Sowohl der Dezentralisierungsprozess an sich mit seiner Bedeutung für Verantwortungsbereich des Personals und Personalkonstanz als auch die parallel stattfindende technologische Entwicklung empfehlen eine kritische Bestandsaufnahme der zur Verfügung stehenden Werkzeuge. Dies gilt im besonderen Maße für die Leprakontrolle: Der Fall Brasiliens mit relativ hoher und eher noch zunehmender Inzidenz der Lepra ist die Ausnahme; in der Mehrzahl der endemischen Ländern ist eine niedrigere und tendenziell abnehmende Inzidenz zu beobachten. Dies limitiert die in ihrer Bedeutung kaum zu überschätzende praktische klinische Erfahrung gerade peripher tätiger Mitarbeiter der Gesundheitsdienste mit dieser Erkrankung. Für diese Zielgruppe ist daher in der Zukunft ein gehaltvolles, aber nicht zu gewichtiges Trainingspaket zu schnüren.

6.2.5 Einbindung des privaten Sektors

Es gibt eine Reihe von Gründen zu der Annahme, dass auch der private Sektor bis zu einem gewissen Grade effektiv und vielleicht sogar effizient in die Leprakontrolle

eingebunden werden kann. Vermutlich bezieht sich diese Sicht eher auf kurative denn präventive Aspekte. In jedem Fall erscheint es vielversprechend, die hierfür notwendigen Rahmenbedingungen und politischen Vorgaben abzustecken. Zur Qualität der privaten Gesundheitsdienste in der kurativen medizinischen Versorgung als zum Staat komplementärer Sektor liegen mittlerweile eine ganze Reihe durchaus nicht immer negativer Resultate vor. Die Rolle des privaten Sektors in der Seuchenkontrolle, weniger noch in der Leprakontrolle und am wenigsten im dezentralisierten System, ist jedoch unzureichend untersucht. Es besteht ein Bedarf, die hier existierenden Chancen und Möglichkeiten genauer zu einzukreisen.

6.3 Zusammenfassung

Zusammenfassend ist festzuhalten:

Vor der Einleitung der Dezentralisierung im Gesundheitssystem empfiehlt sich

- sorgfältige, wohlüberlegte Vorbereitung unter Einbeziehung aller Beteiligten
- Sicherung der Finanzierung der Dienste (zumindest im Bereich *Public Health* eher durch Steuergelder)
- gesicherte und starke Position des Zentrum in der Supervision unter Einschluss von Sanktionsmöglichkeiten
- sorgfältige und evtl. andere administrative Ebenen nutzende Dezentralisierung von Training und IEC
- Sicherung der Equität zwischen Munizipien durch zentrale Förderung und „Nachbarschaftshilfe“
- Sicherung der *community participation* in exekutiven Organen mit breiter Repräsentanz von Bevölkerungsvertretern auch durch vorbereitende Öffentlichkeitsarbeit
- Koppelung präventiver an kurative Dienste vorzugsweise im öffentlichen Sektor

Folgende Forschungsthemen decken einen für die Zukunft absehbaren Bedarf:

- Identifikation idealer Zeiträume für die Implementierung der Dezentralisierung
- Untersuchung der Dezentralisierung hin zu anderen Zielebenen

- Zusammenhang zwischen Form der Finanzrekrutierung und Erfolg der Dezentralisierung
- Adaptation des Trainings auch und gerade in der Leprakontrolle im dezentralisierten Gesundheitssystem (und in Zeiten rückläufiger Inzidenz)
- Möglichkeiten und Grenzen der Einbindung privater Gesundheitsdienste in präventive Medizin und Leprakontrolle

Zum Beschluss sei gerade im Felde der Gesundheitssystemforschung, die Medizin, Politik und manche andere Disziplin berührt, an die Notwendigkeit erinnert, den Einfluß solcher Forschungsergebnisse auf das Gesundheitssystem zu intensivieren. Für Forscher und Politiker sollte gelten, dass keine – zumindest keine relevante – Forschung ohne Feedback vorgenommen wird. Ebenso sollte keine Politik – zumal keine Gesundheitspolitik – ohne Konsultation wesentlicher Forschungsergebnisse gemacht werden. Nur wenn ein solcher Widerhall gegeben ist, wird die Gesundheitssystemforschung auf den Einfluß nehmen, was sie untersucht: erfolgversprechende Wege zur Sicherung und Verbesserung der Qualität der Gesundheitsversorgung für die Allgemeinbevölkerung.

