

# ARCHIVES HISTORIQUES DE LA COMMISSION

COLLECTION RELIEE DES  
DOCUMENTS "COM"

COM (75)642

Vol. 1975/0240

### ***Disclaimer***

Conformément au règlement (CEE, Euratom) n° 354/83 du Conseil du 1er février 1983 concernant l'ouverture au public des archives historiques de la Communauté économique européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique (JO L 43 du 15.2.1983, p. 1), tel que modifié par le règlement (CE, Euratom) n° 1700/2003 du 22 septembre 2003 (JO L 243 du 27.9.2003, p. 1), ce dossier est ouvert au public. Le cas échéant, les documents classifiés présents dans ce dossier ont été déclassifiés conformément à l'article 5 dudit règlement.

In accordance with Council Regulation (EEC, Euratom) No 354/83 of 1 February 1983 concerning the opening to the public of the historical archives of the European Economic Community and the European Atomic Energy Community (OJ L 43, 15.2.1983, p. 1), as amended by Regulation (EC, Euratom) No 1700/2003 of 22 September 2003 (OJ L 243, 27.9.2003, p. 1), this file is open to the public. Where necessary, classified documents in this file have been declassified in conformity with Article 5 of the aforementioned regulation.

In Übereinstimmung mit der Verordnung (EWG, Euratom) Nr. 354/83 des Rates vom 1. Februar 1983 über die Freigabe der historischen Archive der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft und der Europäischen Atomgemeinschaft (ABl. L 43 vom 15.2.1983, S. 1), geändert durch die Verordnung (EG, Euratom) Nr. 1700/2003 vom 22. September 2003 (ABl. L 243 vom 27.9.2003, S. 1), ist diese Datei der Öffentlichkeit zugänglich. Soweit erforderlich, wurden die Verschlussachen in dieser Datei in Übereinstimmung mit Artikel 5 der genannten Verordnung freigegeben.

# KOMMISSION DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

KOM(75) 642 endg.

Brüssel, den 18. Dezember 1975

BERICHT DER KOMMISSION AN DEN RAT DER GEMEINSCHAFTEN  
ÜBER DIE BEDINGUNGEN FÜR DIE DURCHFÜHRUNG UND VERWENDUNG  
DER HILFEN DURCH DIE BEGÜNSTIGTEN ASSOZIIERTEN STAATEN,  
LÄNDER UND GEBIETE

---

1974

---

# INHALTSVERZEICHNIS

|                                                         | <u>Seite</u> |
|---------------------------------------------------------|--------------|
| A. <u>EINLEITUNG</u>                                    | 1            |
| B. <u>NUTZUNG DER VORHABEN</u>                          | 5            |
| I. <u>Tätigkeiten</u>                                   | 5            |
| 1. Belegung der Krankenhäuser                           | 5            |
| 2. Übrige Tätigkeiten                                   | 6            |
| 3. Zusammenfassung                                      | 6            |
| II. <u>Instandhaltung der Gebäude und Ausrüstungen</u>  | 8            |
| 1. Gebäude                                              | 8            |
| 2. Ausrüstungen                                         | 8            |
| 3. Ausbildungsprogramme für das Instandhaltungspersonal | 9            |
| III. <u>Personal der Krankenhäuser</u>                  | 11           |
| 1. Personalbestand der Krankenhäuser                    | 11           |
| 2. Ausländische technische Hilfe                        | 12           |
| 3. Personal der Präventivmedizin                        | 13           |
| IV. <u>Budgets der Krankenhäuser</u>                    | 14           |
| 1. Bemerkungen zur Methode                              | 14           |
| 2. Betriebsbudgets                                      | 15           |
| 3. Herkunft der Mittel                                  | 17           |
| 4. Faktisches Gleichgewicht der Betriebsbudgets         | 18           |
| 5. Betriebsniveau                                       | 19           |
| 6. Struktur der Budgets                                 | 19           |
| 7. Einnahmen                                            | 20           |
| V. <u>Medikamente</u>                                   | 22           |

|                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>C. <u>VORAUSSETZUNGEN FÜR EIN KOHÄRENTES GESAMTKONZEPT DER VORHABEN</u></b>                        | 24 |
| <b>I. <u>Platz der Vorhaben im Rahmen der Entwicklung der Infrastruktur des Gesundheitswesens</u></b> | 24 |
| 1. Einzelvorhaben                                                                                     | 24 |
| 2. Globalinterventionen (Obervolta, Niger)                                                            | 27 |
| 3. Ergänzende Bestimmungen                                                                            | 30 |
| 4. Zusammenfassung                                                                                    | 32 |
| <b>II. <u>Das Personal auf Landesebene</u></b>                                                        | 33 |
| 1. Ärzte                                                                                              | 33 |
| 2. Pflegepersonal und Verwaltungspersonal                                                             | 34 |
| 3. Der Mangel an medizinischem Personal                                                               | 34 |
| 4. Einige Erwägungen über mögliche Maßnahmen                                                          | 36 |
| 5. Zusammenfassung                                                                                    | 38 |
| <b>III. <u>Die nationalen Gesundheitsbudgets</u></b>                                                  | 39 |
| 1. Bemerkungen zur Methode                                                                            | 39 |
| 2. Kennzeichen der Haushaltslage                                                                      | 39 |
| 3. Ausländische Betriebshilfe                                                                         | 43 |
| 4. Lehren aus den analysierten Erfahrungen                                                            | 44 |
| <b>IV. <u>Technische Konzeption</u></b>                                                               | 48 |
| 1. Kriterien für eine zweckorientierte Konzeption                                                     | 48 |
| 2. Überlegungen zu den Anforderungen an die technische Konzeption                                     | 51 |
| <b>D. <u>BETRIEBSHILFEVORHABEN</u></b>                                                                | 54 |
| I. <u>Technische Hilfe</u>                                                                            | 54 |
| II. <u>Die temporäre Übernahme des Betriebs</u>                                                       | 55 |
| <b>E. <u>ZUSAMMENFASSUNG UND ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN</u></b>                                    | 57 |

ANHÄNGEANHANG I    DIE VORHABEN

I/1

Ziele, Konzeption und allgemeine Ergebnisse

I/1

1. Durchgeführte Vorhaben in Madagaskar

I/1

2. Krankenanstalten in Dahome

I/5

3. Mauretanien: Landeskrankenhaus in Nouakchott

I/7

4. Somalia: Allgemeines Krankenhaus in Mogadiscio

I/11

5. Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens in Obervolta

I/14

6. Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens in Niger

I/17

7. Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens in Kamerun

I/20

ANHANG II    LISTE DER VORHABEN, DEREN NUTZUNGSBEDINGUNGENKÜRZLICH GEPRÜFT WURDEN

II/23

## A. EINLEITUNG

Der vorliegende Bericht, erstellt nach Artikel 21 des Internen Abkommens von 1969 über die Finanzierung und die Verwaltung der Hilfe der Gemeinschaft, soll den Rat der Gemeinschaften darüber unterrichten, in welcher Weise die vom Europäischen Entwicklungsfonds finanzierten Vorhaben genutzt werden (1).

Die Kommission hat die Arbeiten zur Evaluierung der von der Gemeinschaft finanzierten Hilfe im Jahre 1974 weiter fortgesetzt. Die Zweckmäßigkeit dieser seit 1966 begonnenen und seitdem ständig weitergeführten Arbeit, die in Zusammenarbeit mit den Behörden der begünstigten Länder erfolgt, bestätigt sich von Jahr zu Jahr: sie ermöglicht es, gegebenenfalls bestehende Lücken in den Vorhaben zu schließen und ferner Lehren zu ziehen, die für die zu gewährende weitere Hilfe richtungsweisend sein und ihre Eingliederung in die Entwicklungsstrategie der einzelnen begünstigten Länder wirksamer gestalten können.

Während die Kommission 1973 die Prüfung einer ersten Gruppe von landwirtschaftlichen Entwicklungsvorhaben durchgeführt hatte (2), konzentrierte sie sich 1974 auf eine Reihe von Vorhaben im Bereich des Gesundheitswesens und prüfte, in welcher Weise von den erstellten Anlagen Gebrauch gemacht wird. Der Ausbau des sozialen Bereichs ist in der Tat eines der wichtigsten Anliegen der Hilfe der Gemeinschaft und gehört auch zu den im zweiten Abkommen von Jaunde festgelegten Prioritäten.

Die Kommissionsdienststellen hatten außerdem bereits früher eine Reihe von Problemen ausmachen können, die die Nutzung der im Bereich des Gesundheitswesens finanzierten Objekte häufig in erheblichem Maße beeinträchtigen und somit ihre Leistungsfähigkeit einschränken. Auf einige dieser Vorhaben wurde bereits in den früheren Berichten der Kommission

./.

- 
- (1) Die Beschreibung der Durchführung der Hilfe ist Teil des gemäß Artikel 29 des zweiten Abkommens von Jaunde erstellten Berichts der Kommission an den Assoziationsrat über die Verwaltung der finanziellen und technischen Zusammenarbeit im Jahre 1974 (Dok. VIII/409(75)-D). Außerdem wurde über die Durchführung mehrerer Vorhaben, bei denen sich besondere Probleme stellten, im Laufe des Jahres in Mitteilungen der Kommissionsdienststellen an den EEF-Ausschuß berichtet.
- (2) Bericht der Kommission an den Rat über die Bedingungen für die Durchführung und Verwendung der Hilfe durch die begünstigten assoziierten Staaten, Länder und Gebiete - 1973 (Dok. KOM(75) 13 endg. vom 22.1.1975).

an den Rat über die Verwendung der Hilfe eingegangen (1). Die summarischen Ergebnisse dieser Prüfungen, die nur Teilaspekte betrafen, konnten nun vertieft, ergänzt und stärker differenziert werden.

Es hat sich gezeigt, daß die aufgetretenen Schwierigkeiten sich nur selten auf einen einzigen und zufälligen Faktor zurückführen ließen, der durch eine rein technische Entscheidung leicht zu korrigieren gewesen wäre. Ganz im Gegenteil hatte es den Anschein, daß sie in der Regel die Folge komplizierterer Phänomene waren und daß in Wirklichkeit der Einfluß von Mängeln institutioneller Art auf nationaler Ebene darin zum Ausdruck kam.

Diese Feststellungen haben gezeigt, daß es zweckmäßig ist, nach Fertigstellung einer ausreichenden Zahl von Vorhaben im Gesundheitssektor ihre Ergebnisse systematisch auszuwerten.

So wurden abgeschlossene Vorhaben des Gesundheitsbereichs geprüft, die als repräsentativ für bestimmte Arten von Maßnahmen gelten können, und dabei Länder herangezogen, für die die vom EEF in diesem Bereich geleistete Hilfe besonders umfangreich war.

Der vorliegende Bericht behandelt 24 abgeschlossene Maßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens (2), davon 16 Infrastrukturvorhaben (Bau von größeren und kleineren Krankenhäusern, Krankenbehandlungsstellen und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes usw.) und 8 Maßnahmen, bei denen es sich um eine temporäre Hilfe zum Betrieb eines Krankenhauses handelt (technische Hilfe, Übernahme der Verwaltungs- und Betriebskosten) (3).

Die einer Prüfung unterzogenen Maßnahmen betreffen folgende Länder: Kamerun, Dahome, Obervolta, Madagaskar, Mauretanien, Niger und Somalia. Alle diese Vorhaben zusammengenommen (insgesamt 30 Millionen RE) stellen 30 % des Gesamtbetrags der aus Mitteln der drei Fonds für Vorhaben im Gesundheitswesen vorgenommenen Mittelbindungen (101 Millionen RE) dar:

#### Finanzierungsbeschlüsse und Ausgaben (in Mio RE)

Stand vom 31.12.1974

|                                                                         | <u>EEF 1</u> | <u>EEF 2</u> | <u>EEF 3</u> | <u>Insgesamt</u> |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------------|
| Finanzierungsbeschlüsse insgesamt<br>(Gesamtbetrag der Mittelbindungen) | 581          | 713 (5)      | 817          | 2.111            |
| <u>davon:</u> Gesundheitswesen (4)<br>(Mittelbindungen)                 | 50           | 28 (5)       | 23           | 101              |
| in diesem Bericht geprüfte<br>Vorhaben (Ausgaben)                       | 16           | 12           | 2            | 30               |

./.

(1) Aktenzeichen der Berichte 1969: 2767/VIII/FED/70; 1970: VIII/398(71)-FED/1; 1971: VIII/258(72)-FED/C-3; VIII/702(73)-C/5

(2) Siehe Liste der Vorhaben in Anlage II/23-24

(3) Diese Anschlußvorhaben gehörten alle zu dem Krankenhausbauvorhaben in Somalia (allgemeines Krankenhaus von Mogadiscio).

(4) Einschließlich Gesundheitskampagnen und technische Zusammenarbeit

(-) Stand Ende 1971



Ziele, Konzeption und wichtigste Ergebnisse der geprüften Vorhaben sind in Anlage I(1) zusammengefaßt. Der Bericht selbst stellt in Form einer Synthese dar, in welcher Weise die vom EEF finanzierten Investitionsvorhaben genutzt werden (Kapitel B). Anschließend wird untersucht, ob und in welcher Weise sich die allgemeine Konzeption der Vorhaben auf nationaler Ebene einordnet: Stellenwert der Vorhaben in der Entwicklung der Infrastruktur des Gesundheitswesens, auf nationaler Ebene für das Gesundheitswesen zur Verfügung stehende personelle und finanzielle Mittel (Kapitel C). Ein weiteres Kapitel behandelt die Vorhaben, die eine Hilfe für den Betrieb und die Verwaltung der erstellten Anlagen beinhalten (Kapitel D). Die Schlußfolgerungen aus der Analyse der untersuchten Investitionsvorhaben sind jeweils am Ende der Abschnitte dargelegt; ein letztes Kapitel (Kapitel E) enthält schließlich eine Zusammenfassung und die allgemeinen Schlußfolgerungen, die sich aus den zuvor im einzelnen dargelegten Betrachtungen ziehen lassen.

Das Material für diesen Bericht beruht im wesentlichen auf

- den Evaluierungsreisen, die 1974 in Somalia, Obervolta und Niger sowie 1970 im Tschad durchgeführt wurden;
- den Prüfungsberichten, die von den beauftragten Kontrolleuren des EEF im Einvernehmen mit den Regierungen der betreffenden Länder erstellt wurden: Kamerun, Dahome, Madagaskar und Mauretanien.

Was die erhaltenen Informationen betrifft, so sind einige die Methode betreffende Vorbehalte zu machen:

- Die Basisstatistiken, auf die sich der Bericht stützen muß, weisen häufig Lücken und zuweilen auch Widersprüche auf;
- die Zahlenangaben sind nicht immer für die gleichen Jahre verfügbar; die Vergleiche (beispielsweise bei den Budgets) beziehen sich folglich manchmal auf verschiedene Jahre;
- eine genaue Definition des Inhalts der verglichenen Zahlen ist nicht immer möglich (2).

./.

---

(1) Seite I/1 bis I/22.

(2) Um die Vergleiche zu erleichtern, wurden die verschiedenen Währungseinheiten zum Jahreskurs in CFA-Franken umgerechnet.

Die Zahlenangaben sind folglich nur als Anhaltspunkte zu betrachten und können häufig nur zu Vergleichszwecken dienen.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die meisten Investitionen des EEF im Bereich des Gesundheitswesens vollauf gerechtfertigt sind. In unterschiedlichen Graden haben alle zur Entwicklung der Infrastruktur des Gesundheitswesens beigetragen, entweder in Form von Vorhaben mit im wesentlichen örtlich begrenzter Wirkung (Dahome, Madagaskar) oder in Form von globalen Vorhaben, die sich harmonisch in die Entwicklungspläne für das Gesundheitswesen einfügen (Obervolta, Niger). In technischer, funktioneller und operationeller Hinsicht kann die Konzeption der Vorhaben in den meisten Fällen als mit den strukturellen Bedürfnissen des Landes übereinstimmend angesehen werden. Die Auswirkungen der Vorhaben sind also weitgehend positiv; ganz allgemein ist aber die Nutzung der großen Krankenhäuser befriedigender als die der kleineren Krankenhäuser auf den mittleren und unteren Ebenen der Gesundheitsdienst-Pyramide.

Bei einigen vom EEF finanzierten kleineren Krankenhäusern war die Wirksamkeit dadurch beeinträchtigt, daß nicht genügend Mittel für den Betrieb zur Verfügung standen. Dagegen haben sich die durch Personalmangel bedingten Schwierigkeiten im Laufe der Jahre durchweg schon etwas verringert. Im Bereich der Instandhaltung der Anlagen bilden die von der Kommission angeregten und finanzierten Programme zur Heranbildung von Spezialpersonal einen zweckmäßigen und wirksamen praktischen Beitrag zur Lösung dieser Probleme. Dagegen ist der Mangel an finanziellen Eigenmitteln der Länder für den ordnungsgemäßen Betrieb der Krankenhäuser immer noch das entscheidende Problem.

Schließlich zeigen die Analysen, daß Nutzen und Nutzung der Investitionen im Gesundheitswesen in Frage gestellt werden können, wenn bestimmte Voraussetzungen in der Organisation des Gesundheitsdienstes und in den ergänzenden Bereichen nicht erfüllt sind: Regelung der Krankenüberweisungen, Erziehung, Wasserversorgung usw.

## B. NUTZUNG DER VORHABEN

### I. Tätigkeiten

Prüft man im einzelnen, wie die vom EEF finanzierten Vorhaben genutzt werden, so gelangt man zu einigen Feststellungen allgemeiner Art, die insbesondere die Belegung der Krankenhäuser und die Tätigkeit der Gesundheitszentren betreffen.

#### 1. Belegung der Krankenhäuser

Ganz allgemein ist der Belegungsgrad der großen allgemeinen Krankenhäuser, die mit allen diagnostischen und therapeutischen Mitteln ausgerüstet sind, höher als der der mittleren Krankenhäuser und Gesundheitszentren. Bei den allgemeinen Krankenhäusern waren folgende Belegungsgrade festzustellen:

- + 90 % in Majunga (Madagaskar), Mogadiscio (Somalia), Niamey (Niger)
- + 100 % in Nouakchott (Mauretanien), Zinder (Niger) (1).

Bei den kleineren und mittleren Krankenhäusern und den Gesundheitszentren auf den mittleren und unteren Stufen der Gesundheitsdienst-Pyramide wird dagegen durchweg nur ein durchschnittlicher Belegungsgrad zwischen 40 und 70 % erreicht, allerdings mit starken Unterschieden zwischen den einzelnen Anstalten innerhalb ein und desselben Landes. In Obervolta beispielsweise sind die Gesundheitszentren von Ziniaré und Kongoussi entschieden unterbelegt (30 %), während das Gesundheitszentrum von Yako voll genutzt wird (100 %).

Die geringere Belegung auf der mittleren Ebene geht im allgemeinen Hand in Hand mit einer kürzeren Verweildauer (rund 10 Tage), die in keinem Fall 14 Tage überschreitet, während sie in den allgemeinen Krankenhäusern im Durchschnitt zwischen 20 und 25 Tagen liegt. Ein

./.

---

(1) Zum Vergleich: 80 % in Ouagadougou und 100 % in Bobo-Dioulasso (Obervolta); nicht vom EEF finanzierte Krankenhäuser.

allzu großer Andrang von Patienten kann natürlich ein Krankenhaus zwingen, die durchschnittliche Verweildauer zu verkürzen, wie beispielsweise in Nouakchott (Mauretanien) und Ouagadougou (Obervolta), wo sie nicht über 10 bis 12 Tage hinausgeht.

## 2. Übrige Tätigkeiten

Die für die übrigen Tätigkeiten (Konsultationen, chirurgische Eingriffe, Entbindungen usw.) vorliegenden Zahlen lassen keine allgemeinen Tendenzen erkennen. Die Zahl der Konsultationen dürfte im wesentlichen von dem Ruf und der Anziehungskraft der Anstalt abhängen, d.h. von der Qualifikation und dem Ansehen der Ärzte und des Pflegepersonals. Die Beispiele Obervolta und Niger zeigen, daß die kleineren Krankenhäuser der mittleren Ebene im allgemeinen stärker in Anspruch genommen werden, wenn sie von einem Arzt und nicht von einem Krankenpfleger geleitet werden.

## 3. Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bei der Analyse der Unterschiede in der Tätigkeit der Krankenhäuser einige grundlegende, wenn auch offensichtliche Tatsachen festzustellen sind: Die Nutzung eines Krankenhauses hängt im wesentlichen von folgenden Faktoren ab:

- Zustand und Instandhaltung des Gebäudes, der festeingebauten Anlagen und der medizinisch-technischen Ausrüstung,
- Zahl, Qualifikation, Initiative und Dynamik des ärztlichen, des Pflege- und des Hilfspersonals,
- finanzielle Mittel, über die das Krankenhaus für seinen Betrieb verfügt,
- zusätzliche materielle Mittel, die das Krankenhaus bekommen kann: Medikamente, ärztliche Instrumente und Kleingerät, usw.

- Funktion, die einem Krankenhaus innerhalb der Gesundheitsdienst-Pyramide zugewiesen ist,
- Erfüllung einiger zusätzlicher Bedingungen, die für den reibungslosen Betrieb erforderlich sind (Regelung der Krankenüberweisungen, Straßenverhältnisse, Vorhandensein von Transportmitteln usw.),
- Standort im Verhältnis zur Dichte und Verteilung der Bevölkerung einerseits und zu den anderen Einrichtungen des Gesundheitsdienstes oder des Privatsektors andererseits,
- Möglichkeiten zur Krankenbehandlung im Vergleich zur Dichte und Verteilung der betreffenden Bevölkerung (wo die regionale Verteilung mehr Einfluß hat als die Gesamtzahl der Bevölkerung),
- Kontinuität und Regelmäßigkeit der Leistungen (bei dem häufig praktizierten regelmäßigen Wechsel des ausländischen Personals beispielsweise kann zwischen Ärzten und Kranken nur eine schwache Vertrauensbasis entstehen),
- gleichzeitige ergänzende Tätigkeiten im Bereich der Präventivmedizin und Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung, der Hygiene, des Schutzes von Mutter und Kind usw. sowie Intensität und Kontinuität dieser Tätigkeiten,
- Interesse oder Desinteresse der örtlichen Behörden,
- kurzfristig, die zeitliche Verteilung der Wirtschaftstätigkeiten der Bevölkerung (Ernten, Möglichkeiten zu zeitweiliger Feldarbeit im Lohnverhältnis, Markttage usw., Impfung des Viehs usw.).

## II. Instandhaltung der Gebäude und Ausrüstungen

Die Instandhaltung der Gebäude und Ausrüstungen ist einer der schwächsten Punkte in der Nutzung der erstellten Anlagen.

### 1. Gebäude

Ganz allgemein ist festzustellen, daß die Instandhaltung der Gebäude einigermaßen regelmäßig und befriedigend durchgeführt wird, wenn es sich um große Krankenhäuser handelt, und um kleinere Krankenhäuser und Gesundheitszentren, für deren Betrieb eine Auslandshilfe aufkommt. Bei den kleineren Krankenhäusern der mittleren und unteren Ebene ist die Instandhaltung dagegen häufig unzureichend oder sogar inexistent.

In der Regel läßt die Instandhaltung der Innenausstattung (Verputz, Anstrich, Holzwerk usw.) mehr zu wünschen übrig als die Instandhaltung der gesamten baulichen Anlage.

Obwohl die Regierungen die Notwendigkeit einer ordnungsgemäßen Instandhaltung der Gebäude eingesehen haben, sind die zur Verfügung stehenden Mittel häufig unzureichend oder werden zur Errichtung anderer Bauwerke ausgegeben, die als wichtiger oder dringender angesehen werden. In den meisten AASM entscheiden die Dienststellen des Ministeriums für öffentliche Arbeiten über die Prioritäten für die Instandhaltungsarbeiten in allen Bereichen, ohne sich dabei immer auf objektive Kriterien zu stützen.

### 2. Ausrüstungen

Die Instandhaltung der Ausrüstungen läßt durchweg umsomehr zu wünschen übrig, je komplizierter die Anlagen sind (Kühlanlagen, elektrische Anlagen, Aufzüge, komplizierte medizinische Geräte usw.). Daß die Einrichtungen häufig sehr bald schadhaft werden und an Wert verlieren, erklärt sich insbesondere durch

- das quantitativ und qualitativ unzulängliche Personal für die Instandhaltung,
- die Gleichgültigkeit der Benutzer (ärztliches und Pflegepersonal, Verwaltungspersonal), die häufig für den Gebrauch von Einrichtungen europäischen Typs schlecht vorbereitet sind (Mangel an Belehrung und Verständnis, Mangel an Motivierung und Initiative),

- unzulängliche Mittel der Instandhaltungsbudgets,
- Fehlen von administrativen und technischen Strukturen auf nationaler Ebene, insbesondere Fehlen von allgemeinen Tätigkeitsplänen und von Arbeitslauf- und Kontrollzetteln in den Krankenhäusern.

Dabei handelt es sich hier um ein Problem, das bei den Krankenhäusern der Landgebiete noch besonders akut ist, während die auf nationaler Ebene getroffenen Maßnahmen und die Aktionen der Auslandshilfe (EEF, WHO, bilaterale Hilfen usw.) dazu beigetragen haben, daß sich die Instandhaltung in den großen Krankenhäusern wesentlich gebessert hat.

