
Tansania: Die Malaria-Erfolgsgeschichte

Richard Gerster*

„Im Kilomberotal von Tansania fangen wir in traditionellen Häusern oft 500 bis 2000 weibliche Stechmücken pro Nacht, wovon etwa jede Hundertste infektiös ist. Und für die Übertragung von Malaria genügt gut ein infektiöser Stich!“ berichtet Marcel Tanner, Direktor des Schweizerischen Tropeninstituts (STI). Malaria ist der „Killer“ Nummer Eins bei Kindern unter fünf Jahren in Tansania. Das STI und die offizielle Schweiz arbeiten an vorderster Front mit, dass sich das ändert. Erfolge sind da, aber der Weg ist noch weit. Dauerhafte Verbesserungen erfordern Reformen im ganzen Gesundheitswesen und darüber hinaus. Malaria ist nicht nur ein humanitäres Problem, sondern eine grosse Hürde für wirtschaftliches Wachstum. Die Schweizer Entwicklungszusammenarbeit ist auf allen Ebenen – von gezielten Projekten bis zur allgemeinen Budgethilfe – aktiv.



Das Moskitonetz wird tagsüber in der engen Hütte aufgebunden.

Vom Nutzen der Netze

Forschungen des Ifakara Health Institute in Partnerschaft mit dem STI, im Süden Tansanias, haben gezeigt, dass Moskitonetze mit einem Insektizid behandelt werden müssen, um optimalen Schutz vor Mückenstichen zu bieten. Falls die Mücke auf das imprägnierte Netz trifft, stirbt sie. Kommt sie einfach in die Nähe des Netzes,

fällt sie betäubt auf den Boden und wird oft von Ameisen gefressen. Die Regierung von Tansania rief 1999 eine nationale Moskitonetz-Kampagne gegen Malaria (NATNETS) ins Leben. Deren Ziel ist es, behandelte Moskitonetze für besonders gefährdete Gruppen erschwinglich zu machen. In der Gesundheitsstation oder im Spital erhalten schwangere Frauen einen Gutschein, der zum verbilligten Kauf eines Moskitonetzes berechtigt. Viele Frauen, welche den Gutschein beziehen, lösen ihn auch ein und kaufen bei Kleinhändlern ein Netz. Allerdings ging die Einlösungsquote seit 2006 zurück, weil sie sich das Netz trotz Verbilligung nicht leisten können. An sich ist vorgesehen, dass wer ein verbilligtes Netz nicht bezahlen kann, es gratis erhält. Doch in der Praxis hat sich der Bedürftigkeitsnachweis als aufwändig erwiesen.

Trotzdem sind die Gesundheitserfolge offensichtlich. Als – beabsichtigter – Nebeneffekt des Netzkaufs gehen die werdenden Mütter früher und vermehrt in die medizinischen Kontrolluntersuchungen. Während die Säuglings- und Kindersterblichkeit 1992 – 1999 noch leicht zugenommen hatte, ist für die Jahre 1999 – 2005 eine Reduktion um 24 Prozent zu vermelden. Das bedeutet, dass nun jedes Jahr rund 40'000 Kinder mehr ihren fünften Geburtstag erleben dürfen. Zweifellos haben auch andere Faktoren zu dieser Verbesserung beigetragen. In der renommierten medizinischen Fachzeitschrift „The Lancet“ wurde 2008 eine Analyse der Erfolgsfaktoren veröffentlicht. Die wichtigste Ursache waren die vielfältigen, strukturellen Verbesserungen im Gesundheitswesen als Ganzes, von der massiven Steigerung der Gesundheitsausgaben, über bessere Koordination und die Dezentralisierung der Versorgung, dem breiten Impfprogramm, bis hin zu den mit Insektiziden behandelten Moskitonetzen. Allerdings sterben immer noch 112 von 1000 Kleinkindern – in der Schweiz sind es nur fünf.



Die Kindersterblichkeit wurde um 40'000 gerettete Kinder pro Jahr reduziert.