* * * * *

7. Bibliographie

[Acharya N, Pal NK, Bhoi D und Mohanty UK (1998) Impact of Community Awareness Activities on Voluntary Reporting of Leprosy Cases – Bhatli Block, Bargarh District, Orissa New Delhi: DANLEP – unpublizierte Studie]

[Ali M, Rao TK und Nayak RN (1998) Involvement of Primary Health Care Staff in Leprosy Control – Kasinagar Block, Gajapati District, Orissa New Delhi: DANLEP – unpublizierte Studie]

Araújo Jr. JL (1997) Attempts to decentralize in recent Brazilian health policy: Issues and problems, 1988-1994 International Journal of Health Services 27(1): 109-124

Asociación Médica Colombiana (1998) Posición oficial de la AMC frente al Sistema General de Seguridad Social Santafé de Bogotá: AMC

Atkinson S, Medeiros RLR, Oliveira PHL und de Almeida RD (2000) Going down to the local: incorporating social organisation and political culture into assessments of decentralised health care Social Science and Medicine 51: 619-36

Ausse J, Omar MA, Mamede S, Calderaro Munguba Mecedo M, Pinto A und Sales Campos J (1995) Developing an information system to support the pursuit of decentralization – The perspective of Ceará State in Brazil Journal of Management in Medicine 9(4): 35-43

v Baratta M (Hgb.; 2000) Der Fischer Weltatmanach 2001 Frankfurt/M: Fischer Taschenbuch Verlag

Baris E (2000) Tuberculosis in times of health sector reform Int J Tuberc Lung Dis 4(7): 595-96

Beex-Bleumink M (1984) New developments in ALERT leprosy control programme and the issues of integration Ethiopian Journal of Health Development 1(2): 49-55

Bertaux P (1966) Fischer Weltgeschichte 32: Afrika Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Biermann H (1999) Woher bezieht die Gesundheitssystemforschung ihre Fragestellungen? In: Gesundheitssystemforschung in Wissenschaft und Praxis (hgb. v. König HH und Graf v Stillfried D) Stuttgart, New York: Schattauer

[Biswal S, Mohanty AC, Nayak DN und Nayak AK (1998) Integration of Leprosy Control Activities in Primary Health Care – Mandasahi, Jagatsingpur District, Orissa New Delhi: DANLEP – unpublizierte Studie]

Bosman MCJ (2000) Health sector reform and tuberculosis control: the case of Zambia Int J Tuberc Lung Dis 4 (7): 606-14

Bossert T (1996) Decentralization In: Health policy and systems development – An agenda for research (hgb. v. Janovsky K) Geneva: WHO

Bossert T (1998) Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance Social Science and Medicine 47(10): 1513-1527

Buba TF, Dass MI und Steentjes M (1998) The slow integration of leprosy control services into the Primary Health Care system in Bauchi State NSL, Bauchi: unpublizierte Studie

Buse K (1994) Spotlight on international organizations – The World Bank Health Policy and Planning 9 (1): 95-99

Cassels A (1995) Health sector reform: Key issues in less developed countries Geneva: WHO

Cassels A und Janovsky K (1998) Better health in developing countries: are sector-wide approaches the way of the future? Lancet 352: 1777-79

Castelblanco de Castro B (Hgb., 1994) Sistema de Seguridad Social Integral – Ley No. 100 de 1993 Santafé de Bogotá: Editorial Publicitaria

Castrillón A. MC und Gómez T. GE (1994) Proyecto de maestría en salud colectiva en el contexto sanitario, sociopolítico y científicotécnico de Colombia Educación, Medicina y Salud 28(2): 269-78

Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano – CINDE (2000) El componente educativo en los programas de Ayuda Alemana a Enfermos de Lepra en Colombia Santafé de Bogotá: CINDE

Cheema GS und Rondinelli DA (1983) Decentralization and Development – Policy Implementation in Developing Countries Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publications

Collins CD (1989) Decentralization and the need for political and critical analysis Health Policy and Planning 4(2): 168-171

Collins C (1994) Management and Organisation of Developing Health Systems Oxford: Oxford University Press

Collins C und Green A (1994) Decentralization and Primary Health Care: Some negative implications in developing countries International Journal of Health Services 24(3): 459-475

Collins C (1996) Decentralization In: Health policy and systems development – An agenda for research (hgb. v. Janovsky K) Geneva: WHO

