



Millenniumsziele: Kinder- und Müttersterblichkeit senken



Hilfe zur Selbsthilfe e.V.

Ein Projekt in Kooperation mit:

EUROPEAN COMMISSION



Humanitarian Aid

CRCHUM
CENTRE DE RECHERCHE



Millenniumsziele: Kinder- und Müttersterblichkeit senken



Kostenfreie Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder in Burkina Faso

In Burkina Faso zeigt ein Gesundheitsprojekt von Help – Hilfe zur Selbsthilfe, wie ein bedeutender Beitrag zum Kampf gegen Mütter- und Kindersterblichkeit in den ärmsten Ländern der Welt geleistet werden kann. Und zwar durch die Abschaffung von Nutzungsgebühren für die Basisgesundheitsversorgung der schwächsten Bevölkerungsgruppen: Kinder unter fünf Jahren, schwangere und stillende Frauen sowie Menschen, die in extremer Armut leben. Die Wirksamkeit dieser Strategie als ein geeignetes Mittel auf dem Weg zu einem universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung konnte inzwischen auch durch Helps Zusammenarbeit mit der Universität von Montreal wissenschaftlich belegt werden. Durch die Befreiung von Nutzer- und Medikamentengebühren für mittellose Patienten wird dazu beigetragen, dass die Schwelle zum Zugang zu ärztlicher Versorgung sinkt. Auf diese Weise erhöhen sich die Benutzerraten und somit die Anzahl von behandelten Kranken um ein Vielfaches. Gemäß Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte ist eine angemessene Gesundheitsversorgung ein universelles Recht.

Gesundheitssituation in Burkina Faso

In Burkina Faso sterben jedes Jahr 4.000 Frauen (World Health Organization [WHO] 2010) bei der Geburt eines Kindes. Über 36.000 Kinder sterben jährlich an Durchfallerkrankungen und Lungenentzündung (UNICEF 2012). Bei einer Kindersterberate von 17,6 % stirbt in Burkina Faso durchschnittlich in fast jeder Familie ein Kind, bevor es sein fünftes Lebensjahr erreicht.

Das Gesundheitssystem Burkina Fasos beruht auf den Prinzipien der Bamako Initiative von 1987 und sieht die Beteiligung der Patienten an der Finanzierung von Gesundheitszentren auf lokaler Ebene, die Bereitstellung von generischen Medikamenten sowie die Einbeziehung der Patienten in die Gesundheitsverwaltung, vor.

Auf dieser Basis fand Anfang der 1990er Jahre eine Gesundheitsreform statt; die Verwaltung wurde dezentralisiert und in jedem Gesundheitszentrum (CSPS, Centre de Santé et de Promotion Sociale) wurde ein lokales, von der Bevölkerung geführtes Verwaltungskomitee eingesetzt. Des Weiteren wurde die Direktzahlung der Behandlung und der Medikamente eingeführt, um auf lokaler Ebene Erträge zu generieren. Im Zuge dieser Veränderung entstanden zahlreiche neue CSPS.

Die Reform hatte das Ziel, die Nutzerraten der Gesundheitseinrichtungen, die Qualität der Behandlungen zu steigern. Die Zugangsgerechtigkeit für Arme sollte verbessert werden, indem bestimmte Gruppen von der Direktzahlung ausgenommen werden sollten.

Aber wie in allen Ländern, in denen diese Politik umgesetzt wurde, blieben die Nutzerraten in Burkina Faso niedrig: 2008 gab es im Durchschnitt jährlich 0,5 Kontakte mit dem Gesundheitssystem pro Einwohner. 1982 waren es 0,4 Kontakte (Distriktstatistiken der Gesundheitsdistrikte Dori und Sebba 2012). Das bedeutet, dass ein Burkiner durchschnittlich einmal alle zwei Jahre qualifizierte Behandlung in einer Gesundheitseinrichtung aufsucht. Hier muss man sich vor Augen führen, dass insbesondere kleine Kinder durchschnittlich mindestens drei Krankheitsepisoden pro Jahr durchleben, die einer Behandlung bedürfen (UNICEF 2012).

Die Rate von Frauen, die ihre Kinder unter qualifizierter medizinischer Betreuung in einem Gesundheitszentrum zur Welt bringen, liegt in gesamt Burkina Faso bei 64 %, in ländlichen Gebieten sogar nur bei 41 % (Distriktstatistiken der Gesundheitsdistrikte Dori und Sebba 2012).



Mit der kostenfreien medizinischen Versorgung kann vor allem Müttern und Kindern geholfen werden.

Die Reduzierung der Mütter- und Kindersterblichkeit muss beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für Mütter und Kinder ansetzen. Das vierte der in den 1990er Jahren von den Vereinten Nationen formulierten Millenniumsziele lautet: „Senkung der Kindersterblichkeit von unter Fünfjährigen um zwei Drittel (von 10,6 Prozent auf 3,5 Prozent).“ Das fünfte Ziel ist die Senkung der Sterblichkeitsrate von Müttern um drei Viertel (WHO 2000).