Über das bisher Erreichte hinaus zeichnet sich ein breiter Durchbruch ab. Zuerst will die Regierung mit ausländischer Unterstützung allen Kindern unter fünf Jahren, und ab 2010 an jeden Haushalt zwei Malaria-Netze unentgeltlich verteilen. Dabei soll es sich um langlebige Netze handeln, welche während fünf Jahren nicht nachbehandelt werden müssen. Dazu kommen verschiedene positive Entwicklungen in der Forschung: ein von Novartis entwickeltes, äusserst wirksames Anti-Malaria Medikament, die wesentlich verlässlicheren Malaria-Schnelltests, und nicht zuletzt rückt ein Impfstoff gegen Malaria in Griffweite, welcher das in der Malaria-Forschung führende Ifakara Health Institute in Partnerschaft mit dem Schweizerischen Tropeninstitut entwickelt. Längerfristig wird die Nachhaltigkeit all dieser Anstrengungen die grösste Herausforderung sein. Denn die ausländische Unterstützung – finanziell und personell – im Kampf gegen die Malaria ist gross und für Tansania zwar eine Chance, aber auch ein Risiko, sollten es sich die ausländischen Geber einmal anders überlegen.

Das Gesundheitssystem stärken

Ein Grossprogramm wie die Malariabekämpfung ist nur erfolgreich, wenn das Ge-

sundheitssystem als Ganzes tragfähig ist und auf die Kernprobleme ausgerichtet wird. Dazu braucht es zunächst einen klaren Führungswillen der Behörden, um Reformen im Gesundheitswesen bewerkstelligen zu können. Während das Gesundheitsministerium früher sowohl die Gesundheitspolitik festlegte als auch diese dann durchführte, liegt die Umsetzung nun bei den Regionen und Distrikten. Diese fundamentale Neuorientierung gilt als weitgehend gelungen. Auf Distriktebene sind Gesundheitsprofile und Aktionspläne erstellt worden. Ohne ausreichende Ausstattung und qualifiziertes Personal sind wirksame Gesundheitsdienste jedoch nicht zu haben, das heisst es sind genügend finanzielle Mittel erforderlich. Beschaffungen der öffentlichen Hand, z.B. von langlebigen Netzen, müssen auf regelkonforme Art und Weise erfolgen, ohne aber in die bürokratische Falle zu geraten. Und zu guter Letzt bedingen System-Reformen immer ein Umdenken in den Köpfen, auch auf der Geber-Seite. Nach wie vor gibt es grosse, krankheitsbezogene Beiträge ausserhalb des Budgets, namentlich für HIV/Aids, welche die auf das Gesundheitssystem als Ganzes ausgelegten Prioritäten der Regierung untergraben.

Etwa zehn Prozent des Staatsbudgets von Tansania bzw. 460 Millionen Schweizer Franken (400 Mio. USD) kommen dem Gesundheitswesen zugute. Das macht rund 12 Franken pro Person und Jahr aus. Anlässlich des Abuja-Gipfels der Afrikanischen Union haben sich die Staatschefs verpflichtet, 15 Prozent des Staatsbudgets für das Gesundheitswesen einzusetzen, und die Geber aufgefordert, ihre Mittel für Entwicklungszusammenarbeit auf 0.7 Prozent des Volkseinkommens zu steigern. Die Verwirklichung beider internationaler Vorgaben steht in den Sternen. Auch wenn heute rund 80 Prozent der in Tansania eingesetzten Medikamente Generika und der Grossteil der Tuberkulose, Malaria und HIV/Aids-Therapien durch Gelder des Globalen Fonds und anderer Geber finanziert sind, wird auch das mittelfristig kaum ausreichen, weil die Grundversorgung vor einem enormen Kostenschub steht, namentlich wegen des erhöhten Personal- und Infrastrukturbedarfs. In der Schweiz beträgt der Generika-Anteil nur zwölf Prozent. Doch werden in der Schweiz 7285 Franken pro Kopf (2007, davon rund die Hälfte zu Lasten von Staat und Sozialversicherungen) für die Gesundheit aufgewendet.



Im Gesundheitsposten geht der Medikamentenvorrat bald zur Neige und die Patienten müssen Wochen warten, bis Nachschub eintrifft.