Collins C, Green A und Hunter D (1998) Health sector reform and the interpretation of policy context Health Policy 47: 69-83

Collins C, Araujo J und Barbosa J (2000) Decentralising the health sector: issues in Brazil Health Policy 52: 113-127

[Community Health Department, Christian Medical College, Vellore, India (1999) Process and impact of integration of leprosy services with Primary Health Care services in Tamilnadu CMC, Vellore: unpublizierte Studie]

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – CONASEMS (Hgb.; 1990) Sistema Único de Saúde Porto Alegre: CONASEMS

Contraloría General de la República, República de Colombia (1998) La salud en Colombia – un diagnóstico reservado Santafé de Bogotá: Contraloría de la República

Dawit MW, Ahmed M, Mekibib B, Genebo AT und Asnake M (1997) Knowledge and attitude of health professionals in relation to the involvement of the general health service (GHS) staff in the management of leprosy in southern nations, nationalities and peoples regions (SNNPR), Ethiopia ALERT, Addis Abeba: unpublizierte Studie

Declercq E, Saunderson P und Kalk A (2001) Interpretation of leprosy epidemiological indicators London: ILEP (unpubliziertes Dokument)

Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (1996) GTZ – Cooperación Alemana al Desarrollo Santafé de Bogotá: GTZ

Dhondt J (1968) Fischer Weltgeschichte 10: Das frühe Mittelalter Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch Verlag

Dias J und Pinto C (2000) La reforma del sector de salud, descentralización, prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores Cadernos de Saúde Pública 16(S2): 117-23

Donabedian A (1980) Explorations in quality assessment and monitoring Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press

Feenstra P (1993) Leprosy control through general health services and/or combined programmes Leprosy Review 64: 89-96

Freese de Carvalho EM, Acioli MD, Branco MAF, Costa AM, Cesse EAP, de Andrade AG, de M. L. L. und Mello E (1998) Evolução da esquistossomose na Zona da Mata Sul de Pernambuco. Epidemiologia e situação atual: controle ou descontrole? Cadernos de Saúde Pública 14(4): 787-795

Frenk J und González-Block MA (1992) Primary care and reform of health systems: a framework for the analysis of Latin American experiences Health Services Management Research 5(1): 32-43

Garfield R (1999) Malaria control in Nicaragua: social and political influences on disease transmission and control activities Lancet 354: 414-18

Gaster L (1991) Quality and decentralisation: are they connected Policy and Politics 19(4) 257-267

Gilson L, Kilima P und Tanner M (1994) Local government decentralization and the health sector in Tanzania Public Administration and Development 14: 451-477

González-Block M, Leyva R, Zapata O, Loewe R und Alagón J (1989) Health services decentralization in Mexico: formulation, implementation and results of policy Health Policy and Planning 4(4): 301-315

Green AT und Jochem K (1998) Sustaining leprosy services in the changing context of health sector reform Leprosy Review 69: 134-144

Guerrero MI, Plazas N und León CI (2000) Situación de la lepra en Colombia: un análisis crítico Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 5 (10): 149-154

Hansen C und Kibuga D (2000) Effective tuberculosis control and health sector reforms in Kenya: challenges of an increasing tuberculosis burden and opportunities through reform Int J Tuberc Lung Dis 4 (7): 627-32

Harris RL (1983) Centralization and Decentralization in Latin America In: Decentralization and Development – Policy Implementation in Developing Countries (hgb. v. Cheema GS und Rondinelli DA) Beverly Hills, London, New Delhi: Sage Publication

Hastings RC (Hgb., 1994) Leprosy Edinburgh, London, Madrid, Melbourne, New York, Tokyo: Churchill Livingstone

Hensley S (1999) Brazilian healthcare at a crossroad Modern Healthcare May 17, 1999

Hortale VA, Pedroza M und Rosa MLG (2000) Operacionalizando as categorias acesso e descentralização na análise de sistemas de saúde Cadernos de Saúde Pública 16(1): 231-39

International Federation of Anti-Leprosy Associations (1997) Sustaining leprosy related activities – Guidelines for responding to change London: ILEP

Jacyk WK (1983) Leprosy in Africans Würzburg: DAHW

[Jain VK, Sharma OP, Saxena PK und Sharma BL (1998) Detection of New Cases of Leprosy and Drug Delivery by Jan Swasthya Rakshaks – Manpura Block, Shivpuri District, Madhya Pradesh New Delhi: DANLEP – unpublizierte Studie]