Um langanhaltende Pannen zu vermeiden, muß also bei der Wahl der Ausrüstung der Krankenhäuser stärker auf den Kundendienst geachtet werden. Die Lieferanten der Ausrüstung könnten strenger als bisher gehalten werden, den Kundendienst für das von ihnen gelieferte Gerät zu garantieren. Insbesondere könnten sie über die Lastenhefte bei Lieferaufträgen verpflichtet werden,

- den Benutzern den Betrieb und die Handhabung bestimmter Apparate praktisch vorzuführen,
- die für das Anlaufen des Kundendienstes vorgesehenen Maßnahmen genau anzugeben,
- einen Leitfaden oder Merkblätter für die Instandhaltung mitzuliefern, die sehr einfach gehalten und sowohl für die Benutzer als auch für das Instandhaltungspersonal leicht verständlich sind,
- schließlich einen Katalog für die Anschaffung eventuell nötiger Ersatzteile mitzuliefern.

### 3. Ausbildungsprogramme für das Instandhaltungspersonal

Eingedenk der Tatsache, daß die Lösung der Probleme der Instandhaltung eine wesentliche Voraussetzung für den ordnungsgemäßen Betrieb und die volle Nutzung eines Krankenhauses ist, hat die Kommission, ausgehend von den Ergebnissen der Prüfung der Nutzung einiger Krankenhäuser mehrere Ausbildungsprogramme für Instandhaltungspersonal in die Wege geleitet (1). Diese Programme sehen vor:

./.

- (1) Kamerun: Ausbildung von vielseitig einsetzbaren Arbeitskräften für Instandhaltung und von Reparaturtechnikern für ambulante Unterstützungs-, Kontroll- und Instandhaltungsteams (siehe Anlage I/21 und Bericht 1971 über die Verwendung der Hilfe)
- Mauretanien: Aufbau eines Instandhaltungsdienstes und Ausbildung des Benutzer-, Instandhaltungs- und Verwaltungspersonals (siehe Anlage I/9);
- Tschad: wird zur Zeit durchgeführt
- Somalia: noch im Planungsstadium

- Fortbildung der in den Krankenhäusern mit Instandhaltungsarbeiten betrauten Arbeitskräfte, die die laufende Instandhaltung übernehmen sollen,
- Ausbildung von Spezialisten, die in der Lage sind, Defekte aufzuspüren und kompliziertere Reparaturen auszuführen,
- Errichtung geeigneter organisatorischer Strukturen für den Bereich Instandhaltung innerhalb des Gesundheitsministeriums,
- Bildung ambulanter Teams auf nationaler Ebene,
- Einführung des ärztlichen und Pflegepersonals in den ordnungsgemäßen Gebrauch der Ausrüstung,
- Sensibilisierung des Verwaltungspersonals für die Probleme der Instandhaltung sowie der Einrichtung und Verwaltung eines kleineren Ersatzteillagers.



### III. Personal der Krankenhäuser

Die Zahlen, die über den Personalbestand der einzelnen Krankenhäuser vorliegen, lassen nur einige ganz allgemeine Tendenzen erkennen. Die Aufteilung des ärztlichen und Pflegepersonals auf nationaler Ebene wird vom Gesundheitsministerium und der zuständigen nachgeordneten Verwaltungsstelle vorgenommen. Innerhalb der einzelnen administrativen Unterabteilungen ist es dann Sache des verantwortlichen Chefarztes, das Personal den einzelnen Diensten (Krankenhäuser, Gesundheitszentren, Krankenbehandlungsstellen, ambulante Einheiten, Einrichtungen der Präventivmedizin usw.) zuzuweisen. Die Zahl der den einzelnen Krankendienstleistungen aller Stufen zugewiesenen Kräfte kann folglich sehr ungleich sein.

#### 1. Personalbestand der Krankenhäuser

Die Prüfung der Nutzung der einzelnen Krankenhäuser ergibt, daß die Relation zwischen dem gesamten Personalbestand und den Ärzten einerseits und der Kapazität andererseits bei den allgemeinen Krankenhäusern von Mogadiscio (420, davon 31 Ärzte, bei 600 Betten) und Nouakchott (200, davon 10 Ärzte bei 230 Betten) sehr günstig ist. Bei allen anderen Krankenhäusern, die geprüft wurden, ist die Relation sehr viel weniger günstig; die zwischen den einzelnen Krankenhäusern festzustellenden Unterschiede stehen jedoch in den meisten Fällen in keinem erkennbaren Zusammenhang mit dem jeweiligen Tätigkeitsniveau.

Ganz allgemein läßt sich sagen, daß sich der Personalbestand fast aller Krankenhäuser bis zu einem gewissen Grade in einem aus den örtlichen Verhältnissen und den Möglichkeiten des Landes resultierenden faktischen Gleichgewicht befindet. Das bedeutet jedoch nicht, daß der Personalbestand als "normal" oder "ausreichend" zu bezeichnen wäre. Hier stellt sich die Frage, nach welchem Kriterium die erforderliche Personalstärke bestimmt werden soll. Soll man hierbei von den technischen Erfordernissen der Anlage und von der vorhandenen Einrichtung ausgehen? Soll man das Kriterium einer vorher festgesetzten Relation zwischen dem qualifizierten Personal und der Bevölkerung des Einzugsgebiet, d.h. das Kriterium des theoretischen

Bedarfs an Krankenbehandlung zugrunde legen? Bei der Evaluierung eines bestimmten Krankenhauses läuft man leicht Gefahr, das dort tätige Personal im Vergleich zu den europäischen Normen oder anderen nach einer bestimmten Konzeption vorher festgesetzten theoretischen Normen oder aber im Vergleich zu der subjektiven Ansicht der an Ort und Stelle befragten Verantwortlichen als unzureichend anzusehen, während der vorhandene Personalbestand objektiv ausreichend und den spezifischen Verhältnissen des Landes angepaßt sein kann. Die Frage stellt sich also: Ist das Personal in den meisten Krankenhäusern unzureichend oder ist es in den zuvor erwähnten großen Krankenhäusern vergleichsweise zu umfangreich? Inwieweit zeigt sich in dem Personalbestand eine allgemeine Spanne zwischen der ursprünglichen Konzeption und den Möglichkeiten des Landes? Wenn Somalia beispielsweise sein Krankenhaus von Mogadiscio zahlenmäßig mit einem Personal ausgestattet hat, das über der afrikanischen Norm liegt, so dürfte dies eher die Konsequenz einer politischen Entscheidung als einer Notwendigkeit sein; dadurch wurde aber ein Ungleichgewicht auf nationaler Ebene zugunsten des allgemeinen Krankenhauses und zum Nachteil aller anderen Krankenhäuser geschaffen. Hinzu kommt, daß der Personalbestand wenig aussagt, wenn man nicht weiß, wie es mit seiner Qualifikation bestellt ist, die sich jedoch ohne eingehendere Untersuchungen nicht beurteilen läßt.

## 2. Ausländische technische Hilfe

Die meisten der vom EEF finanzierten Krankenhäuser arbeiten mit ausländischen Ärzten; ihre Ablösung durch Einheimische ist nur beim allgemeinen Krankenhaus von Mogadiscio (von 31 Ärzten 25 Somalier) und bei den Krankenhäusern in Madagaskar (auf nationaler Ebene von 667 Ärzten 617 Madagassen) schon ziemlich weit vorangekommen.

In den übrigen Ländern könnten die derzeitigen Tätigkeiten ohne die große Zahl der Ärzte der technischen Hilfe nicht aufrechterhalten werden. Französische Ärzte sind z.B. maßgebend beteiligt bei dem Betrieb der Krankenhäuser von Nouakchott (Mauretanien), Zinder (Niger), Victoria und Garoua (Kamerun); deutsche Ärzte sind an den Krankenhäusern von Gaoua (Obervolta), Tahoua (Niger) tätig, belgische Ärzte

am Krankenhaus von Dosso (Niger).

In praktisch allen Ländern ist die Ablösung des europäischen Pflegepersonals durch einheimische Kräfte sehr viel weiter fortgeschritten; einige europäische Krankenpfleger und Gesundheitsdienstassistenten sind indessen vor allem noch an den von der ausländischen technischen Hilfe geleiteten Krankenhäusern eingesetzt.

### 3. Personal der Präventivmedizin

Im allgemeinen haben die Einrichtungen der Präventivmedizin, insbesondere die ambulanten Teams (beispielsweise in Obervolta und Niger) im Verhältnis zum Bedarf nicht genügend Personal. Der Personalmangel der ambulanten Teams für Aufgaben der Krankheitserkennung und -vorbeugung in Niger beispielsweise (wo der EEF die Errichtung von sechs Zentren als feste Basis der ambulanten Medizin (1) finanziert hat) behindert die Durchführung der erforderlichen und geplanten Maßnahmen erheblich; die ambulanten Teams sind nicht in der Lage, regelmäßige Reihenuntersuchungen zum Feststellen bestimmter Krankheiten bei der gesamten Bevölkerung vorzunehmen, so daß die ambulanten Teams häufig eher Hilfeteams sind als Einheiten, die sich mit der Erkennung von Krankheiten befassen (2).

./.

(1) Teams für Hygiene und ambulante Medizin EDHMI

(2) Im Gesundheitsdienstsektor von Gaoua (Obervolta) kann das für Aufgaben der Krankheitserkennung eingesetzte einzige Team, das aus sieben Personen besteht, die ganze Bevölkerung (350.000) nur alle vier bis fünf Jahre untersuchen.

#### IV. Budgets der Krankenhäuser

##### 1. Bemerkungen zur Methode

Um eine Vorstellung von dem allgemeinen Niveau des Krankenhausbetriebs zu vermitteln, werden nachstehend als "Budgets" der Krankenhäuser sämtliche getätigten Ausgaben angesehen, ohne daß dabei die Herkunft der finanziellen Mittel berücksichtigt wird. Die Herkunft der Mittel wird gesondert analysiert. Dabei werden die Personalkosten nur ausnahmsweise berücksichtigt, da ihre Höhe von der Aufgliederung zwischen einheimischem und ausländischem (von der technischen Hilfe finanzierten) Personal abhängt.

Die Betriebsbudgets (ohne Personal) geben dagegen eine ungefähre Vorstellung von dem Bedarf und den der Anstalt zur Verfügung stehenden Mitteln. Doch sind hier einige Vorbehalte zur Methode zu machen:

- Die Medikamente nehmen unterschiedliche Beträge in Anspruch, je nachdem ob sie
  - direkt bei europäischen Lieferanten eingekauft werden (allgemeines Krankenhaus von Mogadiscio) (1),
  - über eine Einfuhrorganisation bezogen werden (beispielsweise: Office National des Produits Pharmaceutiques et Chimiques in Niger), ohne daß sie in den Genuß einer Zollbefreiung kommen,
  - zum Teil in natura vom Ministerium oder anderen Hilfeorganisationen zur Verfügung gestellt sind (Obervolta).
- Die Ernährung der Kranken nimmt unterschiedliche Beträge in Anspruch, soweit sie von der internationalen Nahrungsmittelhilfe getragen wird (Obervolta, Niger).
- Die Instandhaltung der Gebäude geht entweder zu Lasten des Budgets des Krankenhauses oder wird vom Ministerium für öffentliche Arbeiten aus dessen eigenem Budget übernommen.

./.

---

(1) Über das Gesundheitsministerium; ohne daß sie den Einfuhrverfahren der Staatsagentur für die Erzeugung und Einfuhr von Medikamenten "ASPIMA" unterliegen, beträgt der Selbstkostenpreis rund 50 % des auf dem somalischen Markt üblichen Preises.

- Eine Aufgliederung der Budgets (und der Kosten) auf die einzelnen Tätigkeitsbereiche der Krankenhäuser war in keinem Fall zu beschaffen; die für die Betriebsbudgets berechneten Zahlen je Bett und Tag sind daher nur als globale Schätzung zu verstehen und können nur zu Vergleichszwecken dienen.

## 2. Betriebsbudgets

Aus der Prüfung mehrerer vom EEF finanzierter Vorhaben und verschiedener sonstiger Informationen wird als allgemeine Tendenz ersichtlich, daß die Betriebsbudgets (ohne Personal), ausgedrückt in Betriebskosten je Bett und Jahr (1),

- relativ hoch sind bei den allgemeinen Krankenhäusern von Nouakchott (230 Betten), Niamey (700 Betten) und Mogadiscio (600 Betten): zwischen 180.000 und 320.000 CFA-F;
- auf mittlerem Niveau liegen bei den allgemeinen Krankenhäusern von Zinder (Niger, 450 Betten), Bobo-Dioulasso und Ouagadougou (Obervolta, 700 bzw. 730 Betten) und Majunga (Madagaskar, 550 Betten): zwischen 100.000 und 160.000 CFA-F;
- relativ niedrig sind in Kamerun bei allen Regions-, Departements- und Bezirkskrankenhäusern (Kapazität zwischen 30 und 300 Betten): zwischen 30.000 und 90.000 CFA-F;
- ebenfalls niedrig sind bei den Departementskrankenhauszentren von Tahoua und Maradi in Niger (136 bzw. 166 Betten) und dem Krankenhaus von Manakara (Madagaskar, 150 Betten): zwischen 80.000 und 100.000 CFA-F.

Daraus ergibt sich zunächst, daß die allgemeinen Krankenhäuser offenbar reichlicher mit Betriebsmitteln ausgestattet sind als die Krankenhäuser der mittleren Ebene (2); diese Schlußfolgerung gilt auch dann, wenn man berücksichtigt, daß die großen Krankenhäuser in Anbetracht ihrer umfangreicheren Ausrüstung, ihrer zahlreicheren Sonderabteilungen und ihrer aufwendigeren Betriebsbedingungen mehr Mittel benötigen.

Einige Ausnahmen waren indessen festzustellen: In Obervolta verfügen die beiden Zweit-Krankenhäuser von Gaoua (120 Betten) und Fada

./.

- (1) Bezugsjahre: Nouakchott: 1972, Niamey und Zinder: 1975, Mogadiscio: 1973, Bobo-Dioulasso und Ouagadougou: 1973, Majunga: 1974, Kamerun: 1970/71, Tahoua und Maradi: 1974, Manakara: 1974.
- (2) Auf die Unzulänglichkeit der Betriebsmittel, vor allem in den kleineren ländlichen Krankenhäusern, wurde bereits in dem Bericht 1969 über die Verwendung der Hilfe hingewiesen (S. 49), insbesondere für die Zentralafrikanische Republik.

N'Gourma (130 Betten) über ein Betriebsbudget je Bett zwischen 200.000 und 300.000 CFA-F (1). Dies erklärt sich dadurch, daß es sich in den beiden Fällen um den im Rahmen eines ersten Bauabschnitts fertiggestellten Teil eines größeren Krankenhauses handelt; der Betrieb des Krankenhauses wird also in unverhältnismäßig hohem Maße durch die relativ umfangreiche Ausrüstung belastet, die von vornherein im Verhältnis zur Endkapazität bemessen war. Mit denselben Gründen ließen sich auch die sehr hohen Betriebskosten je Bett (330.000 CFA-F) des Krankenhauses von Nouakchott erklären. Eine andere Auslegung wäre, daß der Betrieb der beiden Zweit-Krankenhäuser in Obervolta von der Auslandshilfe auf einem Niveau geführt wird, das, gemessen an den für Krankenhäuser normalerweise verfügbaren Betriebsmitteln, zu hoch ist.

Die Betriebskosten je Tag der allgemeinen Krankenhäuser folgen in etwa den Betriebsbudgets je Bett. Da sich jedoch auch die durchschnittliche Verweildauer auswirkt, liegen sie zwischen 950 und 550 CFA-F bei den Krankenhäusern von Nouakchott, Niamey und Mogadiscio, und zwischen 450 und 350 CFA-F bei den Krankenhäusern von Zinder, Ouagadougou und Bobo-Dioulasso.

Eine zweite Schlußfolgerung ist angebracht: zwischen den Betriebsbudgets der Krankenhäuser und den Gesundheitsaufwendungen je Kopf sowie den Betriebsaufwendungen je Kopf im Gesundheitswesen der betreffenden Länder scheint keine ersichtliche Korrelation zu bestehen. In Kamerun haben die Gesundheitsaufwendungen je Kopf (650 CFA-F) und die Betriebsaufwendungen je Kopf im Gesundheitswesen (172 CFA-F) keineswegs angemessene Betriebsbudgets der Krankenhäuser zur Folge; in Obervolta dagegen liegen die Betriebsbudgets der großen Krankenhäuser auf einem recht hohen Niveau, obwohl dem Land nur sehr geringe Haushaltsmittel zur Verfügung stehen (165 bzw. 22 CFA-F je Kopf). Dies erklärt sich daraus, daß die Budgets der Krankenhäuser eher den Bedarf dieser Krankenhäuser als die finanziellen Mittel des Landes widerspiegeln. Die Krankenhausbudgets werden aber auch nicht in allen Fällen nur aus dem Haushalt des Gesundheitsdienstes aufgebracht. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, die Herkunft der Mittel zu analysieren.

./.

(1) Diese Betriebsbudgets je Bett sind übrigens höher als diejenigen der beiden allgemeinen Krankenhäuser des Landes.

### 3. Herkunft der Mittel

Die Herkunft der Mittel, über die die Krankenhäuser im Rahmen ihrer "Budgets" verfügen, ist recht unterschiedlich. In der Regel kommen für den Betrieb auf:

- das Gesundheitsministerium mit mehr oder weniger regelmäßigen Beiträgen für
  - das einheimische ärztliche Personal, Pflegepersonal, Verwaltungspersonal und den größeren Teil des Hilfspersonals und der ungelerten Arbeitskräfte,
  - den Betrieb der Krankenhäuser der oberen und mittleren Ebene;
- die Gebietskörperschaften und Gemeinden mit unterschiedlichen Beiträgen je nach ihren Steuereinnahmen für
  - einen Teil der Hilfskräfte und ungelerten Arbeitskräfte
  - Medikamente, Kleingerät, Brenn- und Treibstoff usw. der Krankenhäuser der mittleren und unteren Ebene und insbesondere der ländlichen Krankenbehandlungsstellen;
- bilaterale finanzielle Hilfen für Betrieb, Instandhaltung und größere Reparaturen;
- mehr oder weniger unregelmäßige multilaterale finanzielle Hilfen, beispielsweise der Cheysson-Fonds für die Beschaffung von Medikamenten und medizinischem Gerät, die WHO für einige Kampagnen zur Bekämpfung endemischer Krankheiten usw.;
- unregelmäßig gewährte Hilfen privater Organisationen (beispielsweise: Lyons Club) und anderer Quellen (beispielsweise: CARITAS, MISEREOR, Deutsches Aussätzigen-Hilfswerk usw.).

Dazu kommen für den Betrieb der Krankenhäuser noch die materiellen zusätzlichen Hilfen der verschiedensten Herkunft, insbesondere

- auf nationaler Ebene, beispielsweise in Obervolta, die "Contribution Patriotique" und die "Loterie Nationale" für die Beschaffung von Ambulanzen,
- auf internationaler Ebene die von privaten, philanthropischen, konfessionellen usw. Organisationen geleistete Hilfe in Form von Medikamenten und Gerät, sowie die verschiedenen Nahrungsmittelhilfen.

In einigen Ländern werden die Betriebskosten der Krankenhäuser nur zu einem ganz geringen Teil aus den eigenen Haushaltsmitteln des Landes (Gesundheitsbudget und Gebietskörperschaften) gedeckt; nur durch die zusätzlichen finanziellen und materiellen Hilfen ist es möglich, die vorhandenen Krankenhäuser in angemessener Weise zu führen. Aus allen diesen Gründen sind die tatsächlichen Budgets der einzelnen Krankenhäuser sehr unterschiedlich, unregelmäßig und häufig schwer zu bestimmen.

4. Faktisches Gleichgewicht der Betriebsbudgets

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß sich die Betriebsbudgets der Krankenhäuser in den meisten Ländern in einem sehr labilen Gleichgewicht eingependelt haben. Dieses Gleichgewicht wird, soweit die aus dem Gesundheitsbudget zugewiesenen Mittel und die Beiträge der Gebietskörperschaften nicht ausreichen, nur durch die verschiedenen Auslandshilfen erreicht. Bei den Regierungen scheint die Tendenz zu bestehen, ihre verfügbaren finanziellen Mittel in absteigender Rangfolge zunächst den großen Krankenhäusern, sodann den Krankenhäusern der mittleren Ebene und an letzter Stelle den Einrichtungen an der Basis der Pyramide zuzuteilen. Umgekehrt müssen die Gebietskörperschaften in ansteigender Rangfolge zunächst für den Betrieb der Krankenhäuser der mittleren Ebene, sodann derjenigen der Basisstufe, d.h. insbesondere der Krankenbehandlungsstellen, aufkommen.

Die Auslandshilfe springt daher dort ein, wo Lücken bestehen, und das sind meist die ländlichen Gebiete. Umgekehrt kann die für ein Krankenhaus der oberen Ebene gegebene Hilfe Haushaltsmittel für die unteren Ebenen verfügbar machen: Beispielsweise unterstützt die französische Hilfe seit mehreren Jahren regelmäßig und ununterbrochen den Gesundheitsdienst von Obervolta. Sollte sie beschließen, die Hälfte ihrer Hilfe den beiden allgemeinen Krankenhäusern von Ouagadougou und Bobo-Dioulasso zu gewähren, so könnten dafür die Haushaltsmittel des Gesundheitsministeriums auf die anderen Krankenhäuser und die Massenmedizin übertragen werden. Es handelt sich also um eine Art System kommunizierender Röhren, wo die Aufteilung der Haushaltsmittel sich einmal nach den festgesetzten "Präferenzen" (für die großen Krankenhäuser beispielsweise) bestimmt, zum anderen nach den Bedingungen, an die die Zuweisungen der Auslandshilfe geknüpft sind.



5. Betriebsniveau

Das Vorhandensein faktisch ausgeglichener Betriebsbudgets bedeutet durchaus nicht, daß die Budgets den Erfordernissen angepaßt sind. Es ist festzustellen, daß der derzeitige Betrieb in sehr vielen Krankenhäusern kaum das von der Konzeption des Krankenhauses her geforderte Niveau erreicht. Die Veranschlagung und Schätzung der genauen laufenden Betriebskosten ist nur möglich, wenn alle Einflußfaktoren berücksichtigt werden, insbesondere die Besonderheiten der technischen und architektonischen Konzeption, der technischen Anlagen und der medizinischen Ausrüstung, der Strom- und Wasserversorgung, der Anlagen des Versorgungsbereichs (Küche, Waschküche) usw.

6. Struktur der Budgets

Die erhaltenen Informationen gestatten nur ganz allgemeine Feststellungen über die Aufgliederung der Budgets. Im Durchschnitt dienen die Betriebsbudgets der großen Krankenhäuser

zu 50 % für Medikamente und medizinisches Kleingerät (mit Abweichungen von  $\pm 20$  % je nach Einkaufsmöglichkeiten)

zu 25 % für die Ernährung der Kranken (mit Abweichungen von  $\pm 40$  % je nach Inanspruchnahme der Nahrungsmittelhilfe).

Die Kosten für Medikamente (und medizinisches Kleingerät) je Krankenhausbehandlungstag liegen zwischen 200 und 250 CFA-F bei den allgemeinen Krankenhäusern (1) von Bobo-Dioulasso, Ouagadougou und Mogadiscio und über 250 CFA-F bei den allgemeinen Krankenhäusern (2) von Niamey und Zinder (Niamey: 355 CFA-F).

Für die Krankenhäuser der mittleren Ebene konnte keine entsprechende Zahl berechnet werden.

./.

(1) Zahlen 1973

(2) Zahlen 1975

## 7. Einnahmen

Fast alle Länder haben ein System der entgeltlichen Behandlung in den großen Krankenhäusern (beispielsweise Obervolta, Niger) (1) oder sogar in den meisten anderen Krankenhäusern (beispielsweise Madagaskar) eingeführt. In Somalia sind seit 1972 alle ärztlichen Leistungen kostenlos.

In der Regel beziehen sich die Tarife auf die Krankenhausbehandlungstage (und nicht chirurgische Eingriffe usw.); nach Kategorien angewandt, erreichen sie beispielsweise in Madagaskar einen Höchstbetrag von 3.000 CFA-F je Tag und in Obervolta 2.400 CFA-F je Tag. In der Regel genießen Beamte besondere Vorrechte; für sie gilt ein ermäßigter Tarif (beispielsweise in Niger), und im allgemeinen zahlen sie nur ca. 20 % des Tarifs (Einbehaltung von Gehalt), während 80 % vom Staat übernommen werden.

Daneben gibt es Tarife für Konsultationen (500 CFA-F in den großen Krankenhäusern in Obervolta), Entbindungen (Pauschalbetrag von 300 CFA-F in Obervolta) oder auch für die von einigen Ärzten durchgeführten Gesundheitserziehungsaktionen (2).

Die den Krankenhäusern auf diese Weise zufließenden Einnahmen sind nicht immer unerheblich; im Krankenhaus von Nouakchott beispielsweise erreichten sie 1970 einen dem Betriebsbudget des Krankenhauses gleichkommenden Betrag; im Regionalkrankenhaus von Majunga (Madagaskar) betrugen sie 60 % des Betriebsbudgets (1973), während sie in den Krankenhäusern von Manakara und Fort Dauphin (Madagaskar) nicht über 10 % hinausgingen.