Die Distrikte Tansanias sind für das Angebot von Gesundheitsdiensten und -programmen verantwortlich. Geld wird ihnen gemäss einer Formel zugeteilt, welche Einwohnerzahl, Armut- und Kindersterblichkeitsindikatoren berücksichtigt. Doch findet sich zu wenig Personal für entlegene Gebiete, und so bleibt der anvisierte Ausgleich zwischen den Regionen toter Buch-

stabe. Auch erleiden die Überweisungen vom Finanzministerium chronisch massive Verzögerungen. Eine unabhängige Prüfung der Fortschritte im Gesundheitswesen notiert zur Medikamentenversorgung, dass „Lücken und Verzögerungen immer noch an der Tagesordnung sind.“ Der medizinische Chef für das Gesundheitswesen im Dodoma-Stadt-Distrikt, Dr Cyrialis Mutabuzi, beschreibt, dass „uns 900 Franken (1 Mio. TSh) für Arzneimittel während drei Monaten zur Verfügung stehen, um 350'000 Leute zu versorgen. Das reicht kaum für drei Wochen. Was sollen wir in den verbleibenden neun Wochen tun?“

Um die Millenniums-Entwicklungsziele zu erreichen, müsste das Gesundheitspersonal in etwa verdoppelt werden. Doch schon jetzt sieht sich das Gesundheitswesen einer enormen Personalkrise gegenüber. In Tansania entfallen auf einen Arzt 25'000 Personen, weit weg von der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit 10'000. Zum Vergleich: In der Schweiz versorgt ein Arzt durchschnittlich 483 Einwohner. Stellen in entlegenen Regionen sind äusserst schwierig zu besetzen. Etwa 15'000 Mitarbeitende fehlen. Von den rund 40'000 Mitarbeitenden haben 45 Prozent des Gesundheitspersonals entweder den Job gewechselt, sind ausgewandert, in Pension gegangen oder gestorben, nicht zuletzt an HIV/Aids. Die Arbeitsbedingungen sind hart, die Anstellungsbedingungen unattraktiv. So sucht sich tansanisches Personal zuweilen in Südafrika und Botswana eine bessere Stelle. Gesundheitspersonal aus diesen beiden Ländern wandert weiter nach Europa, vor allem Grossbritannien, und in die USA. Die Globalisierung des Arbeitsmarktes für die Krankenpflege unterläuft die Bemühungen Tansanias um eine Gesundung seines Gesundheitswesens und letztlich seiner Bevölkerung. Umgekehrt sind die eingewanderten Afrikanerinnen in den Spitälern und der Krankenpflege von Industrieländern wie Grossbritanniens kaum mehr wegzudenken.

Die Rolle der Schweiz

Für die Entwicklungszusammenarbeit mit Tansania wendet der Bund rund 30 Millionen Franken pro Jahr (2008) auf, nicht zu-



Die Schweiz bestärkt Frauengruppen, die Leistungen des Gesundheitswesens einzufordern und zu nutzen.

letzt für das Gesundheitswesen. Mit einer Projekthilfe unterstützt die schweizerische Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA) die Koordination der Moskitonetz-Initiative innerhalb des Malaria-Kontrollprogramms. Durchführungspartner ist das Schweizerische Tropeninstitut. Die DEZA ermutigt auch Gesundheitsinitiativen lokaler Gemeinschaften. Rund 200 initiative Bevölkerungsgruppen sind in die Lage versetzt worden, sich selber zu helfen und die staatlichen Gesundheitsdienste wirklich zu nutzen. So berichtet z.B. die Frauengruppe Meena, dass innerhalb eines Jahres die Zahl schwangerer Frauen, welche eine Klinik für die Geburt aufgesucht haben, um einen Fünftel gestiegen ist. Die deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) führt das Programm im Auftrag des Bundes durch. Die Erfahrungen fließen wieder in die Reformen des nationalen Gesundheitswesens ein.

Die DEZA unterstützt aber auch den ganzen Gesundheitssektor mit einem Beitrag von sechs Millionen Franken jährlich. Die Schweiz hatte gar 2004/06 den Vorsitz unter den 21 beteiligten Gebern inne und hat ihn Mitte 2009 erneut übernommen. Das erlaubte z.B. eine Mitwirkung bei der Gesundheitsstrategie 2009 – 2015 der Regie-

rung. Punkte gemeinsamer Bemühungen und Zusammenarbeit haben die Geber im Gesundheitsbereich seit 1995 mit damals noch über 1000 Einzelprojekten einen weiten Weg zurückgelegt. Neben den Gebern und dem Gesundheitsministerium ist auch die Zivilgesellschaft beteiligt. Die Schweiz war treibende Kraft für den Sektorfonds („Health Basket Fund“), den nun elf Geber gemeinsam alimentieren. Der Sektor-Dialog fokussiert recht stark auf technische Aspekte. Dass die Schweiz auch in der allgemeinen Budgethilfe engagiert ist, erweitert die Perspektive. „So geraten z.B. andere Aspekte der Dezentralisierung, des Managements der öffentlichen Finanzen oder der Reformen des öffentlichen Personalwesens ins Blickfeld“, sagt Jacques Mader, im Schweizer Kooperationsbüro für die Gesundheitszusammenarbeit verantwortlich und Vorsitzender der Gesundheits-Gebergruppe.