Janovsky K (Hgb., 1996) Health policy and systems development – An agenda for research Geneva: WHO

Jaramillo Perez I (1998) Seguridad Social en Salud – La puesta en marcha de la Ley 100 de 1993 Bogotá: unpublizierte Studie

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS Epidemiological Fact Sheet Brazil, Colombia
<http://www.unaids.org>

Kritski AL und Ruffino-Netto A (2000) Health sector reform in Brazil: impact on tuberculosis control Int J Tuberc Lung Dis 4 (7): 622-26

Kumaresan JA, de Colombani P und Karim E (2000) Tuberculosis and health sector reform in Bangladesh Int J Tuberc Lung Dis 4 (7): 615-21

Lever P, Bijlmakers L, Zwanikken P und Saunderson P (1998) Health System Research in leprosy control – what contributions can it make? Leprosy Review 69: 122-127

[Liaquat Ali A, Selvaraj C, Kumar MB, Nesamony MC, Joe JA und Christy A (1998) A study on leprosy case detection and treatment through integrated Primary Health Care services in Kurunthencode block, Kanyakumari district, Tamilnadu New Delhi: DANLEP – unpublizierte Studie]

Londoño J-L und Frenk J (1997) Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America Health Policy 41: 1-36

López- Arellano O und Blanco-Gil J (2001) La polarización de la política de salud en México Cadernos de Saúde Pública 17(1): 43-54

Lourenço EC (1999) A supervisão técnica na Fundação Centro de Reabilitação “Dom Aquino Corrêa” como suporte do processo de descentralização Cuiabá/Mato Grosso: unpublizierte Studie

Maciel A, Furtado AF und Marzochi KBF (1999) Perspectivas da municipalização do controle da filariose linfática na região metropolitana do Recife Cadernos de Saúde Pública 15(1): 195-203

Mercadante OA, Yunes J und Chorny AH (1994) Decentralización y municipalización de los servicios de salud en São Paulo, Brasil Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 116(5): 381-96

Miller B (2000) Health sector reform: scourge or salvation for TB control in developing countries? Int J Tuberc Lung Dis 4(7): 593-94

Mills A (Hgb.; 1990) Health system decentralization – Concepts, issues and country experiences Geneva: WHO

Ministério da Saúde (1997) Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do Modelo Assistencial Brasília: Ministério de Saúde

Ministério da Saúde (1999) Guia para implantar/implementar as atividades de controle da Hanseníase nos planos estaduais e municipais de saúde Brasília : Ministério da Saúde

Ministério da Saúde (2000a) A Prática do Controle Social: Conselhos de Saúde e Financiamento do SUS Brasília: Ministério de Saúde

Ministério da Saúde (2000b) Informação da Atenção básica No. 4 Brasília: Ministério da Saúde

Ministério da Saúde (2000c) Legislação sobre o Controle da Hanseníase no Brasil Brasília: Ministério da Saúde

Ministério da Saúde (2001a) Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB-SUS) 1996 <http://www.saude.gov.br>

Ministério da Saúde (2001b) Instrução Normativa no. 01/98 <http://www.saude.gov.br>

Ministério da Saúde (2001c) Portaria nº 1.454/GM vom 21.12.1999 <http://www.saude.gov.br>

Ministério da Saúde (2001d) Norma Operacional de Assistência à Saúde/SUS (NOAS-SUS) 2001 <http://www.saude.gov.br>

Ministerio de Gobierno, República de Colombia (1990) Se reorganiza el Sistema Nacional de Salud – Ley 10 de 1990 (enero 10) Diario Oficial 10.01.1990: 1-8

Ministerio de Gobierno, República de Colombia (1993) Ley 60 – Agosto 12/93 Santafé de Bogotá: Ediciones Paideia Ltda.