./.

- 
- (1) Zum Beispiel: In Obervolta die beiden allgemeinen Krankenhäuser von Ouagadougou und Bobo-Dioulasso und das Zweitkrankenhaus von Ouahigouya, in Niger die beiden Krankenhäuser in Niamey und Zinder.
  - (2) Zum Beispiel: Ein "Preis" von 25 CFA-F je Monat für die Teilnahme an den PMI-Kursen im Gesundheitszentrum in Yako, Obervolta.

In Niger machen die gesamten Einnahmen der beiden allgemeinen Krankenhäuser nur 5 % des Betriebsbudgets des Gesundheitsdienstes aus. Bei den Einnahmen der beiden allgemeinen Krankenhäuser in Obervolta liegt die entsprechende Relation bei 20 %; die Einnahmen des dritten Krankenhauses (Ouahigouya) sind dagegen gleich Null.

Problematisch ist bei dem System der entgeltlichen Behandlung, daß die Krankenhäuser keine Finanzautonomie haben; alle Einnahmen müssen an das Schatzamt abgeführt werden. Wenn auch die vorgenannten Zahlen einen einigermaßen günstigen Eindruck machen, so besteht bei dieser Regelung doch die Gefahr, daß die Krankenhäuser keine genügende Motivation dafür haben, von den Kranken eine Bezahlung zu verlangen. Es wäre interessant zu sehen, ob die Einnahmen nicht gesteigert werden könnten, wenn die Krankenhäuser finanziell selbständig wären.

Im übrigen stellt sich die grundsätzliche Frage, ob man mit dem System der entgeltlichen Behandlung nicht riskiert, daß die Leistungen des Gesundheitsdienstes für die Mehrheit der Bevölkerung praktisch unerschwinglich werden. In Wirklichkeit beweisen aber die Tatsachen, daß beispielsweise in Madagaskar trotz der relativ hohen Sätze doch rund 20 % der Kranken von der entgeltlichen Behandlung Gebrauch machen. Der Fall des Krankenhauses von Fort Dauphin (Madagaskar) hat sogar gezeigt, daß die zahlenden Patienten das private Krankenhaus von Manambara (23 km entfernt) trotz der höheren Tarife vorziehen (1).

./.

---

(1) Siehe Anlage I/4

## V. Medikamente

Die Erörterung der vielfältigen Probleme der Arzneimittelversorgung und -verteilung würde über den Rahmen des Berichts hinausgehen. Es werden daher nachstehend nur einige interessante Aspekte hervorgehoben.

Die Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln erfolgt für die im Krankenhaus stationär behandelten Kranken in der Regel kostenlos, während ambulant behandelte Patienten sie auf eigene Kosten in der Apotheke kaufen (beispielsweise: Obervolta, Somalia). Diese Grundsätze werden jedoch anscheinend sehr elastisch angewandt. Eine vielversprechende Lösung wurde in Niger eingeführt: Nachdem festgestellt worden war, daß 60 % aller verfaßten Infektionen mit 5 Medikamenten behandelt werden können, wurde ein System von Dorfapotheken und Hygienehelfern eingerichtet. Dieses System, das zu einem größeren Aktionsprogramm auf dem Gebiet der Massen- und Präventivmedizin gehört, ermöglicht eine Rationalisierung durch Verkauf dieser 5 Medikamente zum Einheitspreis von 5 CFA-F und ferner eine erfolgreiche Aufklärung der Bevölkerung.

In der Arzneimittelversorgung durch private Hilfen fehlt es zuweilen an Wirksamkeit. In den Krankenhäusern sind häufig Mengen nicht benutzter und nicht benutzbarer Medikamente zu finden, die von privaten, philanthropischen usw. Vereinigungen geschickt worden waren. Damit diese Hilfen ihren vollen Wert erhalten, ist es erforderlich:

- daß sie den besonderen Bedürfnissen in Afrika angepaßt sind,
- daß die Zahl der Arzneimittelarten auf ein brauchbares Mindestmaß beschränkt bleibt, das den pharmazeutischen Kenntnissen des einheimischen Pflegepersonals angepaßt ist.

Eine größere Wirksamkeit ließe sich erzielen, wenn diese private ausländische Hilfe sich direkt an die an Ort und Stelle tätigen Ärzte wendete, und sie aufforderte, ihren spezifischen Bedarf anzugeben.

Ebenso liegt es im Interesse der Regierungen, hinsichtlich der Zahl der Arzneimittellarten eine strenge Auswahl zu treffen, weil nur dies allein die rationelle und zugleich wirksame Verwendung der eingeführten Medikamente und der dafür aufgewandten Haushaltsmittel garantieren kann. Es wäre interessant, diese Probleme gründlich zu untersuchen, insbesondere die Arbeitsweise der Arzneimittellversorgungszentralen sowie die Fragen der Zweckmäßigkeit und Rentabilität der pharmazeutischen Produktion, die in mehreren afrikanischen Staaten angelaufen ist.

Es wäre auch interessant, die Möglichkeiten einer Verwendung traditioneller Heilverfahren auf der Basis billiger einheimischer Rohstoffe zu untersuchen. Auf diese Weise ließen sich die Ausgaben für eingeführte Medikamente einschränken, doch müßten zunächst besondere Anstrengungen gemacht werden, um die Verwendung derartiger Heilmittel einheimischen Ursprungs wissenschaftlich zu untersuchen und das ärztliche Personal darin zu unterweisen.

./.

### C. VORAUSSETZUNGEN FÜR EIN KOHÄRENTES GESAMTKONZEPT DER VORHABEN

Nach Prüfung der einzelnen Bedingungen, unter denen die vom EEF finanzierten Vorhaben arbeiten, müssen diese Investitionen nunmehr im größerem Zusammenhang der einzelstaatlichen Anstrengungen im Gesundheitsbereich betrachtet und ihre Leistungsfähigkeit im Verhältnis zu den von den verantwortlichen Behörden verfolgten Strategien gemessen werden. Dabei muß geprüft werden: Platz und Funktion der gebauten Krankenhäuser, ihr Beitrag zur Entwicklung der Infrastruktur und ihre Kohärenz mit den Gesundheitsentwicklungsplänen. Diese Evaluierung kann natürlich nicht ohne Berücksichtigung der verfügbaren Betriebsmittel (Personal, Kredite) erfolgen, die wesentliche Voraussetzung für jede Wirksamkeit sind und für sich allein schließlich und endlich das Betriebsniveau jeder Krankenhausanlage bestimmen können.

#### I. Platz der Vorhaben im Rahmen der Entwicklung der Infrastruktur des Gesundheitswesens

##### 1. Einzelvorhaben

##### a) Isolierte Krankenhäuser (Dahome, Madagaskar)

Die in Dahome und Madagaskar mit Mitteln des 1. EEF verwirklichten Vorhaben betrafen Anlage, Modernisierung und Erweiterung von Krankenhäusern oder bereits vorhandenen sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens. Gemeinsames und vorrangiges Ziel dieser Vorhaben war die Verbesserung der materiellen und baulichen Mittel,

- um eine bessere quantitative und qualitative Leistung des Personals zu gewährleisten,
- um den regionalen und örtlichen Bedürfnissen im Gesundheitsbereich besser gerecht zu werden.

Diese Einzelvorhaben sind Ergebnis einer Auswahl, die nach den Notwendigkeiten und voraussichtlichen Prioritäten getroffen wurde, jedoch nicht in einen Entwicklungsplan oder eine Gesundheitspolitik integriert war. In der Tat haben die meisten AASM erst im Laufe der Jahre nach ihrer Unabhängigkeit ihre Bedürfnisse im Gesundheitsbereich auf systematischere Weise formuliert. Die Definition

./.

der Ziele und Mittel einer nationalen Gesundheitspolitik hat bei der Ausarbeitung weiterer Vorhaben eine Abstimmung auf die Entwicklungspläne ermöglicht.

Nutzen und Wirksamkeit der Einzelvorhaben, die in den ersten Jahren des Bestehens des EEF verwirklicht wurden, lassen sich daher lediglich anhand rein örtlicher Merkmale beurteilen. Eine ganz den örtlichen Merkmalen angepaßte Konzeption bewährt sich nicht unbedingt auf Landesebene. So kann jedes einzelne auf diese - fast zufällige - Weise konzipierte Projekt seinen vollen Nutzen nur dann erreichen, wenn die vorhandene Gesundheitsinfrastruktur, in die es sich eingliedert, ein kohärentes und funktionsfähiges System bildet, das verbessert, modernisiert, ergänzt, erweitert und in sich besser ausgeglichen werden kann.

Natürlich dürfen bei der Betrachtung der vorhandenen Infrastruktur die Privateinrichtungen nicht vernachlässigt werden; beim Wiederaufbau des Krankenhauses von Port Dauphin (Madagaskar) beispielsweise wurde zweifellos dieser Aspekt nicht ausreichend berücksichtigt, woraus sich der ziemlich schwache Nutzen des Vorhabens erklärt (1).

b) Die Landeskrankenhäuser (Mauretanien, Somalia)

Die Vorhaben für die Errichtung neuer allgemeiner Krankenhäuser in Mogadiscio (Somalia) und in Nouakchott (Mauretanien) hatten völlig unterschiedliche Zielsetzungen: In Somalia handelte es sich um den Ersatz eines alten allgemeinen Krankenhauses (Di. Martino); in Mauretanien sollte in einer neuen Hauptstadt ein neues, allgemeines Krankenhaus errichtet werden.

Da eine globale "Gesundheitspolitik" fehlte, ergaben sich die Zielsetzungen dieser Vorhaben aus einer besonderen, vorhandenen Situation. In Somalia war es vorrangiges und in Wirklichkeit einziges Ziel der Verwaltung unter italienischer Treuhandschaft, das alte allgemeine Krankenhaus zu ersetzen. In Mauretanien war wegen der kaum vorhandenen Gesundheitsinfrastruktur und der übergroßen Anzahl von Überweisungen Schwerkranker nach Senegal und Mali die Schaffung eines allgemeinen Krankenhauses vorrangig. Da beide Vorhaben sich aus grundlegenden nationalen Notwendigkeiten ergaben, sind sie nicht mehr als Einzelvorhaben im vorgenannten Sinne zu betrachten;

./.

---

(1) Vergleiche Anhang I/4 und Bericht 1971 über die Bedingungen für die Verwendung der Hilfen (Seiten 42-43).

ohne in eine echte in sich geschlossene hierarchische und koordinierte "Gesundheitsstruktur eingegliedert zu sein, haben sie jedoch lediglich die Zielsetzungen einer späteren "Gesundheitspolitik" vorweggenommen (1).

Sie stellen nämlich tatsächlich in den beiden Ländern die wirklichen hochspezialisierten Landeskrankenhäuser dar, die über alle erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Hilfsmittel verfügen. Das Krankenhaus Mogadiscia erfüllt jedoch diese "Spitzen"-Funktion in der Gesundheitspyramide nur für die gelegentlichen, kaum systematischen Fälle der Überweisung von Kranken aus dem Landesinnern; es dient so fast ausschließlich der Bevölkerung der Hauptstadt. Für Nouakchott stellte diese örtliche Funktion einen wesentlichen Bestandteil des Gesamtkonzepts dar; jedoch überschwemmten die externen Tätigkeiten das Krankenhaus so sehr, daß das gute Funktionieren der Gesamtanlage beeinträchtigt wurde.

Man kann sich die Frage stellen, ob die vorwiegend "lokale" Nutzung eines Landeskrankenhauses nicht eine Vergeudung seiner beruflichen Kapazitäten, seiner wertvollen und kostspieligen Ausrüstungen darstellt; durch Schaffung einer institutionellen Barriere (Überweisungsregelung) (2) könnte

- die rationelle Nutzung der Krankenhäuser auf allen Ebenen garantiert und
- die Möglichkeit geboten werden, das Landeskrankenhaus den Krankheiten vorzubehalten; die spezialisierte Untersuchungen und Behandlungen notwendig machen.

Im Lichte dieser Feststellungen stellt sich die Frage, ob die Option für die Errichtung eines Landeskrankenhauses in den beiden Ländern gerechtfertigt war. In Somalia wurde aus den bereits angegebenen Gründen jede Prüfung möglicher Alternativlösungen von vornherein ausgeschlossen; Gedanken über derartige Möglichkeiten sind daher lediglich Spekulationen mit dem Ziel, die Überlegungen über die zu treffende Option nachträglich noch einmal zu vollziehen. An Stelle des Neubaus wäre, unter Berücksichtigung dieser Vorbehalte, die Wiederherstellung, Modernisierung und gegebenenfalls der Ausbau

./.

(1) Diese Politik kam beispielsweise für Mauretania anlässlich der von der Gemeinschaft getroffenen Entscheidungen über die Erweiterung des allgemeinen Krankenhauses und die Schaffung einer Poliklinik in Nouakchott zum Ausdruck.

(2) Siehe weitere Einzelheiten Absatz 3, Seiten 30/31.



des alten allgemeinen Krankenhauses trotz seines Verfallzustandes möglich gewesen. Diese Option ist nicht ganz unrealistisch. Beweis: das zum Abbruch bestimmte alte Krankenhaus ist noch immer in Betrieb.

Daraus ergibt sich, daß im Falle einer Infrastruktur, die bereits ein Landeskrankenhaus umfaßt, die Frage des Ersatzes gut untersucht werden muß. Den vollständigen Ersatz der früheren Anlage bzw. der stufenweisen Schaffung neuer Kapazitäten und der gleichzeitigen Ersetzung der alten Kapazitäten muß große Aufmerksamkeit gewidmet werden. Jedes parallele Funktionieren der beiden Einheiten ist schädlich; es sei denn im Falle einer strikten und systematisch durchgeführten Aufteilung der jeweiligen Aufgaben und Verantwortlichkeiten, so daß Wettbewerbssituationen vermieden werden.

Bei Mauretanien scheint jede theoretische Alternative zu dem gebauten Landeskrankenhaus unrealistisch. Das Land brauchte unbedingt eine Krankenhausanlage mit spezialisierten Diagnose- und Therapieeinrichtungen, um alle bis dahin nach den Krankenhäusern der Nachbarländer verbrachten Schwerkranken aufnehmen zu können. Die bei der Ausarbeitung des Vorhabens als erste Ausbaustufe eines größeren Krankenhauses angewandte Vorsicht scheint einer der Gründe seines bemerkenswerten Erfolgs zu sein: Die verhältnismäßig geringe Kapazität ermöglichte es der Regierung, den reibungslosen Betrieb zu gewährleisten; darüber hinaus hat sich die Konzeption als genügend anpassungsfähig erwiesen, um die Erweiterung ohne Schwierigkeiten und ohne Unterbrechungen im Betrieb zu ermöglichen.

## 2. Globalinterventionen (Obervolta, Niger)

Die aus den Mitteln des ersten und zweiten EEF in Obervolta und Niger finanzierten Vorhaben haben das gemeinsame Ziel,

- die vorhandenen Krankenhauseinrichtungen, die Teil einer geographisch gut angelegten (Niger) Gesundheitsinfrastruktur sind, zu verbessern und zu modernisieren;

- die qualitative und quantitative Unvollkommenheit der vorhandenen Krankenhausinfrastruktur (Niger und Obervolta) zu beheben;
- die Arbeitsbedingungen für die Tätigkeiten im Bereich der ambulanten Medizin (Niger) bzw. der Bekämpfung endemischer Krankheiten (Obervolta) zu verbessern bzw. neu zu schaffen.

Die Vorhaben bezogen sich somit auf Neubau, Erweiterung und Umstrukturierung verschiedener Krankenhauskomplexe; sie waren so konzipiert, daß sie Bestandteil einer in sich geschlossenen hierarchischen und koordinierten Gesundheitsstruktur bildeten, innerhalb der alle Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens Teile einer "Pyramide" darstellen.

Zweifelloos ist die Durchführung eines so umfassenden Vorhabens vom Vorhandensein eines Entwicklungsplans für das Gesundheitswesen abhängig, der die Form eines statischen Schemas (Obervolta) oder eines dynamischen Plans (Niger) annehmen kann.

Auch wenn es in Obervolta im Jahre 1961 noch keine ausgesprochene "Gesundheitspolitik" gab, hat die Regierung doch versucht, alle Bemühungen auf die Entwicklung und Verbesserung der Krankenhausinfrastruktur in den Landesgebieten zu konzentrieren, zumal eine moderne städtische Infrastruktur gerade durch französische Hilfe (1) verwirklicht worden war. Alle diese Bemühungen waren Ergebnis der in einem allgemeinen Zukunftsplan festgelegten Zielsetzungen. Mit Hilfe dieses Planes war es möglich, für die IEEF-Investitionen

- den Umfang der ersten Investitionstranche,
- die Kapazität und den Standort der Anlagen auf den verschiedenen Ebenen der Gesundheitsinfrastruktur

in ausgeglichener Weise festzusetzen.

Allerdings trug der statische Charakter dieses allgemeinen Plans die Gefahr in sich, insofern Ungleichgewichte nach sich zu ziehen, als die verschiedenen Stadien der Durchführung nicht definiert worden waren. Auch bei einem so logischen und kohärenten Plan hängt die

./.

- (1) Neubau des allgemeinen Krankenhauses Ouagadougou, Modernisierung und Erweiterung des allgemeinen Krankenhauses Bobo-Dioulasso und des Zweitkrankenhauses Ouahigouya.

schrittweise oder abschnittsweise Durchführung davon ab, daß zum gewünschten Zeitpunkt

- qualifiziertes Personal (Ärzte und Pflegepersonal)
- finanzielle Eigenmittel des Landes

zur Verfügung stehen.

In Obervolta waren diese beiden Bedingungen zum Zeitpunkt der Fertigstellung der Investitionen, insbesondere hinsichtlich der beiden Zweitkrankenhäuser Gaoua und Fada N'Gourma, nicht voll erfüllt.

In Niger dagegen war von einer Sonderkommission ein detailliertes Programm zur Reorganisation der Infrastruktur des Gesundheitswesens erstellt worden; die von der Regierung erlassenen "Zehnjahresperspektiven 1965-1974" hatten die Prioritäten der Gesundheitspolitik festgesetzt und ermöglichten eine Ausrichtung der Investitionen nach bestimmten Leitlinien, zu denen vor allem gehörten: Vorrang für Investitionen, die zur Leistungssteigerung der Gesundheitsdienste beitragen können und dabei nur sehr geringe zusätzliche laufende Kosten verursachen; Vorrang für die Wiederinstandsetzung veralteter Gebäude; Grundsatz, nur dann neue Krankenhausanlagen zu errichten, wenn qualifiziertes Personal zur Verfügung steht. Das allgemeine Programm gestattete durch seinen dynamischen Charakter,

- auf sehr elastische Weise die schrittweisen quantitativen und qualitativen Anpassungen der Investitionen an besondere und örtliche Gesundheitsbedürfnisse zu bestimmen,
- die vorgesehenen Erweiterungen und Modernisierungen sehr elastisch zu dosieren,
- die sozio-ökonomischen und technischen Merkmale bestmöglichst an die Kapazitäten des Landes an Personal und Finanzmitteln anzupassen.

Tatsächlich haben sich die verwirklichteten Vorhaben denn auch harmonisch in die vorhandene Infrastruktur eingefügt; sie haben ermöglicht, die zusätzlichen finanziellen und personellen Belastungen im wesentlichen aus Eigenmitteln des Landes zu finanzieren.

Die "Zehnjahresperspektiven" (dynamischer Zukunftsplan) stellten einen weiteren wesentlichen Vorteil für die Entwicklung der Infrastruktur des Gesundheitswesens im Niger dar.

Die Regierung hatte vorgesehen, die gesundheitspolitischen Prioritäten vor allem auf breit angelegte Maßnahmen für die Masse der Bevölkerung (insbesondere ambulante und präventive Medizin) und die Gesundheits-erziehung zu legen. Daher wurden die Strukturen des Gesundheitswesens so gestaltet, daß die verwaltungsmäßige und operationelle Integration der kurativen und präventiven Medizin möglich war. Die "Teams für Hygiene und ambulante Medizin", deren neue Gebäude vom EEF finanziert und auf Departementsebene eingerichtet wurden, nehmen nämlich sowohl Funktionen der kurativen Medizin (durch Beaufsichtigung der Tätigkeiten der Krankenpflegereinrichtungen im Departement), wie auch der Präventivmedizin und der Krankheitserkennung bei der Landbevölkerung wahr. Offenbar ist diese Integration in den Ländern weit schwieriger durchzuführen, in denen die Infrastruktur des Gesundheitswesens im wesentlichen auf die Zielsetzungen der Krankenhausmedizin ausgerichtet ist (Obervolta).

Das im Niger durchgeführte Vorhaben läßt noch eine weitere interessante Feststellung zu: Im Jahre 1962 hatte die Regierung des Niger dem EEF ein Vorhaben zum Bau eines neuen Krankenhauses in Niamey vorgelegt; auf Grund einer Gesamtuntersuchung der Probleme hat es sich jedoch gezeigt, daß angesichts der Situation der Infrastruktur des Landes eher eine Reihe von Anbauten und Modernisierungen notwendig waren. Es konnte daher eine Option zugunsten einer anderen Lösung getroffen werden, die sich als besonders leistungsfähig und wirtschaftlich herausgestellt hat. In Somalia dagegen war aus den genannten Gründen eine solche Option nicht möglich; allerdings hätten Umstrukturierung und Modernisierung verschiedener Krankenhäuser und sonstiger Einrichtungen des Gesundheitswesens außerhalb der Hauptstadt wahrscheinlich auf Landesebene zu einem besseren Gleichgewicht in den Krankenhauskapazitäten geführt. Bei einem Vergleich der beiden ähnlich gelagerten Ausgangssituationen erscheint die im Niger getroffene Entscheidung für die Gesundheitssituation des gesamten Landes vorteilhafter.

### 3. Ergänzende Bedingungen

Bei einem Vergleich zwischen den in Obervolta und den im Niger durchgeführten Vorhaben stellt sich ein weiteres wesentliches Element heraus. Trotz der Vorsicht bezüglich der Entscheidungen über Anzahl und Kapazität der in Obervolta geschaffenen Krankenpflegereinrichtungen im Verhältnis zu den Zielsetzungen des Zukunftsplanes sind verschie-

dene Ungleichgewichte festzustellen. Die schwache Auslastung der beiden Zweitkrankenhäuser (Gaoua und Fada N'Gourma) könnte zu der Folgerung führen, daß ihre Kapazität und ihre medizinische Ausrüstung für den Bedarf der betreffenden Bevölkerung (1) zu groß ausgefallen sind. Sie findet jedoch ihre Erklärung vielmehr und im wesentlichen darin, daß die vorgesehene funktionelle Verbindung zwischen den verschiedenen Ebenen der "Gesundheitspyramide" sich in Wirklichkeit nicht realisiert. In der Tat wird die ihnen zugedachte Rolle eines "Verlegungszentrums" auf zweiter Ebene durch die beiden allgemeinen Krankenhäuser, die wegen ihrer besseren Ausrüstung eine stärkere Anziehungskraft ausüben, zunichte gemacht.

Im Niger dagegen wird die vorhandene pyramidenförmige Gesundheitsinfrastruktur durch strenge Vorschriften ergänzt, nach denen grundsätzlich kein Kranker ins Krankenhaus aufgenommen wird und keinerlei Konsultation erhält, wenn er nicht nachweisen kann, daß er von einer niedrigeren Ebene überwiesen wurde. Somit stellen die beiden allgemeinen Krankenhäuser tatsächlich die "Spitze" der Pyramide dar, die dem von einer niedrigeren Ebene überwiesenen Schwerverkranken vorbehalten bleibt.

Daraus ist zu folgern, daß es nicht ausreicht, lediglich eine kohärente und logische pyramidenförmige Gesundheitsinfrastruktur zu errichten, um die auf verschiedenen Ebenen vorgesehenen Überweisungen zu bewirken; wenn die in sich geschlossene hierarchisierte und koordinierte Gesundheitsinfrastruktur unter den besten Bedingungen "funktionieren" soll, müssen Vorschriften für Krankenüberweisungen gewährleisten, daß die vorgesehenen Wege eingehalten werden. Fehlt eine solche Regelung für Überweisungen, so ist eine ungleichgewichtige Nutzung der Gesundheitsinfrastruktur zu befürchten.

./.

- 
- (1) Tatsächlich hätte es bei sonst gleichen Bedingungen genügt, anstelle der beiden Zweitkrankenhäuser ein Gesundheitszentrum vom weiterentwickelten Typ B (wie in Tenkodogo) mit Möglichkeiten für chirurgische Eingriffe und einer angemessenen Krankenhauskapazität zu errichten. Beweis: das Gesundheitszentrum Typ B in Yako (35 Betten) weist größere Aktivitäten auf als Gaoua und Fada N'Gourma, obwohl es 108 km vom allgemeinen Krankenhaus Ouagadougou entfernt liegt.

Zweifellos kann durch das Bestehen einer solchen Regelung allein nicht verhindert werden, daß die Überweisungen in Wirklichkeit durch

- den Mangel an Transportmitteln (Wagen, Treibstoff),
  - dauernd oder vorübergehend (während der Regensaison) nicht befahrbare Straßen,
  - fehlenden oder unzureichenden Besatz mit Fachpersonal
- beeinträchtigt werden.