Drei Jahre vor Fristende in 2015 können in Burkina Faso zwar leichte Verbesserungen verzeichnet werden, aber vom Erreichen der Millenniumsziele ist das Land nach wie vor meilenweit entfernt.

Kostenbefreiung für die medizinische Behandlung von Müttern und Kindern

Es ist erwiesen (De Allegri 2010; Haddad, Nougara, Fournier 2006), dass die schwachen finanziellen Ressourcen der Haushalte die wichtigste Barriere für den Zugang zur Gesundheitsversorgung darstellte. Es fehlten schlicht die Mittel, um sich medizinische Behandlungen leisten zu können und Medikamente zu bezahlen.

Help - Hilfe zur Selbsthilfe ist seit 2005 mit humanitären Projekten und Entwicklungsprojekten in Westafrika tätig. Seit 2008 führt die Organisation in Burkina Faso mit Finanzierung von ECHO (European Commission Humanitarian Aid and Civil Protection) ein Pilotprojekt zur Befreiung von Nutzergebühren für die medizinische Behandlung von besonders gefährdeten Gruppen, nämlich schwangere und stillende Frauen, Kinder unter fünf Jahren sowie extrem Arme, durch. Diese Erfahrung wird in zwei Gesundheitsdistrikten, Dori und Sebba, in Zusammenarbeit mit der regionalen Generaldirektion für Gesundheit der Region Sahel, umgesetzt. Die Distrikte wurden ausgewählt, da sie sich zum Zeitpunkt des Projektstarts im nationalen Vergleich unter den Gebieten mit den niedrigsten Nutzerraten von Gesundheitsdienstleistungen und den höchsten Unterernährungsraten befanden.

Das Prinzip ist einfach und extrem wirkungsvoll: die gesamte Behandlung vor Ort im Gesundheitszentrum wird für die Zielgruppe kostenfrei angeboten. Konsultationen, medizinische Behandlungen, stationäre Aufnahmen, Medikamente und Krankentransporte können von den oben genannten Gruppen ohne Zahlung in Anspruch genommen werden. Es erfolgt eine Zahlung durch eine dritte Partei. Diese Rolle wird von Help übernommen. Die Organisation zahlt entstandene Kosten direkt an die Gesundheitszentren zurück. Für bestimmte Behandlungen ergänzt Help außerdem Kostenübernahmen, die der burkinische Staat gewährt: Entbindungen werden seit 2007 zu 80 % vom Staat bezahlt, Help übernimmt die fehlenden 20 %, die von der Patientin getragen werden müssten, womit die Entbindung für die Patientin kostenfrei wird.

In Zusammenarbeit mit den staatlichen Gesundheitsbehörden begleitete Help diese Kostenbefreiung durch eine Reihe von unterstützenden Maßnahmen. So wurden Informations- und Sensibilisierungsveranstaltungen organisiert, die Verwaltungskomitees wurden für die Ausübung ihrer Rolle geschult und das Gesundheitspersonal erhielt Weiterbildungen.

Durch diese Maßnahmen sollte nicht nur die Nachfrage durch die Bevölkerung gesteigert werden, sondern ein qualitativ angemessenes Angebot durch die Gesundheitszentren sichergestellt und die Selbstverwaltung durch die Bevölkerung gestärkt werden.



Am Weltfrauentag machte Help auf die hohe Müttersterblichkeitsrate in Burkina Faso aufmerksam.

Im Rahmen dieses Pilotprojekts wurde eine Zusammenarbeit mit dem Forschungszentrum der Universität von Montreal (CHUM) vereinbart. Durch diese Kooperation mit Wissenschaftlern, die sich auf dem Gebiet des finanziellen Zugangs zur Gesundheitsversorgung in Westafrika spezialisiert haben, konnten während der gesamten Projektlaufzeit verschiedene Aspekte der Kostenbefreiung analysiert werden.

So war es möglich, die Auswirkungen auf die Haushal-

te, auf die finanziellen Kapazitäten der lokalen Verwaltungskomitees, auf das Arbeitspensum des Personals, die Verschreibung der Medikamente, die Ausgaben für Entbindungen und die lokale Selbstverwaltung zu ermitteln. Auffällig war darüber hinaus, dass sich durch die Kostenübernahme der Grad an Selbstbestimmung der Frauen erhöhte.

Wirkung des Projekts

Steigerung der Benutzerraten von Gesundheitszentren

Seit 2008 sind nach vier Jahren Projektlaufzeit die Benutzerraten der betroffenen Gesundheitszentren signifikant in die Höhe gegangen. Vor Projektbeginn gab es durchschnittlich 0,66 Konsultationen pro Kind und pro Jahr, heute sind es durchschnittlich 3,22. Das gleiche gilt für den Anteil an medizinisch begleiteten Geburten in den beiden geförderten Gesundheitsdistrikten, der von 41 % (2008) auf 85 % (Quelle: Distriktstatistiken der Gesundheitsdistrikte Dori und Sebba, 2012) anstieg.