Ministerio de Salud, Dirección General de Seguridad Social, República de Colombia (1997) El ABC del Régimen Subsidiado de Seguridad Social en Salud Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud

Ministerio de Salud, Superintendencia Nacional de Salud, República de Colombia (1997) Control Social – Derechos y Deberes Santafé de Bogotá: Ministerio de Salud

[Mohamed Esoof KME, Rajagopal RT, Venkateswaran N und Arunachalam A (1998) Knowledge and skills of Primary Health Centre medical officers for leprosy diagnosis – Salem and Veerapandi blocks, Salem district, Tamilnadu New Delhi: DANLEP – unpublizierte Studie]

NN (2000a) Una 'potencia' en salud? El Tiempo 25.06.: 3-1

NN (2000b) El ISS paga más de lo que debe El Espectador 20.07.: 4-B

NN (2001a) 'Médico de família é a solução' Jornal do Brasil 07.04. : 19

NN (2001b) Governo avalia descentralização O Estado do Maranhão 31.03.: 3

NN (2001c) Salário atrai médicos ao interior O Estado do Maranhão 01.04.: 4

Patiño Restrepo JF (1999) La Ley 100 – Reforma y crisis de la salud Santafé de Bogotá : Academia Nacional de Medicina

Pessoto UC, do Nascimento PR und Heimann LS (2001) A gestão semiplena e a participação popular na administração da saúde Cadernos de Saúde Pública 17(1): 89-97

Pinheiro P (2001) Saúde e interesses Jornal do Brasil 09.04.: 9

Pinto R (2000) El control de la lepra en Colombia Informe Quincenal Epidemiológico Nacional 5 (10): 147-48

[Prasad CB, Kosre DN und Mukherjee BP (1998) Detection of New Cases of Leprosy and Drug Delivery by the Primary Health Care System – Gunderdehi Block, Durg District, Madhya Pradesh New Delhi: DANLEP – unpublizierte Studie]

[Ramachandran P, Balasubramaniam R, Athikrishnan V, Raja K und Rajavel AC (1998) Leprosy Case Detection and Treatment through Primary Health Care Services in Thuraiyur and Manikandam Blocks, Tiruchirapalli District, Tamil Nadu New Delhi: DANLEP – unpublizierte Studie]

[Ramesh VK, Pasupathy S und Samuel ARS (1998) Leprosy Case Detection and Treatment through Integrated Primary Health Care Services – Nabdivaram block, Kancheepuram district, Tamilnadu New Delhi: DANLEP – unpublizierte Studie]

de Rijk A (1984) Combining tuberculosis and leprosy services in one programme Ethiopian Journal of Health Development 1(2): 37-44

Roos BR, van Brakel WH und Chaurasia AK (1995) Integration of leprosy control into Basic Health Services; an example from Nepal International Journal of Leprosy 63(3): 422-429

Sandiford P, Kanga GJ und Ahmed AM (1994) The management of health services in Tanzania: a plea for health sector reform International Journal of Health Planning and Management 9: 295-308

Sauerborn R, Nitayarumphong S und Gerhardus A (1999) Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform Tropical Medicine and International Health 4(12): 827-835

Schwartz FW und Krauth C (1999) Zur Relevanz empirischer Forschung und quantitativer Methoden in der Gesundheitssystemforschung In: Gesundheitssystemforschung in Wissenschaft und Praxis (hgb. v. König HH und Graf v Stillfried D) Stuttgart, New York: Schattauer

Secretaria Estadual da Saúde de Mato Grosso – SES/MT (2001) Programa Saúde da Família
Cuiabá: SES/MT

Smith BC (1985) Decentralization – The territorial dimension of state London, Boston, Sydney:
George Allen & Unwin

Soares ECC, Dias SMO, Cavalcante SC, Pacheco AGF, Pio JE und Bellizzi ALM (1998) zitiert von
Kritski AL und Ruffino-Netto A (2000) Perfil dos casos de tuberculose notificados por centros de
saúde e hospitais na cidade de Rio de Janeiro J Pneumologia 24(S1): S172

Teixeira I (2001) Os mitos da saúde Jornal do Brasil 12.04.: 9

Varkevisser CM, Pathmanathan I und Brownlee A (1991) Designing and conducting health
systems research projects Vol. 2, Part 1 Ottawa: International Development Research Centre

Walt G (1994) Health Policy – An Introduction to Process and Power London & New Jersey: Zed
Books

Warndorff DK und Warndorff JA (1990) Leprosy control in Zimbabwe: from a vertical to a
horizontal programme Leprosy Review 61: 183-187

Warndorff JA (1984) Attempts at integrating the training in leprosy and tuberculosis: experience,
problems and prospects Ethiopian Journal of Health Development 1(2): 45-48

Weil DEC (2000) Advancing tuberculosis control with reforming health systems Int J Tuberc Lung
Dis 4 (7): 597-605

Wille E (1999) Praktizierte Interdisziplinarität in der Gesundheitssystemforschung: Der
Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen In:
Gesundheitssystemforschung in Wissenschaft und Praxis (hgb. v. König HH und Graf v Stillfried D)
Stuttgart, New York: Schattauer