Daraus ergibt sich die Notwendigkeit, bei der Konzeption der Vorhaben die Möglichkeiten für die Verwirklichung dieser zusätzlichen Bedingungen mit großer Aufmerksamkeit zu prüfen.

#### 4. Zusammenfassung

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß der Erfolg eines Investitionsvorhabens im Gesundheitssektor von seiner harmonischen und funktionellen Eingliederung in eine kohärente und ausgewogene Infrastruktur abhängt. Das Bestehen eines (dynamischen) gesundheitspolitischen Entwicklungsplans, in dem die verschiedenen Stadien seiner Verwirklichung festgelegt sind, ermöglicht die genaue Bestimmung der erforderlichen Investitionen und deren elastische Anpassung an die Kapazitäten des Landes an Personal und Krediten. Allerdings kann die Kohärenz und die funktionelle Logik der Infrastruktur die volle Nutzung auf allen Ebenen nur dann garantieren, wenn gleichzeitig die erforderlichen ergänzenden Bedingungen erfüllt sind.

./.

## II. Das Personal auf Landesebene

### 1. Ärzte

Die Prüfung der Nutzungsbedingungen der vom EEF finanzierten Vorhaben hat gezeigt, daß im allgemeinen ein gewisses faktisches Gleichgewicht zwischen der Anzahl der einer Krankenhausanlage zugewiesenen Ärzte und ihrer Kapazität besteht, was nicht ausschließt, daß gelegentlich das vollständige Fehlen von Ärzten in bestimmten Krankenhausanlagen festzustellen ist (1). Auf Landesebene kann es sich bei diesem vermeintlichen Gleichgewicht

- in Wirklichkeit lediglich um ein scheinbares Gleichgewicht handeln; der Mangel an (theoretisch erforderlichen) zusätzlichen Ärzten kann nämlich mögliche größere Aktivitäten verhindern;
- um ein faktisches Gleichgewicht handeln, das in den meisten Ländern nur dank der mehr oder weniger massiven technischen Hilfe und Unterstützung von außen erreicht wird; dieses Gleichgewicht ist im übrigen sehr empfindlich. Der Anteil der ausländischen Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte ist von Land zu Land sehr unterschiedlich: 85 v.H. im Niger und in Mauretanien, 10 v.H. in Madagaskar.

Darüber hinaus gibt dieses vermeintliche Gleichgewicht nicht die Tatsache wieder, daß auf Landesebene

- der durchschnittliche Ärztebestand im allgemeinen noch recht schwach ist und bei den vorliegenden Ländern zwischen einem Arzt für 11.000 Einwohner (Madagaskar), 50.000 Einwohner (Niger) und 66.000 Einwohner (Obervolta) schwankt; in diesem Sinn kann es tatsächliche fundamentale Ungleichgewichte verbergen;
- die Konzentration der Ärzte in den Großstädten und in den allgemeinen Krankenhäusern zum Nachteil der Landgebiete recht erheblich ist; sie kommt in den nachstehenden Zahlenangaben über die Einwohnerzahl je Arzt zum Ausdruck:

|                 | <u>Somalia</u> | <u>Niger</u> | <u>Obervolta</u> |
|-----------------|----------------|--------------|------------------|
| Land insgesamt  | 19.000         | 50.000       | 66.000           |
| Hauptstadt      | 3.300          | 2.800        | 8.000 (2)        |
| Rest des Landes | 43.000         | 119.000 (3)  | 138.000          |

./.

- (1) Beispielsweise im Jahr 1970 in Kamerun und im Tschad festgestellt.
- (2) Durchschnitt für Ouagadougou und Bobo-Dioulasso, nur Ärzte des Krankenhauses.
- (3) ohne Niamey und Zinder.

- ein in praktisch allen Ländern festgestelltes starkes Mißverhältnis zwischen den für die Heilmedizin eingesetzten Ärzten zu Ungunsten der für die Präventivmedizin eingesetzten Ärzte besteht.

## 2. Pflegepersonal und Verwaltungspersonal

In allgemeinen gelten die für die Ärzte getroffenen Feststellungen gleichermaßen für Krankenpfleger und Hebammen, wobei jedoch folgende Vorbehalte zu machen sind:

- die Anzahl ausländischer Krankenpfleger ist auf ein Minimum reduziert, weil einheimisches Pflegepersonal schon beschläunigt ausgebildet wird;
- die demographischen Unterschiede von einem Land zum anderen sind beim Pflegepersonal schwächer als bei den Ärzten; sie liegen bei einem Krankenpfleger für 2.800 Einwohner (Dahome) und für 6.100 Einwohner (Somalia); darüber hinaus ist das Pflegepersonal weit weniger stark in den großen Städten konzentriert.

Wenn die Staaten zur Zeit auch über genügend Krankenpfleger, Hebammen usw. verfügen, so gilt dies nicht auch für das spezialisierte medizinische Hilfspersonal (Labortechniker, Anästhesisten, Röntgentechniker, Zahntechniker, usw.). Das Wartungs- und Verwaltungspersonal ist im allgemeinen ebenfalls quantitativ und qualitativ unzureichend.

Da nicht jeder Staat eine Schule für jede Fachrichtung schaffen kann, wäre es erforderlich, zwischenstaatliche Lösungen zu finden.

## 3. Der Mangel an medizinischen Personal

Aus den vorstehenden Feststellungen läßt sich ableiten, daß in den meisten Ländern die ausländische medizinische technische Hilfe noch das fehlende einheimische Personal, besonders Ärzte, ersetzt. Im allgemeinen ist das ausländische Personal der technischen Hilfe vollständig in den öffentlichen Dienst integriert, was grundsätzlich eine angemessene Aufteilung der Aufgaben zwischen ausländischen und einheimischen Ärzten mit sich bringen sollte. In Wirklichkeit ist jedoch festzustellen, daß



- die meisten einheimischen Ärzte in den Krankenhäusern der Großstädte (oder im Gesundheitsministerium) eingesetzt sind,
- die meisten ausländischen Ärzte für Krankenhäuser oder sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens in ländlichen Gebieten eingesetzt werden (in Mauretanien beispielsweise wird lediglich eines von neun Regionalzentren von einem mauretanischen Arzt geleitet).

Diese besorgniserregende Lage erklärt sich aus verschiedenen Faktoren:

- Einmal lehnen mehr als die Hälfte der sich derzeit in Europa aufhaltenden Medizinstudenten ab, in ihr Ursprungsland zurückzukehren, um in den öffentlichen Dienst einzutreten, da
  - ihnen die gebotenen Gehälter ungenügend erscheinen,
  - sie in ihrem Herkunftsland politische und wirtschaftliche Unsicherheit befürchten,
  - sie vor den dort herrschenden materiellen Arbeitsbedingungen zurückschrecken, die kaum mit denen in Europa vergleichbar sind (1).
- Kehren Ärzte mit Examen zurück, dann neigen sie dazu, in der Hauptstadt oder in größeren Städten tätig zu werden und lehnen Dienstleistungen in der Landmedizin und/oder Präventivmedizin ab; die in Europa erhaltene Ausbildung hat ihnen nämlich den Abstand zwischen diesen beiden Formen der Medizin aufgezeigt.
- Da sie sich darüber hinaus in den meisten Fällen spezialisiert haben, können ihnen lediglich große Krankenhäuser die Möglichkeit für angemessene Arbeit bieten. Man fragt sich, inwieweit es nicht diese jungen afrikanischen Ärzte mit europäischer Ausbildung sind, die die allgemeine Tendenz der Regierungen beeinflussen, große anspruchsvolle Krankenhäuser bauen zu wollen.
- So hat sich in den ersten Jahren nach der Unabhängigkeit ein gewisses Ungleichgewicht zwischen den einheimischen Ärzten zugunsten der Spezialisten und zum Nachteil der praktischen Ärzte herausgebildet. Afrika braucht jedoch vor allem praktische Ärzte.

./.

---

(1) Eine Privatpraxis könnte sie zur Rückkehr veranlassen; in den meisten Ländern ist jedoch die Kaufkraft nicht hoch genug, um eine Steigerung der Anzahl rentabler Privatpraxen (nach europäischen Normen) zu ermöglichen.

#### 4. Einige Erwägungen über mögliche Maßnahmen

Man kann sich natürlich fragen, ob eine solche Aufteilung zwischen den von den Staaten selbst übernommenen Aufgaben und der Hilfe von außen nicht ungesund ist; sie könnte nämlich dazu führen, daß die Staaten bestimmte aber wesentliche Aufgaben, die die einheimischen Ärzte nicht gerne übernehmen wollen, vernachlässigen. Welche Folgerungen sind aus dieser Lage zu ziehen? Welche Maßnahmen könnten getroffen werden oder sind bereits getroffen worden, um diesen Mängeln abzuhelpen?

##### a) Ausbildung der Ärzte

Die Ausbildung der Ärzte sollte eher in den afrikanischen als in den europäischen Universitäten erfolgen, und zwar mit Studienprogrammen, die den spezifischen afrikanischen Bedürfnissen im Gesundheitsbereich angepaßt und stärker auf die Aufgaben des praktischen Arztes als des Spezialisten ausgerichtet sind. Die Ärzte müssen außerdem psychologisch auf die spezifischen Arbeits- und Lebensbedingungen, die sie erwarten, vorbereitet werden. Ausnahmsweise könnten die fähigsten Ärzte nach dem Examen bzw. nach einigen Jahren Praxis durch Volontärtätigkeiten in Europa zusätzlich eine Fachausbildung erwerben.

Die Universitätsausbildung in Afrika ist angelaufen: mehrere medizinische Fakultäten wurden bereits eingerichtet (beispielsweise: Elfenbeinküste, Madagaskar, Senegal, Zaire) oder nehmen gerade den Betrieb auf (Dahome, Kamerun, Niger, Somalia, Togo). Hier wäre eine gesonderte Untersuchung darüber interessant, inwieweit diese medizinischen Fakultäten den spezifischen afrikanischen Bedürfnissen entsprechen und was geschehen soll, wenn in einigen Jahren (1) der quantitative Bedarf an Ärzten erfüllt ist, und wie die Gesundheitsbudgets die entstehenden zusätzlichen Belastungen bewältigen können.

Man kann sich ferner fragen, ob es nicht nützlich wäre, wenn die verantwortlichen Behörden die unterschiedliche Ausbildung von zwei Typen afrikanischer Ärzte vorsehen würden für

- die ärztliche Versorgung in Krankenhäusern,
- die ärztliche Versorgung und medizinische Betreuung in Landgebieten.

./.

---

(1) Die neue medizinische Fakultät Mogadiscio wird beispielsweise beinahe 50 Ärzte pro Jahr nach 4 Studienjahren hervorbringen. Als Vergleich: Das Land zählt zur Zeit insgesamt 153 Ärzte, davon 58 Ausländer.

b) Einsatz von Ärzten in der Landmedizin

Es wäre interessant, die Möglichkeit zu untersuchen, wie Ärzte mit Examen gehalten werden könnten, eine bestimmte mehrjährige Zeit in der Landmedizin abzuleisten, indem beispielsweise die Genehmigung zur Berufsausübung nur unter dieser Bedingung oder aber nach Ableistung eines Zivilhilfsdienstes erteilt wird.

Eine ähnliche Formel wird in Somalia angewandt, wo die Beförderung, eine Anstellung in den großen Krankenhäusern von Mogadiscio, die Gewährung von Studienstipendien für eine Fachausbildung usw. nur dann möglich ist, wenn der Betreffende mehrere Jahre auf dem Land tätig war. Die meisten Länder zögern jedoch, solche Maßnahmen einzuführen, die die jungen Ärzte noch weiter von ihrem Land entfernen könnten.

c) Verbesserung der Arbeitsbedingungen

Zweifelloos wäre es auch nützlich, alle echten Möglichkeiten für eine weitere Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Ärzte, besonders in Landgebieten, zu untersuchen, indem beispielsweise

- ein stärkerer Anreiz für die Arbeit auf dem Land geboten wird, und zwar durch Gewährung von Prämien, Zurverfügungstellung von Kraftfahrzeugen, Verbesserung der Wohnmöglichkeiten usw. oder durch Schaffung eines Minimums an sozialen und kulturellen Infrastrukturen (Schulen etc.);
- den Ärzten ausreichendes qualifiziertes medizinisches Hilfspersonal zur Verfügung gestellt wird;
- Garantien für die regelmäßige und ausreichende Versorgung mit Medikamenten, Arztmaterial usw. gegeben werden;
- Garantien für die laufende Instandhaltung der vorhandenen Einrichtungen usw. gegeben werden.

d) Ersetzung der ausländischen Ärzte

Solange es noch an einheimischen Ärzten mangelt, könnten alle medizinischen Leistungen, die nicht unbedingt die Intervention eines ausgebildeten Arztes erfordern, von Assistenzärzten oder medizinischem Hilfspersonal durchgeführt werden. Hier scheint das Beispiel des Niger interessant: Das Gesundheitsministerium hat 1974 alle Ärzte des Landes in den Zentren der Departements zusammengefaßt, wo sie jeweils für das gesamte Departement

- mit der Kontrolle und Überwachung der Tätigkeiten der Heilmedizin,
- im Rahmen der ambulanten Medizin für die Präventivmaßnahmen und die Krankheitserkennung (1)

beauftragt sind.

Somit wird die Verwaltung der Gesundheitszentren und der Krankenbehandlungsstellen in den Bezirken ausnahmslos Krankenpflegern überlassen. Dieser rationelle Einsatz des Personals geht Hand in Hand mit einem steigenden Angebot an medizinischem Hilfspersonal.

In dieser Hinsicht wurde tatsächlich in fast allen AASM, die eine oder mehrere Schulen für die Ausbildung dieser Art von Personal eingerichtet haben, ein erheblicher Fortschritt erzielt. Der Beitrag der Gemeinschaft zu dieser Entwicklung ist übrigens erheblich: Der EEF hat den Bau mehrerer Krankenpflegeschulen (z.B. in Kamerun, Dahome, Mauretanien, Somalia usw.) finanziert.

5. Zusammenfassung

Zusammenfassend ist zu sagen: In den ersten Jahren nach der Unabhängigkeit wurde die Nutzung der vom EEF finanzierten Krankenhäuser durch den Mangel an Personal und Geldmitteln beeinträchtigt. Dank der vielfältigen Regierungsmaßnahmen und der verschiedenen ausländischen Hilfen im Bereich der Ausbildung haben sich die Probleme hinsichtlich des ärztlichen und des Pflegepersonals weitgehend abgeschwächt; die Probleme der mangelnden Betriebskredite bleiben allerdings weiter bestehen.

./.

---

(1) Dieses Schema ist im Bericht 1970 (S. 85) über die Verwendungsbedingungen der Beihilfen aufgezeichnet worden.

### III. Die nationalen Gesundheitsbudgets

#### 1. Bemerkungen zur Methode

Um die Gesundheitsausgaben der untersuchten Länder möglichst vergleichbar zu machen, sind lediglich die ordentlichen Gesundheitsbudgets, nicht jedoch die Investitionsbudgets oder die Budgets der Gebietskörperschaften berücksichtigt worden. In den ordentlichen Gesundheitsbudgets sind beispielsweise nicht eingeschlossen

- Kosten für Krankenhausbehandlung von Beamten (die von den zuständigen Ministerien getragen werden),
- Kosten für Beförderung und Krankenhausaufenthalt von Bedürftigen (die von den Gebietskörperschaften übernommen werden).

Angesichts der häufig erheblichen Unterschiede zwischen Voraus- schätzungen und tatsächlich zugewiesenen Mitteln wurden soweit wie möglich nur die tatsächlich erfolgten Ausgaben berücksichtigt.

#### 2. Kennzeichen der Haushaltslage

Nach der Analyse der von den verschiedenen Krankenhäusern und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens (1) vorausgaben Mittel sollen nachstehend die Haushaltsstrukturen des gesamten Sektors des Öffentlichen Gesundheitswesens untersucht werden. Bei den Ergebnissen dieser Untersuchung treten folgende Kennzeichen zutage:

##### a) Globale Schwäche der Gesundheitsbudgets

In den meisten Staaten liegt seit Beginn der Sechzigerjahre die Zuwachsrate der Gesundheitsbudgets in laufenden CFA-Franken unter der Zuwachsrate des Staatshaushalts. Demzufolge hat sich der Anteil der Mittel für das Öffentliche Gesundheitswesen am Staatshaushalt dieser Länder erheblich verringert: in Obervolta beispielsweise von 13,3 v.H. auf 7,2 v.H., in Kamerun von 8,6 v.H. auf 5,4 v.H., etwas weniger stark im Niger von 8,7 v.H. auf 7,8 v.H. und in Dahome von 12,6 v.H. auf 10,5 v.H. Einzige Ausnahmen (2): Kongo, Elfenbeinküste und Mali, wo (wenigstens bis 1970) die Zuwachsrate der Gesundheitsbudgets über der der Staatshaushalte lag.

./.

---

(1) Vergleiche Kapitel B, IV, Seite 14 ff.

(2) Quelle: SEDES, Voruntersuchung der Entwicklung der Ausgaben für das Gesundheitswesen in den AASM - April 1972

Der genannten Studie zufolge (1), stagniert die Entwicklung der Gesundheitsbudgets nach dem Übergang in konstante CFA-Franken in den meisten Ländern (z.B. Zentralafrikanische Republik, Madagaskar (2), Tschad) oder ist sogar rückläufig (z.B. Obervolta, Niger, Senegal, Togo). Die einzigen Staaten mit einer ausreichenden Zuwachsrate des Gesundheitsbudgets sind Kongo-Brazzaville, Elfenbeinküste und Gabun.

Trotz gestiegener Gesundheitsbudgets (in laufenden CFA-Franken) sind die Jahresausgaben für das Gesundheitswesen pro Kopf der Bevölkerung zurückgegangen und liegen derzeit bei den untersuchten Ländern zwischen 165 CFA-Franken (Obervolta) und 650 CFA-Franken (Kamerun), wobei der Durchschnitt zwischen 330 und 450 CFA-Franken (Madagaskar (2), Somalia, Mauretanien, Dahome) liegt. Zwischen dieser durchschnittlichen Höhe der Aufwendungen und dem Anteil des Gesundheitshaushalts am Staatshaushalt ist keinerlei Zusammenhang feststellbar; dieser Anteil fällt von einem Land zum anderen unterschiedlich aus: beispielsweise für Kamerun und Mauretanien weniger als 6 v.H., für Obervolta, Somalia, Niger zwischen 6 und 8 v.H., für Dahome mehr als 10 v.H.

Interessant ist die Feststellung, daß die dem Unterrichtssektor zugewiesenen Mittel in einer Reihe von Ländern volumenmäßig höher liegen und schnelleren Zuwachs aufweisen als die Mittel für das Öffentliche Gesundheitswesen (Beispiel: Obervolta, Niger, Dahome, Gabun, Elfenbeinküste).

b) Ungleichgewicht zwischen den Personal- und den Betriebsausgaben

In allen untersuchten Ländern ist der Anteil des Personalhaushalts am Gesundheitshaushalt seit Beginn der Sechzigerjahre mehr oder weniger stark im Steigen und hat zur Zeit ungefähr 50 v.H. im Niger, 50-60 v.H. in Mauretanien, Madagaskar und Somalia, 75 v.H. in Kamerun und in Dahome, 85 v.H. in Obervolta erreicht.

Daraus folgt, daß bei fast gleich hohen Beträgen für die Gesundheitsbudgets (beispielsweise Niger und Obervolta) erhebliche Unterschiede bei den Betriebshaushalten ohne Personal (in Obervolta viermal kleiner als im Niger) und den Betriebsaufwendungen im Gesundheitswesen pro Kopf der Bevölkerung (in Obervolta fünfmal kleiner als im Niger) bestehen können.

./.

---

(1) Siehe Fußnote (2) Seite 39

(2) Zentraler Gesundheitshaushalt, wobei die erheblichen Gesundheitsbudgets der Provinzen nicht mitgerechnet sind.

Dank der vernünftigen Aufteilung seines Gesundheitsbudgets (ungefähr die Hälfte für Betriebsausgaben vorbehalten) scheint der Niger eher in der Lage, den Betrieb seiner Krankenhauskapazitäten mit eigenen Mitteln angemessen zu bewirtschaften; dagegen besteht in Obervolta infolge der schwachen dem Betrieb vorbehaltenen Mittel (15 v.H.) ein fundamentales Ungleichgewicht zwischen Eigenmitteln und Finanzbedarf der vorhandenen Krankenhauseinrichtungen.

Ein weiterer Vergleich drängt sich auf: In beiden Ländern ist die Krankenhauskapazität (Einwohner je Bett) recht ungünstig: 1 Bett für 1.430 Einwohner (Niger) und 1 Bett für 2.210 Einwohner (Obervolta). Im Niger besteht zwar ein besseres Gleichgewicht zwischen der bestehenden Krankenhausinfrastruktur und den eigenen Finanzmitteln des Landes, in Obervolta scheinen jedoch die Krankenhauskapazitäten, die ohnehin schon sehr gering sind, im Verhältnis zu den für ihren Betrieb vorgesehenen Mitteln noch überdimensioniert zu sein.

c) Bescheidene Mittel der Gebietskörperschaften

In praktisch allen Mitgliedstaaten decken die Gebietskörperschaften einen Teil der Betriebskosten der Krankenhäuser ab. Allgemein sind diese Finanzbeiträge jedoch weder kontinuierlich noch regelmäßig; darüber hinaus scheinen sie in den meisten französischsprachigen Staaten von nur geringer Bedeutung zu sein. So wird beispielsweise in Obervolta der Gesamtbetrag auf ungefähr 10 v.H. des zentralen Betriebsbudgets für das Gesundheitswesen geschätzt. Dagegen stellen in Madagaskar die Budgets der Provinzen einen erheblichen Teil der Mittel für das Gesundheitswesen, so daß sie zusammen beinahe die Höhe des nationalen Gesundheitsbudgets erreichen (1).

./.

- 
- (1) Im Jahre 1972 konnte das Öffentliche Gesundheitswesen über 2.319 Millionen CFA-Franken (Gesundheitsbudget) und 2.000 Millionen CFA-Franken (Summe der Provinzbudgets), d.h. insgesamt über 4.319 Millionen CFA-Franken verfügen.

d) Ungleichgewicht zwischen den Ausgaben für Heilmedizin und denen für Präventivmedizin

Da präzise und ausreichende Informationen fehlen, kann nur die allgemeine Tendenz festgestellt werden, daß die der Präventivmedizin zugewiesenen Eigenmittel der Länder äußerst gering sind. Beispielsweise sind in Kamerun vom Betriebshaushalt für das Gesundheitswesen 1974/75 (1.223 Millionen CFA-Franken) lediglich 1,3 v.H. für die Präventivmedizin vorbehalten und 3 v.H. insgesamt für die medizinische Versorgung der Landbevölkerung, die Präventivmedizin und die Bekämpfung von Epidemien. Die Lage ist sicher in den anderen Ländern nicht besser. Man kann davon ausgehen, daß die Präventivmedizin über ungefähr ein Viertel des Haushalts verfügen müßte, wenn sie einigermaßen funktionieren soll. Davon ist man sehr weit entfernt: Die großen Verbraucher der Haushaltsmittel sind die Heilmedizin und insbesondere bestimmte Krankenhäuser.

e) Ungleiche Aufteilung der Mittel auf Großstädte und Landgebiete

Aus den verfügbaren Informationen über die Gesundheitsbudgets war nicht erkennbar, welcher Anteil der Gesamtmittel den Großstadtkrankenhäusern zugewiesen wird. Die den städtischen Zentren zuerkannte Präferenz ergibt sich jedoch aus der Konzentration der Krankenhauskapazitäten in den Großstädten und des Anteils der Budgets der allgemeinen Krankenhäuser an den Gesundheitsbudgets.

- Im allgemeinen ist die Konzentration der Krankenhauskapazitäten in der Hauptstadt erheblich; so profitieren in Obervolta weniger als 5 v.H. der Gesamtbevölkerung, die in Ouagadougou oder Bobo-Dioulasso leben, von 56 v.H. der Krankenhauskapazität des Landes. Die entsprechenden Zahlen für den Niger (Niamey und Zinder) lauten 4 v.H. und 39 v.H., für Somalia (Mogadiscio) 10 v.H. und 50 v.H.



Das Verhältnis zwischen den von den allgemeinen Krankenhäusern verausgabten (2) Betriebsmitteln (1) und den Gesundheitsbudgets (Betriebsmittel) läßt ganz eindeutig den Konzentrationsgrad erkennen - und die Schwierigkeiten, die daraus für die Finanzierung der Gesundheitsinfrastruktur eines Landes entstehen können.

Das Landeskrankenhaus Nouakchott (Mauretanien) beansprucht 35 v.H., die beiden Landeskrankenhäuser Niamey und Zinder (Niger) mehr als 40 v.H. der verfügbaren Betriebsmittel; in Niger erhalten diese beiden Krankenhäuser und die 5 Zweitkrankenzentren zusammen insgesamt 53 v.H. der Betriebsmittel für das Gesundheitswesen. In Obervolta erfordern die beiden allgemeinen Krankenhäuser Ouagadougou und Bobo-Dioulasso Mittel in einer Höhe, die um nahezu 40 v.H. den gesamten Betriebshaushalt für das Gesundheitswesen überschreiten. Die Budgets der beiden Zweitkrankenhäuser Gaoua und Fada N'Gourma würden zusammen nahezu 50 v.H. des Betriebshaushalts für das Gesundheitswesen beanspruchen, wenn sie darauf verbucht würden (3).