Budgethilfe erleichtert Reformen

Eine Herausforderung wie die Personalkrise kann das Gesundheitsministerium allein nicht meistern. Unter anderem braucht es konkurrenzfähige Arbeitsbedingungen, um die Abwanderung zu stoppen. Attraktivere Anstellungsbedingungen der öffentlichen

Hand (siehe separater Artikel) können nur auf höchster Ebene verhandelt werden. Dort entscheidet sich auch, wie viel Geld vom Staatsbudget in das Gesundheitswesen investiert werden kann. Als Orientierungsrahmen für solche fundamentale Prioritäten hat die Regierung nach einer breiten Konsultation in der Öffentlichkeit eine Nationale Strategie zur Bekämpfung der Armut und für Wachstum („Mkukuta“) entwickelt.

Die Schweiz unterstützt die Umsetzung von Mkukuta mit 13 anderen Gebern im Rahmen der Allgemeinen Budgethilfe. Sechs Millionen Franken fließen jährlich in die Allgemeine Budgethilfe. Damit will die Schweiz Reformen wie die Entlohnung des staatlichen Personals stärken, welche für die Zukunft der ganzen Wirtschaft und Gesellschaft Tansanias entscheidend sind. Zu diesen Schlüsselreformen der Regierung zählen auch die gute Führung öffentlicher Finanzen, die Korruptionsbekämpfung, Justizreformen, und nicht zuletzt die Stärkung der Distrikte.

Damit es nicht bei schönen Worten bleibt, werden in der Budgethilfe Leistungsvereinbarungen ausgehandelt. Darin sind u.a. auch die Fortschritte enthalten, welche Tansania auf dem Weg zu einer zugänglichen Basis-Gesundheitsversorgung für alle erreichen will. Auszahlungen seitens der Schweiz setzen voraus, dass die vereinbarten Ziele der Regierung bei der Umsetzung ihres Programms zur Armutsbekämpfung, die Ziele bei den öffentlichen Finanzen und bei der Förderung des Privatsektors erreicht worden sind. Die allgemeine Budgethilfe, welche Tansania von 14 Gebern gemeinsam erhält, betragen im Finanzjahr 2006/07 rund 800 Millionen Franken. Das macht 16 Prozent des Staatsbudgets aus. Quantitativ steht die Schweiz mit 0.7 Pro-

zent der Gesamtsumme am Schluss der Geber-Rangliste. Doch dank ihres kenntnisreichen und langjährigen Engagements hatte die Schweiz 2006/07 sogar den Vorsitz der Gebergruppe übertragen erhalten. Die extreme Armut halbieren, die Kindersterblichkeit verringern, HIV/Aids zurückdrängen – das alles zählt zu den Millenniums-Entwicklungszielen, auf welche sich die Weltgemeinschaft geeinigt hat. Sie sind bis 2015 aber nur erreichbar, wenn auch der Norden bereit ist, trotz Wirtschaftskrise zusätzlich in die Entwicklungspolitik zu investieren. Die allgemeine Budgethilfe bereitet den Boden für Reformen, auf dem Initiativen und Projekte gedeihen. Allein werden es die wenigsten Länder Afrikas schaffen, nicht einmal Tansania, trotz grossen eigenen Anstrengungen und Erfolgen wie die erfreuliche Senkung der Kindersterblichkeit.



Eine Zapfstelle für sauberes Trinkwasser, wie hier in Dodoma, ist wichtig für gute Gesundheit.

* Der Autor, Dr. Richard Gerster, ist Wirtschaftswissenschaftler und arbeitet als selbständiger Berater und Publizist (www.gersterconsulting.ch). Dieser Artikel ist Teil einer Serie, welche vom Staatssekretariat für Wirtschaft (SECO) in Auftrag gegeben wurde, um die Budgethilfe aus verschiedenen Perspektiven zu beleuchten. Sie geben die persönliche Meinung des Verfassers wieder.