World Bank (1987) Financing Health services in developing countries: A World Bank policy study
Washington: The International Bank of Reconstruction and Development

World Bank (1993) World Development Report: Investing in Health Washington: Oxford
University Press

World Bank (1998) Impact Evaluation Report: The Brazil Health System
<http://wbln0018.worldbank.org>

World Health Organization (1982) Chemotherapy of leprosy for control programmes: report of a WHO Study Group WHO Technical Report Series No. 675

World Health Organization (2000) The World Health Report 2000: Health Systems – Improving Performance Geneva: WHO

Anm.: Nur zur Verwendung im Rahmen dieser Arbeit überlassene unpublizierte Studien, die im Auftrag der DANLEP erstellt wurden, sind durch eckige Klammern – [] – gekennzeichnet.

* * * * *

Appendix

Abkürzungen

ALERT	<i>All Africa Leprosy, Tuberculosis and Rehabilitation Training Centre</i> (Lepra-, Tuberkulose- und Rehabilitations-Trainingszentrum für ganz Afrika)
AMC	<i>Asociación Médica Colombiana</i> (Kolumbianische Ärztereinigung)
ARS	<i>Administradora del Régimen Subsidiado</i> (Verwalter des subsidierten Regimes)
BSP	Bruttosozialprodukt
CES	<i>Conselho Estadual de Saúde</i> (Gesundheitsrat des Bundesstaates)
CIB	<i>Comissão Intergestores Bipartite</i> (Kommission der Beteiligten aus zwei Parteien [Gemeinde und Bundesstaat])
CIT	<i>Comissão Intergestores Tripartite</i> (Kommission der Beteiligten aus drei Parteien [Gemeinde, Bundesstaat, Bundesregierung])
CMS	<i>Conselho Municipal de Saúde</i> (Gesundheitsrat der Gemeinde)
CNS	<i>Conselho Nacional de Saúde</i> (Gesundheitsrat der Nation)
CONASEMS	<i>Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde</i> (Nationalrat der kommunalen Gesundheitssekretäre)
CONASS	<i>Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde</i> (Nationalrat der bundesstaatlichen Gesundheitssekretäre)
COPACOS	<i>Comités de Participación Comunitaria</i> (Komitees für Bevölkerungspartizipation)
DAHW	Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk
DANLEP	<i>Danish Leprosy Elimination Project</i> (Dänisches Projekt der Lepra-Eliminierung)
DDS	Diamino-diphenylsulfon (Dapson)
DGSS	<i>Dirección General de Seguridad Social</i> (Generaldirektion für Sozialversicherung)
EPS	<i>Entidad Promotora de Salud</i> (Einheit zur Gesundheitsförderung)
FARC	<i>Fuerzas Armadas Revolucionarias Colombianas</i> (Revolutionäre Kolumbianische Streitkräfte)
FNS	<i>Fundação Nacional de Saúde</i> (Nationale Gesundheitsstiftung)
FOSYGA	<i>Fondo de Solidariedad y Garantía</i> (Solidaritäts- und Garantiefonds)

FUAM	<i>Fundação de Dermatologia e Venereologia Tropical Alfredo da Matta</i> (Stiftung für tropische Dermatologie und Venereologie Alfredo da Matta)
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
IEC	<i>information, education, communication</i>
ILEP	<i>International Federation of Anti-Lepra Associations</i> (Internationale Föderation der Leprahilfswerke)
INAMPS	<i>Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social</i> (Nationales Institut für medizinische Dienste der Sozialfürsorge)
IPS	<i>Institución Prestadora de Salud</i> (Gesundheitsdienstleistungseinrichtung)
ISS	<i>Instituto de Los Seguros Sociales</i> (ISS)
MB	multibacillär(e)
MDT	<i>multi drug therapy</i> (Polychemotherapie)
MSC	<i>Medico-Social Commission</i> (Medizinisch-Soziale Kommission)
NLEP	<i>National Leprosy Eradication Programme</i> (Nationales Lepra- Eradikationsprogramm)
NRO	Nicht-Regierungsorganisation
NTCP	<i>National Tuberculosis Control Programme</i> (Nationales Tuberkulose- Kontrollprogramm)
NTLP	<i>National Tuberculosis and Leprosy Control Programme</i> (Nationales Lepra- und Tuberkulose-Kontrollprogramm)
NOB	<i>Norma Operacional Básica</i> (Grundlegende operative Norm)
OPS	Organización Panamericana de Salud (Panamerikanische Gesundheitsorganisation – regionale Vertretung der WHO)
PHC	<i>Primary Health Care</i> (Primäre [präventive] Gesundheitsversorgung)
PAB	<i>Plan de Atención Básica</i> (Plan der Grundversorgung)
PACS	<i>Programa de Agentes Comunitários de Saúde</i> (Programm von Gesundheitsagenten der Gemeinde)
PB	paucibacillär(e)
PSF	<i>Programa Saúde da Família</i> (Programm der Familiengesundheit)
PoD	<i>Prevention of Disabilities</i> (Prävention von Behinderungen)
POS	<i>Plan Obligatorio de Salud</i> (Obligatorischer Gesundheitsplan)
PPI	<i>Programação Pactuado e Integrada</i> (vereinbarte und integrierte Programmierung)
SER	<i>Socio-economic Rehabilitation</i> (Sozio-ökonomische Rehabilitation)
SGSSS	<i>Sistema General de Seguridad Social en Salud</i> (Allgemeines System für Sozialversicherung im Gesundheitswesen)