### 3. Ausländische Betriebshilfen

Zusammenfassend ist zu sagen, daß in den meisten Ländern ein mehr oder weniger starkes Ungleichgewicht zwischen den finanziellen Eigenmitteln und den realen Bedürfnissen besteht. Lediglich die häufig erheblichen finanziellen und materiellen Hilfen verschiedenster ausländischer Herkunft geben die Möglichkeit, das gute Funktionieren der Krankenhausanlagen und die Verwirklichung bestimmter Ziele im Bereich der Präventivmedizin zu garantieren.

Die Gesamtheit dieser Betriebsbeihilfen (4) ist erheblich für Obervolta, Mauretanien, Niger, Tschad, Dahome, mittelgroß für Kamerun, Senegal und Mali und schwach für Togo und die Elfenbeinküste.

./.

- (1) Das Verhältnis zwischen den Personalbudgets der allgemeinen Krankenhäuser und den Personalbudgets für das Gesundheitswesen ist nicht aufschlußreich, da die betroffenen Ärzte meist zur ausländischen technischen Hilfe gehören; die Gehälter dieser Ärzte werden demnach nicht auf die Haushalte angerechnet.
- (2) Die tatsächlich ohne Berücksichtigung der Herkunft der Mittel erfolgten Ausgaben (Ausgaben gemäß der Definition in Kapitel 3, IV, 1, Seite 14).
- (3) Sie werden fast vollständig von der deutschen Entwicklungshilfe und der Hilfe der "Frères des Hommes" getragen.
- (4) Nach der SEDES-Studie.

Die Herkunft dieser Betriebshilfen ist sehr unterschiedlich; es handelt sich hauptsächlich um:

- bilaterale und multilaterale staatliche Hilfen, z.B.:

- . die französische, deutsche, belgische usw. Hilfe, die sich entweder auf den Betrieb (Medikamente, Ausrüstungen, Fahrzeuge usw.) oder auf "Kampagnen" zur Ausmerzung und Bekämpfung von endemischen Krankheiten usw. beziehen. Diese Beihilfen bilden häufig die logistische Unterstützung des an Ort und Stelle befindlichen Personals der technischen Hilfe.
- . die amerikanische Hilfe (USAID) mit regionalen oder nationalen Programmen, z.B. Schutz von Mutter und Kind (PMI), Ausmerzung von Pocken und Masern, Hygieneerziehung und Umwelthygiene, Nahrungsmittelhilfe usw.
- . die Hilfen von WHO und UNICEF, die insbesondere "Kampagnen" und spezifische Programme z.B. für die Bekämpfung endemischer Krankheiten, Sanierungsmaßnahmen, usw. umfassen ...

- private Hilfen jeder Herkunft (1), insbesondere von philanthropischen, religiösen Organisationen usw.

4. Lehren aus den analysierten Erfahrungen

Welche Lehren können aus der Analyse der bestehenden Situationen gezogen werden? Welches sind insbesondere die Merkmale für die Beurteilung der finanziellen Aspekte eines Vorhabens? Zweifellos ist für die Vorbereitung und Ausarbeitung neuer Vorhaben die Berücksichtigung nachstehender Faktoren nutzvoll:

- a) Zunächst ist es erforderlich, das vorhandene Gleichgewicht oder Ungleichgewicht zwischen den Eigenmitteln des Landes und den für den Betrieb der vorhandenen Krankenhausanlagen erforderlichen Mitteln zu untersuchen. Bei der Beurteilung kann ausgegangen werden:

./.

---

(1) vergleiche auch Kapitel B, IV, Seite 17

- einerseits vom Gesundheitshaushalt, seiner bisherigen Entwicklung, seiner Aufteilung auf die verschiedenen Bereiche (Heilmedizin, Präventivmedizin usw. ...) seiner Aufteilung auf die verschiedenen Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens, insbesondere auf die Krankenhäuser der verschiedenen Ebenen; von den Haushalten der Gebietskörperschaften,
  - andererseits von den durch die vorhandenen Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens auf verschiedenen Ebenen tatsächlich verausgabten Mitteln (1), ihrer bisherigen Entwicklung, der Herkunft dieser Mittel, insbesondere aus finanziellen und materiellen Auslandshilfen.
- b) Die Bewertung der Zuverlässigkeit und Regelmäßigkeit der Auslandshilfen und der Haushalte der Gebietskörperschaften gibt die Möglichkeit, die Labilität des erzielten Gleichgewichts zu beurteilen. Bei der Beurteilung des Umfangs der zusätzlichen laufenden Belastungen aus der vorgesehenen Investition muß diese etwa bestehende oder voraussehbare Labilität berücksichtigt werden.
- c) Die Gefahr, daß die Investition nicht zur vollen Nutzung gelangt, steigt in dem Maße, in dem das tatsächliche Ungleichgewicht markant ist, d.h. das faktische Gleichgewicht labil ist.
- d) Ist bereits im Zeitpunkt der Konzeption des Vorhabens absehbar, daß das begünstigte Land nicht in der Lage sein wird, die Betriebskosten ganz oder teilweise aus Eigenmitteln zu decken, so muß
- entweder auf das Vorhaben verzichtet werden,
  - oder die Konzeption des Vorhabens an die Fähigkeit des Landes, das gute Funktionieren zu gewährleisten, angepaßt werden; möglicherweise ist eine zeitliche Streckung für die Durchführung des Gesamtvorhabens vorzusehen;
  - oder aber die Regierung muß geeignete Maßnahmen zur Verbesserung der finanziellen Bedingungen für den Betrieb einführen;
- ./.

---

(1) Tatsächlich erfolgte Ausgaben ohne Berücksichtigung der Herkunft der Mittel (Ausgaben nach der Definition von Kapitel B, IV, 1, Seite 14).

- oder schließlich muß der Betrieb ganz oder teilweise mit ausländischer Hilfe geführt werden.

In diesem Sinn kann die Regierung die Möglichkeiten für geeignete nationale Maßnahmen zur Aufstockung der finanziellen Eigenmittel des Landes untersuchen, indem z.B.

- der Anteil des Gesundheitsbudgets am Staatshaushalt erhöht wird;
- die Aufteilung des Gesundheitsbudgets zugunsten der Betriebsausgaben (optimaler Anteil bei 50 v.H.) verschoben wird;
- die Möglichkeit für eine schrittweise Übernahme bestimmter Krankenkosten durch die Bevölkerung untersucht werden: Anhebung der Krankenhaustarife, Prüfung der Möglichkeiten für eine Finanzautonomie der Krankenhäuser, Verkauf von Medikamenten usw. ...

Die Regierung kann ferner versuchen, sich ausländischer Hilfen an Personal und finanziellen Mitteln zu versichern; das Beispiel des Krankenhauses in Mogadiscio (Somalia) macht deutlich, wie wichtig es ist, diese Bedingungen zu beurteilen, die möglicherweise als Grundlage für die Konzeption eines Vorhabens herangezogen werden; es ist zweckmäßig, Vorkehrungen zu treffen, damit die teilweise oder vollständige Aufhebung einer oder mehrerer Hilfen nicht dazu führt, daß ein normaler Betrieb unmöglich wird. Schließlich kann die ausländische Hilfe vorsehen, daß wenigstens während der Übergangszeit - wenn die Investition anläuft, die Betriebskosten übernommen werden.

- e) Für die ärmsten Länder, deren Entwicklung des Gesundheitswesens erheblich im Rückstand ist, können die Erwägungen der ausländischen Hilfeorganisationen sogar die Prüfung der Möglichkeiten einschließen, bestimmte Teile der Heil- oder Präventivmedizin auf eigene Kosten zu übernehmen.

f) Schließlich stellt sich noch eine Grundsatzfrage: Ist die für eine Gesundheitsintervention im Gesundheitsbereich getroffene Option gerechtfertigt? Würde die denkbare Alternative, die Betriebskredite zugunsten der Präventivmedizin anzuheben, nicht positivere Auswirkungen auf die Gesundheitssituation der Bevölkerung zeitigen?

./.

#### IV. Technische Konzeption

Im Rahmen dieses Berichts können nur einige allgemeine Überlegungen zur technischen Konzeption sowie zu den Lehren angestellt werden, die hieraus zu ziehen wären.

##### 1. Kriterien für eine zweckorientierte Konzeption

###### a) Gebäude und Ausstattung

Trotz vielfach mangelnder Instandhaltung befindet sich der Gebäudekörper der meisten Krankenhäuser in verhältnismäßig gutem Zustand. Die Instandhaltung der Innenausstattung (Verputz, Farb-anstrich, Holzwerk usw.) läßt hingegen mehr zu wünschen übrig. Im allgemeinen werden mit Gebäuden einfacher und robuster Bauweise, die den örtlichen Verhältnissen entsprechen, die besten Ergebnisse erzielt. Dies gilt sowohl für die traditionelle Bauweise als auch für Fertigbauten.

Die ortsfesten Anlagen hingegen sind in allen Krankenhäusern auf sämtlichen Ebenen um so rascher abgenutzt oder sogar unbrauchbar, je komplizierter oder verfeinerter sie sind (z.B. elektrische Installationen, Kühl- und Wärmeerzeugungsanlagen, Telefonanlagen, Aufzüge, Elektropumpen, zentralgesteuerte Klimaanlage usw.).

Ähnliches gilt für die medizinische Ausrüstung, der schwache Punkt vieler Investitionen, da sie häufig zu spezialisiert und zu wenig auf das örtliche Personal abgestimmt ist.

###### b) Zusatzinvestitionen

Nach den Erfahrungen der ersten Jahre ist nur selten damit zu rechnen, daß Finanzierung und Durchführung der in den Finanzierungsabkommen (1) vorgesehenen Zusatzinvestitionen (Straßeninfrastruktur, Wasser- und Stromversorgung, Personalwohnungen, Einfriedungen usw.) und der medizinischen Ausrüstung von den staatlichen Stellen übernommen werden. Daher hat die Kommission bei späteren Vorhaben Teilfinanzierungen vermieden, d.h. sie hat es vermieden, den staatlichen Behörden einen Teil der Projektdurchführung zu überlassen.

Es war jedoch festzustellen, daß die lokalen Behörden mitunter bestimmte Zusatzinvestitionen finanzierten und durchführten, da die ursprüngliche Konzeption den örtlichen Bedürfnissen sowie

./.  
(1) Siehe insbesondere die in den verschiedenen Berichten über die Bedingungen für die Verwendung der Hilfe genannten Fälle: Tschad (1969, S. 44-45), Mali (1970, S.82), Burundi und Dahome (1971, S. 38-39)

den Sitten und Bräuchen der Bevölkerung nicht genügend Rechnung getragen hatte. Am häufigsten war dies bei folgenden Anlagen der Fall:

- die Benutzung der sanitären Anlagen (WC, Duschen) wird in zahlreichen Fällen durch verstopfte Abflußrohre und defekte Wasserleitungen sehr bald erschwert oder unmöglich gemacht. Daher wurden die eingebauten sanitären Anlagen abgeschlossen und außerhalb der Gebäude traditionelle Anlagen gebaut (z.B. Zweitkrankenhäuser in Gaoua und Fada N'Gourma in Obervolta). In den allgemeinen Krankenhäusern stellen sich derartige Probleme kaum; um so häufiger kommen sie in den Krankenhäusern und Gesundheitszentren der mittleren Ebene auf dem Lande vor. Die Erfahrung hat gezeigt, daß es oft genügen würde, derartige Anlagen in begrenzter Anzahl für das Personal und die wenigen bereits damit vertrauten Kranken vorzusehen.
- In den Krankenhäusern auf dem Lande werden die Küchen, die in den meisten allgemeinen Krankenhäusern mehr oder weniger normal funktionieren, aus folgenden Gründen häufig durch traditionelle, außerhalb der Gebäude angebrachte Kochstellen aus Stein ersetzt: fehlende Mittel für Betrieb (Brennstoffe) und Instandhaltung, andere Ernährungsgewohnheiten und Bräuche der Bevölkerung (die Nahrung wird vorzugsweise von den Verwandten zubereitet, die den Kranken begleiten).
- Ähnliche Probleme bestehen bei Waschküchen: wegen Wasser-, Strom- und Brennstoffmangel oder einfach wegen fehlender Betriebsmittel werden die installierten Geräte häufig nicht benutzt.
- Die für die Begleitpersonen gebauten Wohnungen werden manchmal für die Unterbringung von Kranken mit ansteckenden Krankheiten verwendet (z.B. Gaoua, Obervolta). Die staatlichen Behörden haben Hütten in traditioneller Bauweise gebaut, die besser auf die örtlichen Bedürfnisse abgestimmt sind. Besondere Beachtung verdient hingegen der Bau von Personalwohnungen, insbesondere auf dem Lande. Hierdurch kann nämlich eine der Ursachen für

die Personalfluktuation beseitigt, Autorität und Einfluß des Personals gefestigt und eine bessere Instandhaltung der Gebäude und Anlagen der Krankenhäuser gewährleistet werden.

c) Zusammenfassung

Grundsätzlich muß ein Vorhaben auf dem Gebiet des Gesundheitswesens in seiner Konzeption einmal den medizinischen Leistungen, Rechnung tragen, die erbracht werden sollen, und zum andern den Investitionskosten sowie den technischen, finanziellen und personellen Betriebs- und Instandhaltungsmöglichkeiten der Infrastruktur und der Ausrüstung.

Es bedarf einigen Einfühlungsvermögens, um die Bauten und Einrichtungen mit den verfügbaren Finanzmitteln in Einklang bringen zu können, kurz, es muß eine Antwort auf die Frage gefunden werden, wie mit begrenzten Mitteln moderne, effiziente Krankenpflegedienste verwirklicht werden können.

Außerdem muß die technische Konzeption nach den Kenntnissen der Benutzer und nach den echten Bedürfnissen und Lebensgewohnheiten der in dem Gebiet lebenden Menschen ausgerichtet werden. Ohne bis zum Extrem der Konzeption z.B. eines Albert Schweitzer zu gehen (für den der Kranke im Krankenhaus die gleiche Umwelt wie in seinem Heimatdorf vorfinden sollte), könnte man für jeden Einzelfall eine dahingehende Kompromißlösung finden, daß der Kranke im Krankenhaus eine Umwelt vorfindet, die ihm nicht zu fremd erscheint.

Die Bemühungen um eine Anpassung der Konzeption an die örtlichen Verhältnisse und den Lebensstandard der Bevölkerung sind bei den nicht völlig unerläßlichen Zusatzinvestitionen (Wohnungen, Küche, Waschküche usw.) von besonderer Bedeutung.



Die beabsichtigte Anpassung an die örtlichen Bedürfnisse steht jedoch häufig im Widerspruch zum Wunsch der nationalen Behörden, nach Gebäuden europäischen Typs und nach modernsten Anlagen. In diesen Fällen reicht es nicht aus, geeignete Maßnahmen für die angemessene Instandhaltung der Anlagen und Einrichtungen vorzusehen. Häufig ist eine generelle Vereinfachung der Konzeption erforderlich.

## 2. Überlegungen zu den Anforderungen an die technische Konzeption

### a) Flexibilität

Wichtigstes Kriterium der Konzeption ist die Flexibilität, um mit der Entwicklung sämtlicher Faktoren Schritt halten zu können, die die Konzeption einer Krankenanstalt beeinflussen (Entwicklung der sozio-ökonomischen Bedingungen des Landes, Entwicklung der medizinisch-technischen Behandlungsmethoden usw.). Die erforderliche Flexibilität sollte bei der Planung in folgenden besonderen Merkmalen zum Ausdruck kommen, wobei komplizierte Konzepte vermieden werden müssen:

- Erweiterungsmöglichkeiten durch die Wahl eines Pavillonsystems, das bei zahlreichen aus dem EEF finanzierten Krankenhäusern bereits angewandt wurde und im allgemeinen zu empfehlen ist, wenn auch die erforderliche <sup>1</sup>Einbeziehung in ein Stadtgebiet andere Bauformen rechtfertigen kann (z.B. Institut National de Santé Publique in Abidjan);
- Austauschbarkeit durch die Verwendung von Baueinheiten, die eine polyvalente Nutzung ermöglichen;
- Änderungsmöglichkeiten, so daß z.B. durch einfachen Zugang zu den Rohrleitungen Änderungen an den Anschlüssen vorgenommen werden können.

### b) Bautechnische Anforderungen

Aus den vorgenannten Kriterien ergeben sich einige bautechnische Anforderungen, von denen die wichtigsten nachstehend zusammengefaßt sind:

- Bei der Auswahl des Geländes ist der Möglichkeit späterer Erweiterungen, der Bodenbeschaffenheit, der Wasser- und Stromversorgung, der Abwasserableitung und den Zugangsmöglichkeiten usw. Rechnung zu tragen;

- Die architektonische Lösung muß möglichst so gewählt werden, daß sie der Psychologie der Umwelt gerecht wird, weil die Benutzer auf diese Weise leichter veranlaßt werden können, die Instandhaltung zu übernehmen.
- Bei der Auswahl der Baulichkeiten ist der Flexibilität von Zweckbestimmung und Witterungsverhältnissen sowie den Kapazitäten des einheimischen Marktes und der örtlichen Unternehmen usw. Rechnung zu tragen. Standardisierungen im Rahmen eines Fertigbausystems (Niger, Obervolta) sind besonders nützlich,
  - wenn es sich um ein großes Gesamtprojekt handelt (mit einer ausreichenden Zahl einheitlich konzipierter Gebäude)),
  - wenn durch eine bessere Organisation der Bauausführung eine Bauzeitverkürzung möglich ist,
  - wenn dabei geringere oder höchstens ebenso hohe Investitionskosten wie bei der traditionellen Bauweise anfallen,
  - wenn dadurch spätere Änderungen in Einteilung oder Zweckbestimmung erleichtert werden,
  - wenn dadurch die Kosten für die laufende Instandhaltung verringert werden.

Allerdings können die Vorteile standardisierter Gebäudeteile nur erreicht werden, wenn bei der Durchführung sichergestellt ist, daß

- Pläne und Konzeption der Gebäude und Anlagen von Anfang an gut aufeinander abgestimmt und miteinander koordiniert sind, damit die Kohärenz von Bau und Ausrüstungen gewährleistet ist,
  - Bauzeit und Lieferfristen so koordiniert sind, daß eine Unterbrechung in der Durchführung des Vorhabens vermieden wird,
  - das eingeführte Material (vorgefertigte Teile und Ausrüstungen) keine Mängel aufweist, und bei Montage und Inbetriebnahme keine Verzögerungen verursacht.
- Bei der Auswahl des Materials ist zu beachten:
    - es muß auf die Witterungsverhältnisse abgestimmt sein,
    - es muß leicht instandzuhalten, zu reinigen und zu ersetzen sein;

- außerdem ist den etwaigen Auswirkungen auf die Wirtschaft des Landes Rechnung zu tragen (Verwendung einheimischer Baumaterialien)
- Bei der Auswahl der ortsfesten Anlagen und der Ausrüstungen soll Rechnung getragen werden
  - dem Lebensstandard der Benutzer (einfacher Betrieb),
  - der einfachen Instandhaltung (an Ort und Stelle verfügbare Mittel - vorzugsweise Auftragsvergabe an die ortsansässige Firmen, sehr strenge Bedingungen im Lastenheft hinsichtlich des Kundendienstes) (1),
  - den Möglichkeiten leichter Beschaffung von Ersatzteilen,
  - den angemessenen Betriebskosten (2).

./.

---

(1) Siehe auch Kapitel B, II, 2, Seite 9

(2) Siehe auch Bericht 1970 über die Bedingungen für die Verwendung der Hilfen, S. 85-86.

#### D. BETRIEBSHILFEVORHABEN

Die nachfolgenden Überlegungen basieren auf der Prüfung einer Reihe von temporären Hilfsmaßnahmen, die sich an den Bau des Krankenhauses von Mogadiscio (Somalia) (1) anknüpften. Solche Betriebshilfeprojekte können die Übernahme sowohl des Personals (technische Hilfe) als auch des Betriebs (materielle Hilfe) umfassen.

##### I. Technische Hilfe

Wegen des Zeitdrucks einerseits und des multinationalen Charakters der Maßnahme andererseits, bei der eine Koordinierung zwischen EEF und bilateralen Hilfen erfolgte, waren ärztliches Personal und medizinisches Hilfspersonal nicht sehr homogen und somit auch nicht sehr kohärent. Die Unterschiede in Herkunft und Berufsausbildung waren jedoch nicht die einzigen Ursachen für die entstandenen Probleme der Verwaltung und Zusammenarbeit; auch in zahlreichen anderen afrikanischen Krankenhäusern sind multi-nationale Teams eingesetzt (2). In Mogadiscio wurden offensichtlich wegen des Zeitdrucks die Auswahl des Personals und die Zuweisung der Dienstposten des Stellenplans in medizinischer Hinsicht nicht genügend koordiniert.

Hieraus läßt sich schließen, daß die technische Zusammenarbeit nur mit homogenen, kohärenten und hierarchisch strukturierten Teams von Ärzten und medizinischem Hilfspersonal gelingen kann. Nur unter diesen Voraussetzungen besteht die Gewähr für den unerläßlichen Teamgeist, die gegenseitige berufliche Achtung und die Autorität der Verantwortlichen. Auswahl und Anwerbung des Personals können daher nicht ohne aktive, entscheidende Mitwirkung des leitenden Arztes erfolgen. Noch besser wäre, wenn dies möglich wäre, die Entsendung eines ganzen Ärzte-, Krankenpflege- und Verwaltungsteams eines europäischen Krankenhauses.

./.

---

(1) Siehe Beschreibung in Anhang I/11 ff.

(2) Das Krankenhaus von Niamey beschäftigt 27 Ärzte mit insgesamt 7 verschiedenen Staatsangehörigkeiten; dennoch stellt sich bei der Zusammenarbeit dort nicht das geringste Problem.

## II. Die temporäre Übernahme des Betriebs

Als der EEF sich verpflichtete, auch den Betrieb des Krankenhauses von Mogadiscio zu übernehmen, richtete er seine Finanzmittel nach der ursprünglichen Konzeption des Vorhabens aus (hohe ärztliche Spezialisierung, modernste medizinisch-technische Geräte, ortsfeste Anlagen europäischen Typs usw.). Nach der schrittweisen Ablösung der Auslandshilfe konnte dieses Betriebsniveau nicht aufrechterhalten werden: das Betriebsbudget des Jahres 1973 lag um 35 % niedriger als 1966/67 (1). Es liegt auf der Hand, daß diese Senkung der realen Betriebsausgaben ein geringes Betriebsniveau des Krankenhauses oder aber eine geringere Qualität der erbrachten Leistungen zur Folge haben muß. Seit einigen Jahren hat sich nun auf reduziertem Niveau ein angemessenes Gleichgewicht zwischen den aus der Konzeption resultierenden Anforderungen und den Finanzmitteln des Landes gebildet.

Die hier gemachten Erfahrungen zeigen, daß bei der Übernahme der Betriebsausgaben folgendes zu berücksichtigen ist:

- sie muß von Anfang an auf die mittelfristigen finanziellen Möglichkeiten des Landes abgestimmt sein (selbst auf die Gefahr hin, daß sie auf einer niedrigeren Ebene durchgeführt wird als der ursprünglichen Konzeption entspricht, falls diese nicht realistisch genug war); auf diese Weise soll das Risiko ausgeschaltet werden, daß das Niveau von Betrieb und Instandhaltung bei der Ablösung abrupt sinkt oder daß zu große Belastungen auf Kosten anderer Maßnahmen im Bereich des Gesundheitswesens entstehen;
- sie muß (wie beim EEF) degressiv gestaffelt sein, damit das Land zu eigener Anstrengung angespornt wird und möglichst bald die Ablösung vornehmen kann (2).

Abschließend ist zur technischen Hilfe und zur temporären Übernahme des Betriebs folgendes zu bemerken:

- Eine derartige Maßnahme kann als außergewöhnliche Hilfsaktion angemessen sein, wenn das begünstigte Land dann in der Lage sein wird, schrittweise den Betrieb und die Ablösung der temporären Hilfe zu übernehmen;

./.

- 
- (1) Zeitraum der Betriebsführung durch den EEF, bei dem Vergleich wurde der allgemeinen Preissteigerung Rechnung getragen.
  - (2) Diese Voraussetzung ist ausdrücklich im Abkommen von Lome enthalten (Art. 58 Absatz 2).

- Sie kann sich segensreich auf die Entwicklung des Gesundheitswesens in dem betreffenden Lande auswirken und eine nützliche investitionsgebundene technische Hilfe darstellen, da sie
  - das Anlaufen des Betriebes unter den besten technischen Bedingungen begünstigt,
  - zur Ausbildung einheimischer Ärzte und medizinischen Hilfspersonals am Arbeitsplatz beiträgt,
  - dazu beiträgt, die möglichst baldige Ablösung des Personals unter den besten Voraussetzungen vorzubereiten.
- Sie wäre jedoch diskutabel, wenn sie an die Stelle der Verantwortlichkeit des begünstigten Landes treten würde, die Verwaltung und den Betrieb der Investitionen voll und ganz selbst zu übernehmen. In diesem Falle besteht die Gefahr, daß die Hilfeleistung nur eine zeitliche Verschiebung des Problems bewirkt, ohne zu seiner Lösung beizutragen.