SINAN	<i>Sistema de Informação de Agravos de Notificação</i> (Informationssystem meldepflichtiger Beeinträchtigungen [der Gesundheit])
SISBEN	<i>Sistema de identificación de beneficiarios de programas sociales</i> (System der Identifizierung von Nutznießern der Sozialprogramme)
SUS	<i>Sistema Único da Saúde</i> (Einziges Gesundheitssystem)
TCP	<i>Tuberculosis Control Programme</i> (Tuberkulose-Kontrollprogramm)
USA	<i>United States of America</i> (Vereinigte Staaten von Amerika)
USAID	<i>United States Agency for International Development</i> (Gesellschaft der Vereinigten Staaten für internationale Entwicklung)
WHO	<i>World Health Organization</i> (Weltgesundheitsorganisation)

Ausgewählte Indikatoren der Gesundheitssysteme von acht Staaten

		Kolumbien	Brasilien	Venezuela	Peru	Bolivien	Argentinien	Mosambik	Deutschland
Indikator	Jahr	Schätzung	Schätzung	Schätzung	Schätzung	Schätzung	Schätzung	Schätzung	Schätzung
Bevölkerung	1999	41.600.000	168.000.000	23.700.000	25.200.000	8.100.000	36.600.000	19.300.000	82.2000.000
Jährl. Bevölkerungswachstum	1990-98	1,9%	1,4%	2,2%	1,8%	2,4%	1,3%	3,5%	0,4%
Städt. Bevölkerung	1998	72%	78%	87%	72%	63%	89%	38%	87%
Alphabetisierungsrate (Erwachsene)	1995	91%	83%	92%	89%	85%	97%	42%	99%
Geburtenziffer	1999	24/1.000	20/1.000	25/1.000	25/1.000	33/1.000	20/1.000	43/1.000	9/1.000
Sterbeziffer	1999	6/1.000	7/1.000	5/1.000	6/1.000	9/1.000	8/1.000	19/1.000	11/1.000
Müttersterblichkeit	1990	1/1.000	2,2/1.000	2,2/1.000	2,8/1.000	6,5/1.000	1/1.000	15/1.000	0,22/1.000
Lebenserwartung	1998	71,1 J.	67,7 J.	73,6 J.	67,4 J.	61,5 J.	74,2 J.	42,9 J.	76,4 J.
Fruchtbarkeitsrate	1999	2,7	2,2	2,9	2,9	4,2	2,6	6,1	1,3
Säuglingssterblichkeit	1999	29/1.000	41/1.000	21/1.000	43/1.000	66/1.000	19/1.000	129/1.000	5/1.000
Sterblichkeit 0-5 Jahre	1999	29/1.000	45/1.000	23/1.000	49/1.000	86/1.000	22/1.000	193/1.000	6/1.000
Sterblichkeit 15-59 Jahre	1999	175/1.000	226/1.000	129/1.000	192/1.000	263/1.000	135/1.000	547/1.000	102/1.000
Deckung Trinkwasserversorgung	1990-98	85%	70%	59%	72%	65%	68%	34%	..
Deckung Kanalisationsanschluß	1990-98	85%	76%	79%	67%	80%	71%	46%	..
Anteil Gesundheitsausgaben am BSP	1997	9,3%	6,5%	3,9%	5,6%	5,8%	8,2%	5,8%	10,5%
Gesundheitsausgaben per capita	1997	247 US \$	319 US \$	150 US \$	149 US \$	59 US \$	676 US \$	5 US \$	2713 US \$
Fairness ranking WHO	1997	1	189	98	184	68	89-95	38-40	6-7
Human development index ranking	1999	57	79	65	80	114	35	168	14