./.

## E. ZUSAMMENFASSUNG UND ALLGEMEINE SCHLUSSFOLGERUNGEN

1. Aus den aufgeführten Vorhaben geht hervor, daß sich die Bemühungen der Gemeinschaft in der Vergangenheit auf ortsfeste Infrastrukturen auf allen Ebenen der Gesundheitsdienst-Pyramide konzentriert haben, sei es in Form isolierter Vorhaben oder in Form von Globalinterventionen als Teil von Entwicklungsprogrammen auf dem Gebiet des Gesundheitswesens. Die abgeschlossenen Vorhaben, die hier evaluiert wurden, umfassen daher lediglich den Bau, den Ausbau oder die Modernisierung von Krankenanstalten (Krankenhäuser, Gesundheitszentren, Behandlungsstellen usw.) (1) sowie die Betriebshilfe für eine dieser Einrichtungen, das Krankenhaus von Mogadiscio (Somalia).
2. Durch diese Vorhaben wurde die Infrastruktur des Gesundheitswesens der Länder in der Regel beträchtlich verbessert. Der Ausnutzungsgrad der meisten finanzierten Anlagen kann als zufriedenstellend bezeichnet werden. Einige dieser Einrichtungen auf den mittleren und unteren Ebenen der Gesundheitsdienst-Pyramide konnten jedoch den vorgesehenen Ausnutzungsgrad noch nicht erreichen.

Wenn die Tätigkeit einiger Krankenhäuser im Verhältnis zu den gesteckten Zielen und der Kapazität der Anlagen auch häufig noch unzureichend ist, so steht ihre Nützlichkeit in den meisten Fällen dennoch außer Zweifel. Durch die finanzierten Vorhaben war es möglich, die Leistung des Personals zu steigern und für die Kranken den Zugang zu den Gesundheitsdiensten zu erleichtern. Die Fälle einer unzureichenden Nutzung machen jedoch die Investitionskosten im Verhältnis zu den erbrachten Leistungen zu hoch.

Der Grund dafür, daß einige Krankenhäuser nicht voll ausgenutzt werden, liegt darin, daß sie nicht über genügend Betriebsmittel verfügen, daß einige zusätzliche Bedingungen nicht erfüllt sind oder daß - was seltener zutrifft - bei Konzeption oder Standort Fehler begangen worden sind.

3. Die Nutzung der anfänglichen Vorhaben, die durchgeführt wurden, litt unter einem Mangel an Personal, Betriebs- und Instandhaltungsmitteln. Die Regierungen der AASM und die Kommission wurden sich bald darüber klar, welche Risiken eine im Verhältnis zu den Betriebsmitteln übermäßige Krankenpflegeausrüstung mit sich bringt: beim 1. EEF entfielen 9 % der Mittelbindungen auf Vorhaben im Gesundheitswesen; beim 2. EEF fiel dieser Satz auf 4 % und beim 3. EEF auf 3 %.

./.

---

(1) Der EEF hat übrigens nur eine größere Kampagne im Gesundheitswesen finanziert, nämlich die zur Bekämpfung der Onchocercose (Mali, Obervolta, Elfenbeinküste).

Die Betriebsprobleme schwächen sich im Laufe der Jahre immer mehr ab. Durch die in Afrika kürzlich neu errichteten medizinischen Fakultäten kann der heute noch bestehende Mangel an einheimischen Ärzten behoben werden, sofern ihre Gehälter aus den in den betreffenden Ländern zur Verfügung stehenden Gesundheitsbudgets bestritten werden können. Nach der Eröffnung verschiedener Schulen zur Ausbildung von medizinischem Hilfspersonal kann der unmittelbare Bedarf an solchen Kräften bereits jetzt oder aber in Bälde gedeckt werden. Mehrere Ausbildungsprogramme für Instandhaltungspersonal, die auf Betreiben der Kommission in Angriff genommen und aus dem EEF finanziert wurden, können als effiziente praktische Lösung für die dringenden Probleme im Zusammenhang mit der Instandhaltung der Anlagen betrachtet werden. Wichtigstes Problem bleibt jedoch nach wie vor der Mangel an finanziellen Eigenmitteln der Länder, insbesondere an Betriebsmitteln; durch diesen Mangel verringert sich die Effizienz des eingesetzten Personals, selbst wenn es in den besten Anlagen und mit den besten Ausrüstungen arbeitet.

4. Aus der Prüfung der Bedingungen für die Nutzung der abgeschlossenen Vorhaben, die aus dem EEF finanziert worden sind, geht hervor, daß bei einem großen Krankenhaus auf der oberen Ebene der Gesundheitsdienst-Pyramide mehr Aussichten auf eine gute Ausnutzung und Betriebsfähigkeit bestehen als bei den Krankenpflegeeinrichtungen auf den mittleren und unteren Ebenen. Der Grund dafür liegt darin, daß die Regierungen dazu neigen, ihre finanziellen, personellen und materiellen Bemühungen auf diese Einrichtungen zu konzentrieren, die auch ihren Prestigebedürfnissen gerecht werden.

Die Großkrankenhäuser, die auf diese Weise mit genügend finanziellen Mitteln und Personal ausgestattet sind (gegebenenfalls ergänzt durch ausländische Hilfen, soweit Eigenmittel fehlen), werden in der Regel voll ausgenutzt: zu 90 bis 100 % ihrer theoretischen Kapazität und sogar darüber. Bei den Pflegeanstalten der mittleren und unteren Ebene hingegen ist das Risiko groß, daß der vorgesehene Ausnutzungsgrad nicht erreicht wird, wenn sie durch eine unausgewogene Zuweisung der Betriebsmittel benachteiligt werden. Bei den Zweitkrankenhäusern und Gesundheitszentren liegt der Ausnutzungsgrad bei 40 - 70 % (1).

./.

---

(1) Siehe Kapitel B, I, 1, S. 5



Je weiter das Krankenhaus funktionell und strukturell von der zentralen Ebene entfernt ist, desto schwieriger sind in der Regel die Betriebsbedingungen: Häufig besitzen die kleinen Krankenpflegestationen auf dem Lande nicht einmal die elementarsten Arbeitsinstrumente (Arzneimittel usw.); mitunter bleiben sie sogar längere Zeit leerstehen, wenn ein Krankenpfleger fehlt.

5. Selbst bei zufriedenstellenden internen Betriebsbedingungen ist eine unzureichende Ausnutzung nicht ausgeschlossen: damit eine Krankenanstalt ihre Funktion in der Gesundheitsdienst-Pyramide erfüllen kann, müssen noch einige zusätzliche Bedingungen erfüllt sein: sinnvolle Überweisungsregelung, gute Straßenverbindungen zu den Siedlungsgebieten im Einzugsbereich und zwischen den Krankenhäusern der verschiedenen Ebenen, Beförderungsmittel, Mitarbeit der Bevölkerung usw. (1).

Daher müssen bei der Ausarbeitung des Vorhabens nicht nur die eigentlichen Betriebsbedingungen, sondern auch die erforderlichen Zusatzbedingungen sowie die Möglichkeiten zur Verbesserung dieser Bedingungen geprüft werden, z.B. Arbeits- und Lebensbedingungen von Ärzten und medizinischem Hilfspersonal, Erhöhung der für das Gesundheitswesen zur Verfügung gestellten Finanzmittel usw. Nur wenn die Mehrzahl dieser Bedingungen in zufriedenstellender Weise erfüllt ist, können die Krankenhäuser einzeln wie auch in ihrer Gesamtheit optimal genutzt werden, - unter der Voraussetzung natürlich, daß sie rationell konzipiert sind.

6. Welches sind die Kriterien für eine rationelle Konzeption dieser Investitionen? Vorbedingung für ein rationelles, wirtschaftliches Funktionieren der Infrastruktur des Gesundheitswesens eines Landes ist, daß sich alle einzelnen Teile harmonisch in ein kohärentes, ausgewogenes Ganzes einfügen. Dies setzt im wesentlichen voraus:
- die Anpassung der Merkmale der Infrastruktur an die finanziellen und personellen Möglichkeiten des Landes;

./.

---

(1) siehe Kapitel C, I, 3, Seite 30 ff.

- eine sinnvolle regionale Verteilung der Krankenanstalten, wobei der Bedarf der Bevölkerung an Einrichtungen des Gesundheitsdienstes und der Mangel an Personal und Finanzmitteln miteinander in Einklang gebracht werden müssen;
- die hierarchische Gliederung sämtlicher Krankenhäuser der verschiedenen Ebenen sowohl in technisch-funktioneller Hinsicht als auch hinsichtlich der Spezialisierungen und Kapazitäten.

Die Nichtbeachtung dieser Grundsätze zieht Verzerrungen oder Ungleichgewicht auf nationaler Ebene nach sich: unzureichende Auslastung bei einigen Krankenhäusern, Überlastung bei anderen, bessere Gesundheitsdienste in dem einen und schlechtere in dem anderen Gebiet.

7. Der Umfang der ausländischen Beiträge an Finanzmitteln, Material und Personal, ohne die ein reibungsloser Betrieb dieser Krankenhäuser häufig gar nicht gewährleistet werden kann, läßt erkennen, welcher Abstand zwischen dem funktionellen Bedarf der bestehenden Gesundheitsinfrastruktur und den Eigenmitteln der Länder besteht. Beispiel: die ausländischen Finanzhilfen können in Obervolta auf 300 % und in Niger auf 40 % des nationalen Betriebsbudgets für das Gesundheitswesen geschätzt werden (1). Der Anteil der Ärzte, die zur technischen Hilfe gehören, an der Gesamtzahl der Ärzte beträgt 85 % im Niger und in Mauretanien, 70 % in Obervolta und 40 % in Somalia und Kamerun (2).

Bei der Konzeption eines neuen Vorhabens ist daher eine eingehende Prüfung der Frage erforderlich, ob der Betrieb mit Eigenmitteln des Landes oder durch hinreichend sichere Hilfeleistungen gewährleistet werden kann. Auch müssen die von den staatlichen Behörden getroffenen oder geplanten Maßnahmen zur Steigerung der Eigenmittel, die für den Betrieb der Gesundheitsdienste bereitgestellt werden können (3), geprüft werden. Kann ein angemessener Betrieb nicht gewährleistet werden, so muß entweder die Konzeption des Projekts den Möglichkeiten des Landes angepaßt werden, oder aber es muß versucht werden, mit angemessenen Maßnahmen im Bereich der Präventivmedizin die gleichen Ziele im Gesundheitswesen zu erreichen.

./.

- 
- (1) Geschätzte Höhe der ausländischen Betriebshilfen (ohne Personal)  
 Obervolta: ca. 400 Mio CFA-F  
 Niger: ca. 200 Mio CFA-F  
 Siehe auch Kapitel C, III, 3, S. 43
- (2) Siehe Kapitel C, II, 1, S. 33 und B, III, 2, S. 12
- (3) Siehe Kapitel C, III, 4, S. 46

8. Was die Merkmale und die Konzeption eines Neubaus anbelangt, so macht der Erfolg des vom EEF im Niger finanzierten Vorhabens (1) die Notwendigkeit deutlich, die verschiedenen möglichen Alternativen zu prüfen (z.B. Bau eines allgemeinen Krankenhauses oder mehrere kleinere Krankenhäuser außerhalb der Hauptstadt, Neubau oder Modernisierung eines älteren Krankenhauses usw.).

Um strukturelle und funktionelle Ungleichgewichte auf nationaler Ebene zu vermeiden, sind bei der Auswahl zu berücksichtigen:

- die Merkmale der vorhandenen Infrastruktur nicht nur im öffentlichen sondern auch im privaten Sektor; es war z.B. völlig gerechtfertigt, ein Landeskrankenhaus in Nouakchott zu bauen, jedoch gegen ein neues allgemeines Krankenhaus in Niamey zu optieren;
- die mittelfristigen finanziellen und personellen Möglichkeiten des Landes.

Der Ersatz eines baufälligen Krankenhauses ist nicht unbedingt immer die beste Lösung. Instandsetzungen und Modernisierungen können insofern vorteilhafter sein,

- als damit eine bessere Anpassung der laufenden Betriebskosten und des Bedarfs an zusätzlichem Personal an die verfügbaren Mittel möglich ist,
- als dadurch das Risiko neuer überschüssiger Kapazitäten verringert wird.

9. In der technischen Konzeption kommen häufig die ehrgeizigen Wünsche der nationalen Behörden zum Ausdruck. Um mit begrenzten Mitteln für leistungsfähige Gesundheitsdienste sorgen zu können, und um die Aussichten auf ein reibungsloses Funktionieren dieser Dienste zu verbessern, muß die

./.

---

(1) Siehe Kapitel C, I, 2, Seite 27 ff, sowie Anhang I/17-19

Konzeption nicht nur auf die technischen, finanziellen und personellen Betriebs- und Instandhaltungsmöglichkeiten abgestimmt sein, sondern auch den Kenntnissen der Benutzer, den echten Bedürfnissen im Bereich des Gesundheitswesens, den örtlichen Bedingungen und dem Lebensstandard der Bevölkerung Rechnung tragen.

Die technische Konzeption muß daher von ausreichender Flexibilität sein, was in der architektonischen Lösung, der Bauart, der Wahl des Baumaterials, der ortsfesten Anlagen und der Ausrüstung zum Ausdruck kommen müßte (1).

10. Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Erfolgsaussichten eines neuen Vorhabens bei vorgegebener Infrastruktur mit guter geographischer Aufteilung in dem Maße steigen (wie im Falle des Niger), in dem es möglich ist, die verschiedenen Bestandteile der Infrastruktur des Gesundheitsdienstes schrittweise (qualitativ und quantitativ) den Bedürfnissen der Bevölkerung anzupassen. Das Vorliegen eines Entwicklungsplans, in dem die einzelnen Durchführungsstufen festgelegt sind, erleichtert diese Anpassungen und trägt dazu bei, strukturelle, finanzielle und personelle Verzerrungen zu vermeiden. Wegen der sehr beschränkten Mittel der meisten Länder müssen die Bemühungen, die bestehenden Infrastrukturen und Ausrüstungen im Gesundheitswesen zu verbessern, zu modernisieren und leistungsfähiger zu gestalten, vor neuen Bauvorhaben Vorrang haben.

./.

---

(1) siehe Kapitel C, IV, S. 48-53

11. Die unausgewogene Verteilung von Finanzmitteln, Material und Personal, die die großen Städte zu Lasten der Landgebiete und der Präventivmedizin begünstigt, gibt die Richtung der möglichen künftigen Leitlinien an. Die Regierungen sind sich dieser Ungleichgewichte durchaus bewußt. Trotz der theoretischen Prioritäten, die sie in ihrer Gesundheitspolitik festgelegt haben, wären Präventivmedizin und Massenmedizin in den meisten Ländern ohne Unterstützung durch die verschiedenen Auslandshilfen quasi inexistent.

Die Präventivmedizin hat weniger spektakuläre Auswirkungen, ist jedoch weitaus wirksamer, da sie sich mit den Ursachen der Krankheiten befaßt.

Auf nationaler Ebene muß auf konkrete und praktische Weise die Aufteilung der verfügbaren Mittel zwischen Heil- und Präventivmedizin, konzentrierter oder gestreuter Medizin, ortsfester oder ambulanter Medizin verbessert werden.

12. In vielen Ländern (z.B. Obervolta, Niger, Tschad) wird von Gesundheitszentren aus mit ambulanten Teams eine Massenmedizin durchgeführt. Hierdurch können gleichzeitig folgende Aufgaben erfüllt werden:

- Krankheitserkennung: die Masse der Bevölkerung wird angesprochen, damit die Krankheiten und Mangelerscheinungen systematisch ermittelt werden können,
- Vorbeugung: Menschenansammlungen werden gleichzeitig für systematische Impfungen genutzt,
- Behandlung an Ort und Stelle von Kranken, bei denen keine Krankenhauseinweisung erforderlich ist,
- Krankenhauseinweisung ernsthaft Erkrankter,
- Gesundheitserziehung.

Obwohl diese Form der Massenmedizin auf einfachen Grundsätzen basiert und verhältnismäßig wenig Kosten verursacht, kann sie nur dann zu positiven Ergebnissen führen, wenn es ihr gelingt, in angemessenen Zeitabständen die Gesamtheit der verstreuten Bevölkerung anzusprechen. Trotz der oft umfangreichen Auslandshilfen kann sie heute wegen des allgemeinen Mangels an Personal, Beförderungsmitteln, Arzneimitteln, Impfstoffen usw. nicht alle ihre Ziele erreichen.

13. Die Durchführung einer Massenmedizin setzt eine operationelle und verwaltungsmäßige Verflechtung von Heil- und Präventivmedizin voraus.

Die operationelle Verflechtung kann auf Ebene der Gesundheitszentren erfolgen, die ein Landkrankenhaus oder Landpflegezentrum mit Krankenhaus- und Konsultationsdiensten sowie die Einrichtungen der ambulanten Medizin umfassen. Am wirksamsten dürfte eine echte Polyvalenz sein, die einen umfassenden Gesundheitsschutz bietet und in einer bestimmten Einheit Behandlung und Vorbeugung, Gesundheitserziehung, den Schutz von Mutter und Kind sowie Hygienemaßnahmen usw. umfaßt. Außerdem ermöglicht sie einen äußerst rationellen Einsatz des ärztlichen Personals: die Ärzte sind in den Gesundheitszentren zusammengezogen und können die Verantwortung und Überwachung der nachgeordneten Einrichtungen (Landpflegezentren, Krankenbehandlungsstellen usw.) sowie der ambulanten Medizin ausüben.

Um Spannungen oder Widersprüche operationeller Art zu vermeiden, ist auf höchster Ebene, d.h. in einer Direktion des Gesundheitsministeriums, eine verwaltungsmäßige Verflechtung der Verantwortlichkeiten erforderlich. Diese Verflechtung ist durch die Sachzwänge gerechtfertigt, die mit der Konzeption der Maßnahmen im Gesundheitswesen, der Planung der angewandten Methoden und der möglichst rationellen Verteilung von Finanzmitteln und Personal verbunden sind. Außerdem müssen die Referenz- und Kontrollsysteme unbedingt auf nationaler Ebene festgelegt werden, da sonst die Verflechtung der Maßnahmen selbst nach dem Ermessen des jeweiligen verantwortlichen Arztes verfälscht werden könnte.

14. Die Verflechtung der heil- und präventivmedizinischen Maßnahmen in den Gesundheitszentren muß durch eine Gesundheitserziehung ergänzt werden; insbesondere müssen Maßnahmen auf dem Gebiet der Hygiene, des Schutzes von Mutter und Kind und der Bekämpfung der Unterernährung durchgeführt werden.

Die Gesundheitserziehung ist gleichmaßen Ergänzung der heil- und präventivmedizinischen Maßnahmen wie auch Vorbedingung für ihre Wirksamkeit. Bei jeder Maßnahme im Gesundheitswesen besteht das Risiko, daß sie nur dann voll zum Tragen kommt, wenn die Bevölkerung zur Mitarbeit bereit ist, über die Ursachen der Krankheit und über die einfachen praktischen Mittel zu ihrer Verhütung informiert wird, und wenn daneben auch die materiellen Lebensbedingungen, von denen die Gesundheitssituation abhängt, verbessert werden.

Auf diese Weise hängen die Vorhaben im Gesundheitswesen teilweise von anderen Entwicklungsaktionen ab, wie der Verbesserung der Landwirtschaft, der wasserwirtschaftlichen Verhältnisse und der Ausbildung.

15. Zusammenfassend ist zu sagen, daß jede Politik, jeder Entwicklungsplan, jede Infrastrukturinvestition und jede sonstige Maßnahme auf dem Gebiet des Gesundheitswesens sich harmonisch in das sozio-ökonomische Gefüge des Landes und den allgemeinen Entwicklungsplan einfügen müssen.

Die möglichen Entscheidungen im Bereich des Gesundheitswesens könnten auf folgenden Aktionsgrundsätzen basieren:

- Zur Erhaltung oder Verwirklichung einer kohärenten, ausgewogenen Infrastruktur und zur Vermeidung von Verzerrungen müssen die Grundsätze einer sinnvollen Regionalisierung und hierarchischen Gliederung eingehalten werden; außerdem müssen die Anlagen und Einrichtungen den finanziellen und personellen Möglichkeiten des Landes entsprechen; die kohärente Erhöhung dieser verschiedenen Mittel muß auf recht lange Sicht geplant werden; außerdem muß eine sinnvolle regionale und hierarchisch gegliederte Verteilung dieser Mittel erfolgen.
- Alle Tätigkeiten im Gesundheitswesen (Heilkunde, Präventivmedizin und Gesundheitsförderung) müssen sich in einen kohärenten, systematischen Rahmen einfügen, der alle Gesundheitsdienste des Landes erfaßt.
- Um zu verhindern, daß sich die Ungleichgewichte zugunsten der Stadtgebiete noch weiter ausprägen, dürfte es angezeigt sein, die Auslandshilfe vorrangig auf die Verstärkung der Gesamtheit der Gesundheitsdienste auf dem Lande auszurichten:
  - entweder durch die Schaffung oder Verbesserung von Anlagen (Landkrankenzentren), von denen aus integrierte Gesundheitsmaßnahmen durchgeführt werden können;
  - oder aber durch eine direkte Hilfe für integrierte Maßnahmen der Massenmedizin (Kampagnen gegen endemische Krankheiten, Vorbeugungs- und Aufklärungskampagnen usw.).
- Die Maßnahmen zur Gesundheitserziehung, zur Bekämpfung der Unterernährung sowie zum Schutz von Mutter und Kind sind eine unerläßliche Ergänzung der Infrastrukturinvestitionen im Gesundheitswesen.
- Die Programme zur Wasserversorgung und Abwasserabfuhr sind von besonderer Bedeutung, da sie zur Verbesserung der allgemeinen Hygieneverhältnisse beitragen: eine Investition auf dem Gebiet der Entwässerung (Abwasserbeseitigung usw.) kann stärkere positive Auswirkungen auf den

Gesundheitszustand einer Bevölkerung haben als eine direkte Maßnahme im Bereich des Gesundheitswesens.

- Die Maßnahmen zur Ausbildung des Personals müssen in Übereinstimmung mit der Entwicklung der Infrastruktur und den verschiedenen Gesundheitsmaßnahmen erfolgen, um zu gewährleisten,
  - daß rechtzeitig Ärzte und medizinisches Hilfspersonal in ausreichender Zahl vorhanden sind,
  - daß die Fähigkeiten des Personals auf die örtlichen Bedürfnisse, vor allem die besonderen Bedürfnisse der Massenmedizin und der Gesundheitsmaßnahmen auf dem Lande abgestimmt werden.
- Bei Maßnahmen im Gesundheitswesen (insbesondere den gesundheitspolitischen Programmen), die mit Auslandshilfen finanziert werden, wäre eine bessere Koordinierung von Nutzen. Es stellt sich die Frage, ob diese Koordinierung vom Empfängerland allein vorgenommen werden kann, oder ob durch eigene Bemühungen der internationalen Organisationen und der bilateralen Hilfen vielleicht eine größere Wirksamkeit der durchgeführten Maßnahmen erreicht werden könnte.

Die Auslandshilfe im Gesundheitswesen ist zweifellos eine Aufgabe der menschlichen Solidarität und auch eine politische Notwendigkeit. Ihre Einbeziehung in die einzelstaatlichen Bemühungen zur wirtschaftlichen und sozialen Entwicklung ist daher von umso größerer Bedeutung. Die Anhebung des Lebensstandards der Bevölkerung durch eine ausgewogene wirtschaftliche Entwicklung wird weitgehend Lösungen für Probleme mit sich bringen, die mit gesundheitspolitischen Maßnahmen allein nicht gelöst werden können.



ANHANG I/1DIE VORHABENZiele, Konzeption und allgemeine Ergebnisse1. Durchgeführte Vorhaben in Madagaskar

Ziel der drei aus Mitteln des 1. EEF in Madagaskar finanzierten Vorhaben war, die vorhandenen überalterten und unzulänglichen Krankenhäuser teilweise zu ersetzen. Gebaut wurden ein Krankenhausanbau in Majunga, ein neues Krankenhaus in Manakara und der erste Abschnitt eines Krankenhauses in Fort Dauphin. Die Bedingungen für die Nutzung dieser drei Vorhaben wurden 1974 geprüft.

a) Krankenhausanbau in Majunga

Ziel des 1961 beschlossenen Baus und der Ausrüstung eines Betten-Gebäudes in Majunga (1) war es, einen Teil des Krankenhauses (100 Betten), der überaltert und unbenutzbar geworden war, zu ersetzen und das Krankenhaus gleichzeitig auszubauen (100 Betten). Die Krankenhauskapazität wurde damit auf 550 Betten vergrößert, was dem Bedarf dieses sämtliche fachärztlichen Bereiche umfassenden allgemeinen Krankenhauses an der Spitze einer Provinz entspricht.

Die architektonische Anlage des zweistöckigen Gebäudes, das 1965 in Betrieb genommen wurde, erweist sich als besonders geglückt. Das Gebäude befindet sich in gutem Zustand, und fast die gesamte sorgfältig gewartete Ausrüstung ist im Einsatz. Dank der für die Instandhaltung zur Verfügung stehenden Mittel konnten bisher alle erforderlichen Instandhaltungsarbeiten durchgeführt werden.