Tabelle 7: Demographische Daten und Indikatoren der Gesundheitsversorgung in sechs lateinamerikanischen Staaten, Mosambik und Deutschland Quellen: WHO, Fischer Weltalmanach 2001, UNAIDS

Danksagung

An dieser Stelle sei den DAHW-Mitarbeitern in den Ländern der Untersuchung für die Schienung der Kontakte und ihre rückhaltlosen Hilfsbereitschaft gedankt:

- Dr. Rafael Pinto, medizinischer Berater des DAHW in Bogotá, Kolumbien
- Dr. Santiago Fadul, medizinischer Berater des DAHW in Barranquilla, Kolumbien
- Herrn Manfred Göbel, Koordinator des DAHW in Cuiabá, Mato Grosso, Brasilien
- S. Angela Alcalde Torrecilla, Repräsentantin des DAHW in Brasilien mit Sitz in Manaus, Amazonas
- Frau Hannelore Vieth, Koordinatorin des DAHW in São Luís, Maranhão, Brasilien

Auch sei die Unterstützung durch die vielen Interviewpartner in Kolumbien und Brasilien hervorgehoben, die teilweise sogar ohne Sorge um ihre persönliche Sicherheit sehr freimütig und offen ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Forschungsthema schilderten.

Ohne die Bereitschaft des DEUTSCHEN AUSSÄTZIGEN-HILFSWERKES, ihren Datensatz zur Verfügung zu stellen und die Interviews eingebettet in Projektreisen durchzuführen, wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen. Ausdrücklich erwähnt sei das diesbezügliche Entgegenkommen von Herrn Dr. Jürgen König.

Schließlich sei in besonderem Maße und ausdrücklich Herrn Prof. Dr. Klaus Fleischer für seine ununterbrochene Ansprechbarkeit und nachhaltige Unterstützung bei der Durchführung dieser Studie gedankt.

Curriculum vitae

Name:	Andreas Kalk	
Geburtsdatum:	26.12.58	
Geburtsort:	Göttingen	
Religion:	ev.-luth.	
Schulbildung:	1965-68	Volksschule Altenholz bei Kiel
	1968-77	Kieler Gelehrtenschule, Reifeprüfung, Stipendium der Studienstiftung des deutschen Volkes
Berufsausbildung:	1977-82	Universität Kiel - Studium der Medizin mit den entsprechenden Zwischenprüfungen
	1982-83	FU Berlin - Praktisches Jahr, Approbation als Arzt
	1998	Kursus <i>Masters of Community Health</i> an der <i>Liverpool School of Tropical Medicine</i>
Berufspraxis:	1983-84	Auslandsaufenthalt in Westafrika und Südamerika, Freiwilligenarbeit auf den Kapverdischen Inseln
	1985-87	Chirurgischer Assistenzarzt im <i>Kreiskrankenhaus Brunsbüttel/Dithmarschen</i>
	1987-92	Assistenzarzt Allgemein- und Gefäßchirurgie (ein Jahr Unfallchirurgie) im <i>Zentralkrankenhaus Bremen-Nord</i> , Anerkennung als Arzt für Chirurgie
	1992-93	Oberarzt Allgemein- und Gefäßchirurgie ebendort
	1993-94	Oberarzt chirurg. Abteilung des <i>Hospital Provincial de Tete</i> in Mosambik
	1994-95	Leitender Arzt der nämlichen Abteilung
	1995-97	Leitender Arzt chirurg. Abteilung/stellv. Ärztl. Direktor des <i>Catholic Community Specialist Hospital</i> in Enugu/Nigeria
	seit 01.04.1999	Medizinischer Berater beim <i>Deutschen Aussätzigen-Hilfswerk</i>
Kurzfristige Beschäftigungen:		
	Herbst 1998	<i>Senior House Officer</i> im <i>Arrowe Park Hospital</i> , The Wirral, UK
	Frühjahr 1999	Oberarzt chirurg. Abteilung der <i>Paracelsus-Klinik</i> in Glückstadt/Holstein