Die Tätigkeiten des Krankenhauses beweisen, daß es den Bedürfnissen der Bevölkerung voll und ganz gerecht wird. Die Anzahl der eingelieferten Patienten und der Pflegetage nimmt ständig zu. Der Belegungsgrad ist von 77 % 1968 auf 91 % 1973 gestiegen. Die Konsultationen sind hingegen seit der Eröffnung und verbesserten Ausstattung der Krankenbehandlungsstellen (2) in Majunga zurückgegangen. Zum Personal (170 Personen) gehören 11 Ärzte und 52 Krankenschwestern und Pfleger, darunter einige Ärzte und Ordenskrankenschwestern der französischen technischen Hilfe. Das medizinische Hilfspersonal ist als nicht zahlreich genug anzusehen.

./.

---

(1) Ausgaben: 382.000 RE

(2) Behandlungsstellen von Missionen, halbstaatlichen oder privaten Organisationen, des Staates.

Die Betriebsmittel (ohne Personalkosten) des Krankenhauses scheinen knapp auszureichen. Ausgedrückt in Betriebskosten (1) je Bett (105.000 Madagaskar-F) und Pflege tag (260 Madagaskar-F) sind sie etwa gleichhoch wie beispielsweise in den Krankenhäusern mit vergleichbarer Kapazität in Ouagadougou und Bobo-Dioulasso (116.000/125.000 CFA-F und 390/350 CFA-F) und deutlich niedriger als in den Krankenhäusern in Mogadiscio (185.000 und 565 CFA-F, Somalia) und Zinder (157.000 und 450 CFA-F, Niger). Die Einnahmen des Krankenhauses, die zu 20 % von zahlenden Kranken stammen, müssen an das Schatzamt abgeführt werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Investition des EEF ohne allen Zweifel nützlich, die Haltung der Bevölkerung dazu recht positiv ist. Ein Hemmnis für die Nutzung ist lediglich ein allgemeiner Mangel an Medikamenten.

b) Krankenhaus in Manakara

Der Bau und die Ausrüstung eines neuen Krankenhauses von 100 Betten in Manakara, mit Erweiterungsmöglichkeit auf 150 Betten, sollten die Möglichkeit schaffen, das 3 km vor der Stadt gelegene frühere Krankenhaus, das 1930 in damals schon überalterten Gebäuden eingerichtet und 1952 durch ein modernes Gebäude erweitert worden war, zu ersetzen und seine Kapazität geringfügig aufzustocken. Ziel des 1961 beschlossenen Vorhabens war (2), die Krankenhausanlagen in die Stadt zu verlegen. Folglich wurde der Lösung der Vorzug gegeben, in der Stadt ein neues Krankenhaus zu bauen statt das alte zu modernisieren.

Der gute Allgemeinzustand des 1967 in Betrieb genommenen Krankenhauses bestätigt die zufriedenstellende Instandhaltung. Die Instandhaltung der medizinischen Geräte ist allerdings problematisch, da qualifiziertes Personal nicht in ausreichender Zahl vorhanden ist und Reparaturen an Ort und Stelle nicht durchgeführt werden können.

Die Tätigkeit des Krankenhauses war bisher voll zufriedenstellend; seit ein oder zwei Jahren geht sie jedoch deutlich zurück, da der gute Ruf bei der Bevölkerung beeinträchtigt ist. So ist der Belegungsgrad von 73 % 1972 auf 41 % 1974 zurückgegangen, wenngleich die Zahl der ins Krankenhaus eingelieferten Patienten um 50 % angestiegen ist.

./.

(1) Alte Zahlen auf der Basis 1973, für Zinder 1975  
(2) Ausgaben: 437.000 RE

Das ausnahmslos madagassische Personal (55 Personen; davon 5 Ärzte) scheint für dieses Krankenhaus mit 150 Betten auszureichen. Die Betriebsmittel (ohne Personalkosten), die unter den anlässlich der Konzeption des Vorhabens gemachten Schätzungen liegen, sind ungenügend und zwingen zu den verschiedensten Sparmaßnahmen (Beleuchtung, Fahrzeugeinsatz usw.).

Zusammenfassend ist zu sagen, daß das Krankenhaus trotz knapper Mittel unter relativ zufriedenstellenden Bedingungen betrieben wird. Die Ziele der Investition können als erreicht gelten. Die schwache Stelle dabei ist, daß das alte Krankenhaus nicht ganz geschlossen wurde. Trotz des erbärmlichen Zustands von Schmutz und Verfall wird das alte Gebäude immer noch benutzt (50 Betten für ansteckende und chronisch Kranke); obwohl es verwaltungsmäßig dem neuen Krankenhaus angeschlossen ist und auch dessen Personal dort arbeitet, entzieht es sich auf Grund seiner Entfernung der normalen Kontrolle des leitenden Arztes.

c) Krankenhaus in Fort Dauphin

Das Ziel des Baus und der Ausrüstung eines ersten Abschnittes eines neuen 96-Betten-Krankenhauses mit einer chirurgischen Station in Fort Dauphin war, eine durch einen Wirbelsturm zerstörte Anlage zu ersetzen. Die Konzeption des 1961 beschlossenen Vorhabens (1) gestattete seine Erweiterung auf 150 Betten. Als Ersatz für das frühere Krankenhaus, das im europäischen Wohnviertel gelegen war, wurde ein Gelände in der Nähe der von der madagassischen Bevölkerung bewohnten Stadtteile gewählt.

Infolge des fast völligen Mangels an Instandhaltungsarbeiten befindet sich das 1967 in Betrieb genommene Krankenhaus in einem fortgeschrittenen Stadium des Verfalls (zerbrochene Scheiben, Risse zwischen Pfeilern, Eisenträgern und Wänden, Rost an Tür- und Fenstereinfassungen usw.).

Da es an technischen Fachpersonal und an Geld fehlt, ist auch die Instandhaltung und der Zustand der ortsfesten Anlagen und der medizinischen Ausrüstung ein erhebliches Problem. 12 von 13 Klimaanlage, der

./.

(1) Ausgaben 483.000 RE

Aufzug in dem zweistöckigen Gebäude, die Kälteanlagen, das Notstromaggregat, ein Teil der medizinischen Geräte usw. funktionieren schon seit langem nicht mehr.

Wegen des schlechten Zustands des Krankenhauses, der durch Mangel an Sauberkeit und Hygiene noch verschärft wird, sind die Nutzungsmöglichkeiten ziemlich beschränkt (Zahl, Qualität und Vollständigkeit von Behandlung und Pflege). Diese Situation spiegelt sich denn auch in den entsprechenden Zahlen wider: Belegungsgrad 1973 21 % und 1974 39 % bei einer durchschnittlichen Verweildauer von 5 bis 7 Tagen.

Das Personal (46, davon 4 Ärzte) ist ausreichend für die vorhandene Bettenkapazität (120) (zum Vergleich: Zweitkrankenhaus in Gaoua, Obervolta, 50 Personen Belegschaft, davon 3 Ärzte); es scheint auch im Verhältnis zu seinen Aktivitäten völlig ausreichend (nicht ganz 100 interne und externe Konsultationen täglich).

Die vorliegenden Zahlen für die Betriebsmittel (ohne Personalkosten) sagen nichts Stichhaltiges aus; die Mittel für 1973/74 waren relativ hoch, um das Defizit der Vorjahre auszugleichen. Erstaunlich ist, daß das Budget von Fort Dauphin (17,5 Millionen FMG, 1974) ebenso hoch ist wie das von Manakara (15,0 Millionen CFA-F, 1974) trotz der größeren Kapazität und intensiveren Tätigkeit von Manakara.

Der Nutzen dieser EEF-Investition ist häufig in Zweifel gezogen worden, denn in Manambara, 23 km von Fort Dauphin entfernt (Asphaltstraße), gibt es seit 1954 ein Krankenhaus der lutherischen Mission. Die Erfahrung hat gezeigt, daß es unrealistisch ist, eine Beeinträchtigung des nationalen Prestiges durch die Existenz eines ausländischen Privatkrankenhauses zu befürchten. Kranke haben für Prestige kein Gefühl. Der unbestreitbare Erfolg von Manambara (1) ist gleichzeitig Folge und Ursache für den Verfall des Krankenhauses von Fort Dauphin. Dazu kommt, daß die zahlenden Patienten Manambara trotz der höheren Tarife (2) vorziehen. Selbst die eigentlich nicht zugelassenen Beamten lassen sich ohne Zögern in Manambara behandeln.

./.

---

(1) Kapazität: 57 Betten, Auslastung:  $\pm$  100 %, Personal: amerikanische lutherische Missionare, Mittel: 40 Millionen FMG (1973), 95 % der Tätigkeiten kostenpflichtige Behandlungen.

(2) Der Krankenpflegesatz ist niedriger als in Fort Dauphin, dafür sind Operationen kostenpflichtig.

## 2. Krankenanstalten in Dahome

In Dahome finanzierte die Gemeinschaftshilfe den Umbau des Krankenhauses von Parakou in ein Zweitkrankenhaus, den Ausbau einer kleinen Klinik in Savalou und den Neubau eines Entbindungsheims in Athieme. Die Kosten für diese drei 1960 beschlossenen und zwischen 1964 und 1966 in Betrieb genommenen Vorhaben betrugen insgesamt 643.000 RE (1. EEF).

### a) Zweitkrankenhaus in Parakou

Mit dem Umbau des Krankenhauses von Parakou in ein Zweitkrankenhaus wurde bezweckt,

- die eindeutig unzulängliche Chirurgiestation des einzigen Krankenhauszentrums der nördlichen Regionen mit fachmedizinischen Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern;
- die Bedürfnisse der Region an Gesundheitsleistungen zu befriedigen und die Zahl der Überweisungen Schwerkranker in die bereits überlasteten Krankenhäuser des Südens zu verringern.

Dank des Vorhabens (1) konnte die Krankenhauskapazität um 60 Betten, d.h. von 130 auf 190 Betten, aufgestockt werden. Das Vorhaben umfaßt im einzelnen die Errichtung und Ausrüstung neuer Gebäude für die Chirurgie sowie den Ausbau und die Ausstattung des Entbindungsheimes.

Das Krankenhaus stellt die wichtigste Basis für die gesundheitspolitischen Maßnahmen im Norden des Landes dar, der über 500.000 Einwohner zählt. Seine Tätigkeit ist zufriedenstellend trotz eines Belegungsgrades von nur 63 %. Fast 50 Operationen und Entbindungen pro Woche sowie 300 Konsultationen täglich sind zu verzeichnen. Wegen mangelnder Instandhaltung läßt das Äußere der Gebäude zu wünschen übrig.

\_\_\_\_\_

(1) Ausgaben: 518.000 RE

b) Klinik in Savalou

Der Ausbau des medizinisch-chirurgischen Zentrums in Savalou hatte zum Ziel, die Arbeitsbedingungen einer Klinik mit medizinisch-chirurgischer Ausrüstung und einer unzureichenden Bettenzahl sowie einem zu kleinen Entbindungsheim zu verbessern.

Das Vorhaben (1) umfaßte den Bau eines Entbindungsheims mit 30 Betten und einer Mütterberatungsstelle. Die Kapazität von nunmehr 126 Betten entspricht dem Bedarf der 65.000 Einwohner des Einzugsgebietes. Mit seinem unter der Leitung eines Arztes stehenden Personal (40 insgesamt) funktioniert diese Klinik zufriedenstellend. Die bescheidenen, solide gebauten und praktischen Gebäude sind in gutem Zustand und machen einen ordentlichen Eindruck.

c) Entbindungsheim in Lokossa

Mit dem Bau eines Entbindungsheims, das zuerst für Athieme geplant war und dann in Lokossa gebaut wurde, sollte die vorhandene, in überalterten Gebäuden untergebrachte Anlage mit unzureichender Bettenkapazität modernisiert werden.

Das Vorhaben (2) sah den Neubau eines modernen Entbindungsheims mit 36 Betten und den Umbau des bestehenden Heims in eine Krankenhausstation vor. Die Bauarbeiten waren 1961 beendet. Die Gebäude wurden jedoch erst 1966 bezogen, nachdem sie an das Wassernetz von Lokossa angeschlossen worden waren.

Das Entbindungsheim funktioniert gut, die Gebäude sind in gutem Zustand.

./.

- 
- (1) Ausgaben: 85.000 RE  
(2) Ausgaben: 40.000 RE

### 3. Mauretanien: Landeskrankenhaus in Nouakchott

In Mauretanien hat die Gemeinschaftshilfe den Bau des Landeskrankenhauses und der Krankenpflegeschule finanziert; weiter wurde die Finanzierung zweier Zusatzvorhaben beschlossen, und zwar 1973 der Bau einer Polyklinik in Nouakchott und die technische Hilfe für die Organisation eines Instandhaltungsdienstes sowie 1974 die Erweiterung des Landeskrankenhauses.

Als der Bau und die Ausstattung eines Krankenhauses und einer Krankenpflegeschule in Nouakchott im Vorbereitungsstadium geprüft wurden, waren für die Situation in Mauretanien, das zu jener Zeit seine Unabhängigkeit erlangte, folgende Faktoren charakteristisch:

- Unsicherheit hinsichtlich der Zukunft der neuen Hauptstadt Nouakchott, für die mit einer Bevölkerung von höchstens 15 bis 20.000 Einwohnern gerechnet wurde;
- fast völliger Mangel an medizinischem Hilfspersonal;
- Nichtvorhandensein einer wirklichen Gesundheitsinfrastruktur auf Landesebene: nur drei Krankenhauskomplexe ohne größere technische Mittel standen im Landesinneren zur Verfügung (1) sowie eine ganz kleine Anzahl ärztlicher Zentren von geringerer Bedeutung. Zwei Drittel der Schwerkranken mußten in Krankenhäuser der Nachbarländer verlegt werden, vor allem nach St. Louis und Dakar (Senegal) sowie Kayes (Mali).

Deshalb war das 1961 beschlossene Vorhaben (2) so konzipiert, daß es umfaßte:

- einen ersten Bauabschnitt mit 135 Betten eines größeren Krankenhauses mit einer endgültigen Kapazität von 250 Betten;
- einen ersten Bauabschnitt einer zum Teil mit dem Krankenhaus integrierten Krankenpflegeschule mit dem Ziel der raschen Ausbildung von medizinischem Hilfspersonal;
- einen ersten Ansatz für ein künftiges Landeskrankenhaus, das gleichzeitig als Aufnahme- und Diagnosezentrum für das ganze Land und als Krankenhauszentrum für die Hauptstadt und ihre Umgebung dienen sollte.

./.

---

(1) Atar, Aioun, Kaedi

(2) Gesamtkosten 2,5 Mio. RE

Die technische Konzeption war so angelegt, daß der künftige Ausbau ohne Änderung der technischen Dienste und ohne Störung des Betriebs möglich sein sollte; deshalb wurde eine Überkapazität an medizinischer Ausstattung im Verhältnis zur Bettenzahl geschaffen. Jedoch konnten so die auf nationaler Ebene bereits vorhandenen Bedürfnisse an Gesundheitsleistungen von Anfang an befriedigt werden.

Das große, moderne, dreistöckige Gebäude, das durch seine Lage ganz Nouakchott beherrscht, ist architektonisch zweifellos gelungen. Diese Architektur mußte sich allerdings auf die Betriebsfähigkeit auswirken, wie sich auch die technische Konzeption gewisser Einrichtungen als zu kompliziert für ein Land wie Mauretanien erwiesen hat. In der Tat war die Instandhaltung des Krankenhauses besonders schwierig, weil kein Fachpersonal vorhanden war und die Heranführung von Ersatzteilen Probleme aufwirft.

Im ganzen gesehen hat das 1966 in Betrieb genommene Krankenhaus den gesetzten Zielen entsprochen; seine Tätigkeit hat sich explosionsartig entwickelt: die Zahl der eingelieferten Kranken hat sich von 1967 bis 1972 mehr als verdoppelt. Die Zahl der Operationen hat sich von 1969 bis 1972 verdoppelt und der Auslastungsgrad hat 100 % erreicht und sogar zeitweilig überschritten. Die externen Konsultationen sind sogar so zahlreich geworden, daß sie den ordnungsmäßigen Betriebsablauf stören.

Die Kapazität des Krankenhauses hat sich so in kürzester Zeit als unzureichend erwiesen, vor allem aus zwei Gründen:

- die Stadt Nouakchott hat sich in unvorstellbarer Weise entwickelt, um eine Einwohnerzahl zwischen 50 und 70.000 zu erreichen;
- die Verbesserung des Verkehrsnetzes und der Transportmittel im Innern des Landes haben den Zustrom von Kranken in das Landeskrankenhaus erleichtert.

Um angesichts dieser Situation im Krankenhaus selbst eine Lösung zu finden,

- wurde die Kapazität nach und nach von 135 auf 230 Betten (1) durch das Aufstellen von zusätzlichen Betten auf Kosten des Lebensraums jedes einzelnen Kranken aufgestockt;

./.

---

(1) 1974: 250 Betten



- wurde die durchschnittliche Verweildauer gelegentlich sogar bis an die Grenzen der Sicherheit verkürzt;
- wurde bei der Aufnahme eine drakonische Auslese praktiziert.

Im Rahmen der von der Regierung beschlossenen Expansionspolitik zur allmählichen Schaffung einer Gesundheitsinfrastruktur auf zwei Ebenen wurden folgende Prioritäten gesetzt:

- teilweise Erhöhung der Kapazität, indem das Landeskrankenhaus von den einfacheren Behandlungen durch die Schaffung einer städtischen Poliklinik in Nouakchott entlastet wird;
- effektive Erhöhung der Krankenhauskapazität;
- Instandhaltung und Verbesserung aller vorhandenen medizinisch-technischen Einrichtungen.

Die Verwirklichung dieser Ziele hat die Gemeinschaft 1973 und 1974 zu folgenden Finanzierungsbeschlüssen veranlaßt:

- Bau und Ausstattung eines Zentrums für Konsultationen, erste Hilfe und Aufnahme in Nouakchott als erstem betriebsfähigem Bauabschnitt einer künftigen Poliklinik;
- Technische Hilfe durch Stellung eines sachverständigen Ausbilders für 2 Jahre zur Errichtung eines Instandhaltungsdienstes und zur Ausbildung des Personals;
- Erweiterung des Krankenhauses auf 450 Betten (Endkapazität) durch Hinzufügung von noch fehlenden fachärztlichen Zweigen und die Erweiterung der anderen Fachbereiche, so daß es seine Funktion als Landeskrankenhaus voll und ganz erfüllen kann;
- Ausbau der Krankenpflegeschule durch die Errichtung neuer Lehrgebäude.

Angesichts der intensiven Tätigkeiten ist das vorhandene Personal (insgesamt 200 Personen, davon 11 Ärzte) offenbar überlastet, worunter die Qualität von Behandlung und Pflege natürlicherweise leiden muß. Verglichen mit anderen Krankenhäusern mit einer in etwa gleichen Aktivität dürfte ein Personalbestand von 250 bis 300 Personen eher angemessen sein.

Das Betriebsbudget (ohne Personalkosten) hat sich nicht analog zu den zunehmenden Tätigkeiten entwickelt; es wurde von 1967 bis 1972 nur um 10 % angehoben. Allerdings stehen diesem Krankenhaus fast genauso viel Mittel zur Verfügung (75,5 Mio. CFA-F, 1972) wie dem in Zinder (Niger) und Bobo-Dioulasso (Obervolta), trotz der erheblichen Unterschiede in der Bettenkapazität (1). Die Betriebskosten (2) je Bett (330.000 CFA-F) und Pflegetag (940 CFA-F) liegen verglichen mit anderen Krankenhäusern, für die Zahlen verfügbar sind (3), sehr günstig, was den Schluß zuläßt, daß die dem Krankenhaus in Nouakchott zur Verfügung stehenden Mittel als durchaus genügend betrachtet werden können. Es darf allerdings nicht übersehen werden, daß sich die umfangreiche fachmedizinische Ausrüstung dieses Landeskrankenhauses mit sämtlichen Nebeneinrichtungen (zwei Operationssäle, Röntgenstation, Labor, Apotheke usw.), die als erster Bauabschnitt eines künftigen größeren Krankenhauses angelegt sind, unverhältnismäßig auf die laufenden Kosten auswirken.

Zusammenfassend ist zu sagen, daß die Nutzung der vom EEF finanzierten Investition in Nouakchott zeigt, daß die angestrebten Ziele voll erreicht wurden. Die Gemeinschaftshilfe hat das wichtigste Grundelement für die Infrastruktur des Gesundheitswesens in Mauretanien geliefert und, durch diesen Erfolg ermutigt, ihre Hilfe für diesen Bereich fortgesetzt.

- 
- (1) Nouakchott 230 Betten (1974: 250 Betten), Zinder 450 Betten, Bobo-Dioulasso 700 Betten  
 (2) Auf Grundlage des Haushalts 1972  
 (3) Mogadiscio 185.000 CFA-F/565 CFA-F (1973)  
       Ouagadougou 116.000 CFA-F/390 CFA-F (1973)  
       Niaméy 225.000 CFA-F/670 CFA-F (1975)

#### 4. Somalia: Allgemeines Krankenhaus in Mogadiscio

Das anfängliche Vorhaben von Bau und Ausstattung eines neuen allgemeinen Krankenhauses in Mogadiscio wurde durch eine Reihe von aufeinanderfolgenden Vorhaben der technischen Hilfe und der temporären Betriebshilfe ergänzt.

Ziel des ursprünglichen 1955 beschlossenen Vorhabens (1) waren der Bau und die Ausstattung eines allgemeinen Krankenhauses mit 600 Betten in Mogadiscio

- zum Ersatz des überalterten vorhandenen Krankenhauses (Di Martino), das als nicht mehr instandzusetzen angesehen wurde,
- zur Modernisierung und Verbesserung der Krankenhauseinrichtungen in Somalia, besonders in Mogadiscio, um die zunehmenden Bedürfnisse im Gesundheitswesen zu befriedigen.

Die aus der Zeit vor der Unabhängigkeit Somalias stammende Konzeption des Vorhabens beruhte im wesentlichen auf drei Prämissen:

- förmliche Zusage (2) der italienischen Treuhandverwaltung, bis mindestens 1970 medizinisches Personal als Außenhilfe zu erhalten,
- Schließung des alten Krankenhauses Di Martino, Verlegung des Personals und Übertragung der Betriebsmittel auf das neue Krankenhaus;
- Übernahme der zusätzlichen laufenden Kosten durch das Gesundheitsbudget.

Nach der Unabhängigkeit 1962, als das Krankenhaus fertiggestellt und teilweise ausgerüstet war, stellte sich heraus, daß es der somalischen Regierung nicht gelang,

- eine Außenhilfe in Form von medizinischem Personal zu bekommen, da Italien seine technische Hilfe nach und nach reduzierte,
- aus Eigenmitteln die Besoldung der Ärzte (selbstverständlich Ausländer, da es in Somalia 1963 erst 2 somalische Ärzte gab) und des medizinischen Hilfspersonals zu finanzieren,
- mit Eigenmitteln den Betrieb des Krankenhauses zu gewährleisten.

./.

---

(1) Gesamtkosten: 2,8 Mio RE

(2) Konkretisiert in 1959 vor der Unabhängigkeit unterzeichneten Finanzierungsabkommen.

Hinzu kam, daß das alte Krankenhaus Di Martino nicht geschlossen wurde. Deshalb hatte das Krankenhaus 1964, zwei Jahre nach seiner Fertigstellung, seinen Betrieb noch nicht aufgenommen. Auf Anfrage der somalischen Regierung traf die Gemeinschaft die notwendigen Maßnahmen, um ausnahmsweise und für eine begrenzte Zeit die Inbetriebnahme des Krankenhauses sicherzustellen. Diese Reihe zeitweiliger Maßnahmen der technischen Hilfe (1), die Gemeinschaftsmaßnahmen mit bestimmten bilateralen Hilfsmaßnahmen der Mitgliedstaaten kombinierten, begannen 1964 und umfaßten in degressiver Form:

- die Einstellung von 31 Ärzten (1964-1970),
- die Einstellung von 70 medizinischen Hilfskräften, Verwaltungsfachleuten und Technikern (1965-1970),
- die Übernahme der Betriebskosten (1966-1972).

Die normale Tätigkeit des Krankenhausbetriebes begann tatsächlich erst zu Beginn des Jahres 1966.

Nach der Eröffnung des Krankenhauses und seiner Übernahme durch den EEF traten zahlreiche Probleme administrativer und organisatorischer Art auf; sie vergifteten die Arbeitsatmosphäre und ließen einen allgemeinen Mangel an kollegialer Zusammenarbeit, Solidaritätsgefühl und sogar Berufsethos aufkommen; der Wert der technischen Hilfe der Gemeinschaft wurde so in Frage gestellt. Zudem sah sich das Krankenhaus in vermeintliche politische Rivalitäten mit hineingezogen: Konkurrenz mit dem alten Krankenhaus Di Martino, das nicht geschlossen, sondern mittels russischer finanzieller Hilfe wieder hergerichtet und nicht ohne Erfolg betrieben wurde. Zweifellos brachte diese Situation u.a. eine allgemeine Neigung zu Übertreibungen aller Art mit sich, so daß das Krankenhaus in den Augen der Europäer wie auch der somalischen Bevölkerung das "Drama von Mogadiscio" wurde, obwohl es in Wirklichkeit schon ganz gut funktionierte.

Trotz all dieser Schwierigkeiten, deren Gründe außerhalb des Verantwortungsbereichs der Gemeinschaft lagen, hat das Krankenhaus heute weitgehend die gesetzten Ziele erreicht. Es hat einen Beitrag zur Deckung der zunehmenden Bedürfnisse im Gesundheitswesen geleistet, und es hat sich herausgestellt, daß es, generell gesprochen, den Möglichkeiten des Staates angepaßt ist, Fachpersonal und Betriebsmittel zur Verfügung zu stellen.

./.

---

(1) Gesamtkosten der 8 Vorhaben: 4,9 Millionen RE aus Mitteln des EEF

In der Tat zeigen die heutigen Aktivitäten des Krankenhauses, daß seine Nützlichkeit und seine Leistungsfähigkeit indiskutabel sind. Seine 600 Betten waren 1973 zu 89 % gegenüber 79 % im Jahre 1967 ausgelastet. Außer 35 Operationen und 85 Entbindungen in der Woche haben sich die externen Konsultationen seit 1967 explosionsartig entwickelt; sie sind durchschnittlich 500 Konsultationen pro Arbeitstag gestiegen.

Der Betrieb des Krankenhauses wird gegenwärtig ohne Probleme vom Gesundheitsministerium gewährleistet. Der Personalbestand ist ausreichend (420) um nicht zu sagen reichlich, verglichen mit anderen großen Krankenhäusern in afrikanischen Hauptstädten. Die Ablösung der ausländischen Ärzte durch Inländer ist weit fortgeschritten: Von 31 Ärzten des Krankenhauses sind 25 Somalier. Bei den medizinischen Hilfskräften sowie beim Verwaltungs- und technischen Personal ist diese Entwicklung seit 1970 abgeschlossen.

Die Betriebsmittel (ohne Personalkosten) können zur Aufrechterhaltung eines durchschnittlichen Betriebsniveaus als ausreichend gelten; im übrigen sind sie durchaus mit denen anderer Landeskrankenhäuser vergleichbar. Sie liegen jedoch unter den Mitteln, die die Gemeinschaft in der Übergangszeit, als sie den gesamten Betrieb finanzierte, zur Verfügung gestellt hatte.

Das 1960 bis 1962 erbaute fünfgeschossige moderne Gebäude ist immer noch in gutem Zustand, einerseits dank der dem warmfeuchten Klima angepaßten technischen Konzeption und andererseits dank der ständigen zufriedenstellenden Instandhaltung. Die ortsfesten Anlagen hingegen sind teilweise schlecht erhalten oder sogar unbenutzbar. Die medizinische Ausstattung, die zum Teil ersetzt oder modernisiert wurde, ist in befriedigendem oder ausreichendem Zustand. Das Krankenhaus leidet mehr unter dem ewigen Problem des Mangels an qualifiziertem Instandhaltungspersonal als an verfügbaren finanziellen Mitteln. Aus diesem Grunde wird vom EEF derzeit ein Programm für die Ausbildung von Instandhaltungspersonal für das Krankenhaus geprüft.

5. Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens in Obervolta

Die in Obervolta (1) aus Mitteln des ersten EEFF 1961 beschlossenen Investitionen umfassen

- den Bau und die Ausstattung von zwei Zweitkrankenhäusern in Gaoua (120 Betten) und Fada N'Gourma (2) (130 Betten);
- 10 Gesundheitszentren des Typs A (21 Betten) und des Typs B (35 Betten);
- den Bau von 14 Stationen für die Bekämpfung der großen Endemien;
- die Modernisierung des Behandlungszentrums für Augenkrankheiten in Ouagadougou.

Auf der Grundlage eines allgemeinen Zukunftsplans für die Ausstattung Obervoltas mit Krankenhäusern und sonstigen Anlagen wurden die Investitionen in die vorhandene und geographisch gut angelegte Infrastruktur so eingepaßt, daß

- eine in sich geschlossene hierarchisierte und koordinierte Infrastruktur von Krankenpflegeeinrichtungen begonnen, modernisiert und ergänzt wurde und so alle Einrichtungen für die Krankenversorgung Teile eines gut organisierten und funktionsfähigen Ganzen bilden (3);
- die Arbeitsbedingungen für die Bekämpfung der großen Endemien, insbesondere Lepra und Trypanosomiasis, verbessert werden.

Die allgemeine Konzeption des Vorhabens war geprägt von einer gewissen Vorsicht und sah lediglich die Durchführung eines ersten Abschnitts des Zukunftsplanes vor, um die finanziellen und personellen Kapazitäten des Landes in den nächsten Jahren nicht zu überziehen: das Vorhaben beschränkte sich auf zwei der sechs Zweitkrankenhäuser und 10 der 18 geplanten Gesundheitszentren auf dem Lande. Ferner umfaßte es lediglich

- den ersten Bauabschnitt der 2 Zweitkrankenhäuser mit etwa 130 von den 230 für Gaoua und den 400 für Fada N'Gourma vorgesehenen Betten.

---

(1) Gesamtkosten 4,4 Mio RE

(2) Der ursprünglich vorgesehene Standort Koudougou wurde 1966 nach Fada N'Gourma verlegt

(3) Die Spitze der Krankenhauspyramide, die beiden allgemeinen Krankenhäuser in Ouagadougou und Bobo-Dioulasso, und das einzige vorhandene Zweitkrankenhaus (Ouahigouya) waren bereits 1961 und 1962 mit französischer Hilfe ausgebaut, umgebaut und modernisiert worden.

- einen ersten Abschnitt der Gesundheitszentren auf dem Lande, die im Hinblick auf die angestrebte Abstufung nach zwei verschiedenen Typen konzipiert wurden:
  - Gesundheitszentrum Typ A (Grundtyp, 21 Betten), geleitet von einem Krankenpfleger;
  - Gesundheitszentrum Typ B (weiterentwickelter Typ, 35 Betten), geleitet von einem Arzt;
- Neubau der aus provisorischen Materialien errichteten, veralteten Stationen für die Bekämpfung der großen Endemien.

Kennzeichnend für die technische Konzeption ist die Standardisierung einerseits der Gebäudestrukturen, durch eine Fertigbauweise (außer bei den Behandlungsstationen für die großen Endemien) und andererseits der Gebäudetypen, die durch Ausgestaltung in einzelne kleinere Gebäude jede künftige Erweiterung ohne Umbau der vorhandenen Anlagen oder Störungen des Betriebes zulassen. Die aus Fertigbauteilen errichteten Gebäude erweisen sich als funktionell und entsprechen den Anforderungen der Gesundheitsdienste. Obwohl sie, abgesehen von den beiden Zweitkrankenhäusern, nicht regelmäßig instand gehalten werden, befinden sie sich in ausgezeichnetem Zustand.

Die derzeitigen Tätigkeiten der errichteten Anlagen sind, allgemein gesprochen, zufriedenstellend. Während die Krankenhauspflegekapazitäten nicht immer ganz ausgelastet sind, sind die externen Tätigkeiten erheblich. So liegt die Auslastung der beiden Zweitkrankenhäuser zwischen 50 und 60 %, während rund 400 externe Konsultationen pro Arbeitstag bewältigt werden. Die entsprechenden Zahlen für die Gesundheitszentren sind 50 % Belegungsgrad und durchschnittlich etwa 130 Konsultationen täglich.

Die Behandlungsstationen für die großen Endemien, zur Isolierung der Lepra- und Trypanosomiasekranken bestimmt, sind nicht immer ganz ausgelastet. Dank wirksamer Medikamente ist die früher übliche Isolierungsmethode Leprakranke überflüssig geworden: die <sup>die</sup> Ansteckungsgefahr ist auf wenige Monate beschränkt; Trypanosomiasis ihrerseits geht deutlich zurück.

In diesen vom EUTF finanzierten Einrichtungen für die Krankenversorgung ist das Personal ausreichend und entspricht jeweils den Aktivitäten. Die beiden Zweitkrankenhäuser, die mit einiger Verzögerung den Betrieb aufgenommen haben, da keine Ärzte zur Verfügung standen, wurden mit ausländischem medizinischem Personal besetzt (1). Die Gesundheitszentren Typ A stehen unter der Leitung eines voltaischen Krankenpflegers, die Zentren vom Typ B werden von einem Arzt (meistens einem Ausländer) geführt.

Der Betrieb dieser Krankenpflegereinrichtungen wird finanziell nur zu einem minimalen Teil aus eigenen Haushaltsmitteln des Landes bestritten (Gesundheitsministerium und Gebietskörperschaften). Nur die zusätzlichen finanziellen und materiellen Hilfeleistungen verschiedenster Herkunft (bilaterale und multilaterale Hilfen, Hilfen privater, philanthropischer, religiöser Organisationen usw.) ermöglichen einen angemessenen Betrieb. So werden die beiden Zweitkrankenhäuser zum allergrößten Teil von deutscher Hilfe und von den "Frères des Hommes" getragen. Diese Mittel können als reichlich bemessen gelten; die Betriebskosten (ohne Personalkosten) pro Bett und Pflage tag liegen über denen der allgemeinen Krankenhäuser in Ouagadougou und Bobo-Dioulasso. Dagegen sind die den Gesundheitszentren zur Verfügung stehenden Mittel unzulänglich; die in unregelmäßigen Abständen vom Gesundheitsministerium und den Gebietskörperschaften angewiesenen Mittel decken nur einen Teil des Finanzbedarfs. Nur die verschiedenen zusätzlichen Hilfen ermöglichen den angemessenen Betrieb.

Die von der Gemeinschaftshilfe finanzierten Krankenhäuser und sonstigen Krankenfürsorgeeinrichtungen haben in großem Maße die gesetzten Ziele erreicht. Sie entsprechen dem an Ort und Stelle vorhandenen Personal. Weniger angepaßt sind sie jedoch der finanziellen Leistungsfähigkeit des Landes. Das Betriebsbudget (ohne Personalkosten) des Gesundheitsministeriums beträgt nur 14 % des gesamten Gesundheitshaushalts und wäre noch nicht einmal ausreichend, um den Betrieb der beiden allgemeinen Krankenhäuser in Ouagadougou und Bobo-Dioulasso zu finanzieren. Diese große Lücke zwischen dem Finanzbedarf der Einrichtungen des Gesundheitswesens und den Eigenn Mitteln des Landes wird nur durch umfangreiche ständige Außenhilfe ausgefüllt. Das so gebildete faktische Gleichgewicht ist jedoch höchst labil. Die Aussetzung einer oder mehrerer Außenhilfen hätte katastrophale Folgen für den Betrieb der Gesundheitsdienste des Landes.

./.

---

(1) Finanzierung durch deutsche Hilfe in Gaoua und durch die "Frères des Hommes" (Französische Vereinigung ohne Erwerbszweck sowie ohne politische und konfessionelle Bindung) in Fada N'Gourma



6. Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens in Niger

Die in Niger aus Mitteln des ersten und zweiten EEF finanzierten Investitionen umfassen

- die Modernisierung und die Erweiterung des Krankenhauses in Niamey,
- die Erweiterung des Krankenhauses in Zinder,
- die Instandsetzung und Modernisierung von 5 Departementskrankenhauszentren (Maradi, Dosso, Tahoua, Agades und Diffa),
- die Schaffung von 6 Basiseinrichtungen für die Teams für Hygiene und ambulante Medizin (Zinder, Maradi, Dosso, Tahoua, Agades und Diffa),
- die Instandsetzung von 3 Krankenbehandlungsstellen in Arrondissements,
- den Bau von 16 Krankenbehandlungsstellen auf dem Lande,
- den Bau eines Lagers für die zentrale Nachschubapotheke.

1962 hatte die Regierung von Niger dem EEF ein erstes Vorhaben für den Bau eines neuen Krankenhauses in Niamey vorgelegt. Eine umfassende Untersuchung der Probleme ergab jedoch, daß die Gesundheitsinfrastruktur des Landes eher eine Reihe von Ausbaumaßnahmen und Modernisierungen benötigte. Aufgrund eines Zukunftsplans (2) sollten die Investitionen insbesondere

- die qualitativ unzureichenden Krankenpflegeeinrichtungen besonders auf dem Lande verbessern,
- die gesamte Gesundheitsinfrastruktur verbessern, die eine den Gesundheitsbedürfnissen und den besonderen Bedingungen der einzelnen Regionen des Landes angepaßten Gesamtheit von Einrichtungen des Gesundheitsdienstes darstellte.

Die Gesamtkonzeption des Vorhabens wurde harmonisch in diesen umfassenden Entwicklungsplan des öffentlichen Gesundheitswesens integriert und berücksichtigte die festgelegten Leitlinien: Priorität für die ländlichen Gebiete, Priorität für solche Investitionen, die die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen des Gesundheitswesens bei einem Mindestmaß an zusätzlichen laufenden Kosten steigern, Priorität für die Instandsetzung baufälliger Gebäude, Anlage neuer Einrichtungen grundsätzlich nur dann, wenn

./.

- 
- (1) Gesamtkosten 5,7 Millionen RE
  - (2) Von der nigerischen Regierung beschlossener Zehnjahresplan 1965-1974 betreffend die Entwicklung des Gesundheitswesens.

qualifiziertes Personal zur Verfügung steht.

Wie in Obervolta ist die technische Konzeption durch die Standardisierung der Gebäudestrukturen und der Gebäudetypen gekennzeichnet. Trotz dieser besonders auf die Neubauten (Krankenbehandlungsstellen, Basiseinrichtungen für die Teams für Hygiene und ambulante Medizin) abgestellten technischen Besonderheiten haben sich die durchgeführten Erweiterungen harmonisch in die vorhandenen Strukturen eingepaßt. Die 1973 in Betrieb genommenen Neubauten erweisen sich als besonders funktionell; alle Gebäude und ihre Ausstattung sind in vorzüglichem Zustand.

Die Tätigkeiten der modernisierten, ausgebauten und erweiterten Krankenhäuser und sonstigen Einrichtungen des Gesundheitswesens sind im allgemeinen sehr zufriedenstellend. Die Landeskrankenhäuser in Niamey und Zinder sind voll ausgelastet (bis zu 100 %). Auch die Kapazitätsauslastung der Departementskrankenhäuser ist sehr gut und wird noch weiter steigen durch eine entsprechende Entlastung der Gesundheitszentren, da die Regierung 1974 beschloß, sämtliche Ärzte in den Zentren der Departements zusammenzuziehen. Doch auch die Gesundheitszentren und die Krankenbehandlungsstellen arbeiten zufriedenstellend. Die Gebäude für die Teams für Hygiene und ambulante Medizin werden im allgemeinen gut genutzt; ihre Funktionsweise hängt wesentlich von der Initiative des verantwortlichen leitenden Arztes ab.

Im allgemeinen sind die Einrichtungen des Gesundheitswesens personell, quantitativ und qualitativ ausreichend besetzt. Das Personal der ambulanten Teams hingegen ist nicht zahlreich genug.

Der Betrieb der Einrichtungen des Gesundheitswesens ist finanziell sichergestellt. Der Gesundheitshaushalt und der Teil der für den Betrieb bestimmten Mittel garantieren ein ziemlich hohes Niveau der Gesundheitsdienste auf der oberen Ebene (Landeskrankenhäuser, Departementskrankenzentren), während der Betrieb der Gesundheitszentren in den einzelnen medizinischen Einsatzbereichen und der Krankenbehandlungsstellen auf dem Lande von den Gebietskörperschaften finanziert wird. Einzige Ausnahme: die Arzneimittel werden an alle Einrichtungen des Gesundheitswesens innerhalb der Departements direkt abgegeben. Der Betrieb der meisten Krankenpflegeeinrichtungen wird also zum größten Teil aus Eigenmitteln des Landes

finanziert, während die ambulante Medizin (Vorsorge, Krankheitserkennung) weitgehend durch finanzielle Hilfe und Sachleistungen des Auslandes getragen wird. Das heißt, daß die Haushaltsmittel des Landes die gleichzeitige medizinische Versorgung in festen Einrichtungen und Maßnahmen der Massenmedizin nicht zulassen. Folglich werden die eigenen Mittel vorrangig den ortsfesten Pflegeeinrichtungen zugewiesen, während die Maßnahmen für die Massenmedizin der Außenhilfe überlassen werden.

Die Nützlichkeit und die Wirksamkeit der im Niger durchgeführten Investitionen stehen außer Zweifel. Die harmonische Integrierung in die vorhandene Infrastruktur hat sich als besonders vorteilhaft herausgestellt: die abgestuften quantitativen und qualitativen Anpassungen an die spezifischen und örtlichen Bedürfnisse des Gesundheitswesens haben finanzielle Mehrbelastungen und zusätzlichen Personalbedarf nur soweit entstehen lassen, daß sie aus den eigenen Mitteln des Landes leicht zu decken beziehungsweise bereitzustellen waren. Das Vorhaben ist in jeder Hinsicht ein voller Erfolg.

./.

7. Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens in Kamerun

Die vier in Kamerun aus Mitteln des ersten und zweiten EEF finanzierten Vorhaben umfaßten den Bau und die Ausstattung von

- 8 Krankenhäusern,
- 13 Krankenhausweiterungen (davon 3 neue Bettengebäude),
- 21 Krankenpflegestellen auf dem Land,
- 1 Krankenpflegeschule in Bamenda,
- 1 zentrale Nachschubapotheke in Victoria,
- 19 Arztwohnungen.

Die verschiedenen Einrichtungen wurden in der Zeit von 1962 bis 1971 in Betrieb genommen, in Nord-Kamerun vor allem von 1967 bis 1969 und in Südost-Kamerun und West-Kamerun von 1969 bis 1971. Die Gesamtinvestitionskosten belaufen sich auf 8 Millionen RE, das sind rund 20 % der Kamerun aus Mitteln der ersten beiden Fonds gewährten Hilfe.

Zweck der Investitionen war es, den wirtschaftlichen und vor allem sozialen Entwicklungsrückstand des Nordens gegenüber dem Süden auszugleichen und ein besseres Gleichgewicht zwischen dem Norden und dem Süden West-Kameruns herzustellen. Die Krankenhauskapazität des Landes konnte damit insgesamt um 1.360 Betten (derzeit im öffentlichen Gesundheitswesen vorhandene Betten: 15.750) erhöht werden.

Im allgemeinen sind die Investitionen in eine vorhandene in sich abgestufte Infrastruktur der Einrichtungen des Gesundheitswesens eingebettet worden. Abgesehen von den Krankenpflegestellen waren sie lediglich auf den Ausbau, die Verbesserung und Ersetzung vorhandener Anlagen beschränkt, so daß die Steigerung der laufenden Kosten gering gehalten werden konnte.

Sämtliche Einrichtungen werden ihrer Bestimmung gemäß genutzt, und offensichtlich haben sie entscheidend zur quantitativen und qualitativen Verbesserung der Gesundheitsdienste, vor allem in den ländlichen Gebieten, beigetragen. Aus den Zahlen über die Tätigkeiten läßt sich jedoch entnehmen, daß sie nicht immer ihre volle Leistungsfähigkeit erreichen;

in der Tat wird ihre volle Nutzung häufig durch den Mangel an medizinischem Personal und an Betriebsmitteln behindert.

Eine 1971 durchgeführte Prüfung der Bedingungen ihrer Nutzung ergab, daß der Mangel an Ärzten und ärztlichem Hilfspersonal damals ziemlich groß war; heute scheinen die Probleme weniger schwerwiegend, wenn man sich auf die verfügbaren Globalzahlen stützt, die das günstige Verhältnis von einem Arzt für 26.500 Einwohner und einen Krankenpfleger bzw. einer Krankenschwester für 3.100 Einwohner ausweisen.

Die den einzelnen vom EEF in Kamerun finanzierten Einrichtungen des Gesundheitswesens zur Verfügung stehenden Mittel scheinen entschieden niedriger zu sein als die von hier untersuchten vergleichbaren Einrichtungen in anderen Ländern. Man fragt sich nach dem Grund für diese ungünstige Situation. Das Gesundheitsbudget ist nämlich relativ hoch (3.952 Mio. CFA-F im Jahr 1973/74). Trotz des ungünstigen Verhältnisses von Personalaufwendungen (74 %) und Betriebsaufwendungen (26 %) ist der Betriebshaushalt (1.046 Mio. CFA-F) deutlich höher als in den anderen hier untersuchten Ländern. Die Zahlen sind ferner vergleichsweise günstig sogar hinsichtlich der jährlichen Betriebsaufwendungen pro Kopf. Sie verteilen sich allerdings auf eine größere und gewichtigere Krankenhausinfrastruktur als in den anderen untersuchten Ländern (15.750 Betten insgesamt; 1 Bett für 390 Einwohner). Das läßt den Schluß zu, daß die Gesundheitsinfrastruktur der finanziellen Leistungsfähigkeit des Landes nicht entspricht oder anders ausgedrückt: Der Betriebsmittelmangel der verschiedenen Einrichtungen dürfte eine direkte Folge der **nicht angemessenen Krankenhauskapazitäten** sein.

In den ersten Jahren nach Inbetriebnahme litten die Investitionen des EEF allgemein unter dem Mangel an laufender Instandhaltung. Um insbesondere der ungenügenden Qualifikation des Instandhaltungspersonals abzuhelpen, hat der EEF ab 1972 für vier Jahre eine Maßnahme zur Ausbildung von Instandhaltungspersonal für Krankenhäuser finanziert mit dem Ziel,

- die Instandhaltung und Instandsetzung der medizinischen Ausrüstungen in einzelnen Krankenhäusern des Landes sicherzustellen;
- an Ort und Stelle Reparaturtechniker auszubilden und sie in "mobile" Instandhaltungs- und Reparaturteams zusammenzufassen;
- polyvalente Fachkräfte für die Krankenhauszentren auszubilden.

Ein erstes Team besteht bereits; es besucht nacheinander sämtliche Krankenhäuser und leistet dabei wertvolle Arbeit.

ANHANG II

LISTE DER VORHABEN, DEREN NUTZUNGSBEDINGUNGEN KÜRZLICH GEPRÜFT WURDEN

Stand 30.12.1974

|                   | <u>Buchungsnummer</u> | <u>Bezeichnung der Vorhaben</u>                                               | <u>Kosten der Vorhaben (in 1000 RE)</u> |
|-------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <u>KAMERUN</u>    | 11.22.201             | Bau eines Krankenpflegegebäudes Meiganga                                      | 64                                      |
|                   | 11.22.202             | Bau eines Krankenpflegegebäudes in N'Tui                                      | 60                                      |
|                   | 11.22.204             | Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens in Nordkamerun | 2.737                                   |
|                   | 211.002.04            | Krankenhäuser und sonstige Einrichtungen des Gesundheitswesens in Südkamerun  | 4.765 (x)                               |
| <u>DAHOMÉ</u>     | 11.21.602             | Klinik Savalou                                                                | 85                                      |
|                   | 11.21.603             | Klinik Athieme                                                                | 40                                      |
|                   | 11.21.604             | Zweitkrankenhaus Parakou                                                      | 518                                     |
| <u>OBERVOLTA</u>  | 11.21.706             | Gesundheitsinfrastruktur und Ausrüstung                                       | 4.401                                   |
| <u>MADAGASKAR</u> | 11.24.106             | Krankenhausanbau Majunga                                                      | 382                                     |
|                   | 11.24.109             | Krankenhaus Manakara                                                          | 437                                     |
|                   | 11.24.110             | Krankenhaus Fort-Dauphin                                                      | 483                                     |
| <u>MAURETANIE</u> | 11.21.203             | Krankenhaus Nouakchott                                                        | 2.499                                   |
| <u>NIGER</u>      | 211.013.10            | Ausbau- und Einrichtungsprogramm                                              | 3.296 (x)                               |
|                   | 211.013.14            | Errichtung von 16 Krankenbehandlungsstellen auf dem Lande                     | 352 (x)                                 |
|                   | 2100.461.13.12        | Ausstattung der 16 Krankenbehandlungsstellen                                  | 2.024                                   |

./.

(x) Gesamtsumme der Aufträge

|                |            |                                                                                  |           |
|----------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <u>SOMALIA</u> | 11.31.001  | Neues Krankenhaus Mogadiscio                                                     | 2.820     |
|                | 11.31.003  | Technische Hilfe für das Krankenhaus Mogadiscio                                  | 895       |
|                | 11.31.005  | Temporäre Hilfe für den Betrieb des Krankenhauses Mogadiscio                     | 350       |
|                | 212.016.17 | Temporäre Hilfe für den Betrieb des Krankenhauses Mogadiscio                     | 1.328 (x) |
|                | 212.116.19 | Gutachten über Möglichkeiten der Betriebskostensenkung im Krankenhaus Mogadiscio | 4         |
|                | 212.016.29 | Temporäre Hilfe für das Krankenhaus Mogadiscio                                   | 357 (x)   |
|                | 212.016.34 | Temporäre Hilfe für das Krankenhaus Mogadiscio                                   | 334 (x)   |
|                | 213.816.03 | Betrieb Krankenhaus Mogadiscio                                                   | 653       |
|                | 216.016.09 | Temporäre Hilfe für den Betrieb des Krankenhauses Mogadiscio                     | 990       |

(x) Gesamtsumme der Aufträge