Die folgende Graphik illustriert deutlich diese Tendenz, indem sie die zeitliche Entwicklung der Benutzerraten der beiden Distrikte mit Help-Subvention, Dori und Sebba, mit der in den beiden Nachbardistrikten, Gorom Gorom (Gorum) und Djibo, wo die Gesundheitsversorgung für die Zielgruppe weiter kostenpflichtig bleibt, vergleicht.

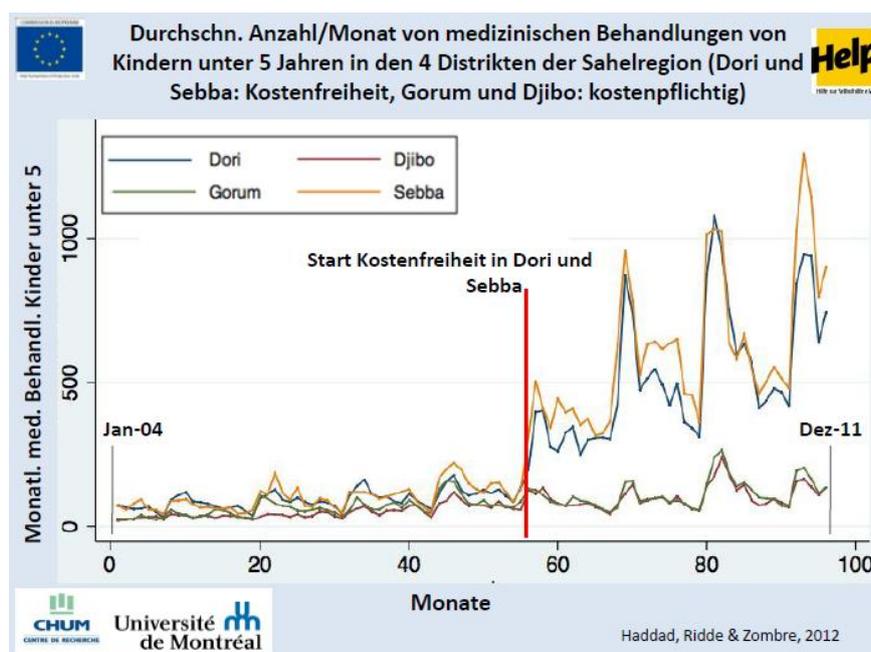


Abbildung 1: Quelle: Haddad, Ridde und Zombré 2012

Die Grafik in Abbildung 2 zeigt die Auswirkung von zwei Interventionstypen in allen vier Distrikten, die in der burkinischen Region Sahel liegen. Die erste Gruppe von vertikalen Linien signalisiert den Beginn der Subvention von 80 % für Entbindungen durch die burkinische Regierung, die zweite Linie markiert den Beginn der Subvention von Help, die die Entbin-

dungen in Gesundheitszentren de facto kostenfrei macht. Die Auswirkung der Kostenfreiheit geht offensichtlich aus beiden Grafiken hervor, auch im Vergleich zur Einführung der 80-prozentigen Kostenübernahme sind die Auswirkungen der kompletten Kostenfreiheit deutlich sichtbar.

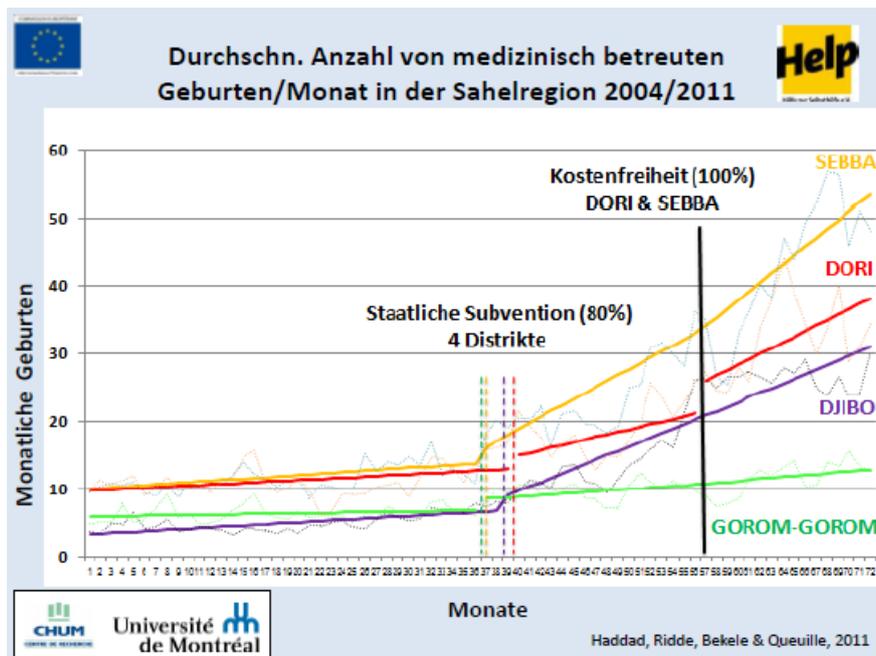


Abbildung 2: Quelle: Haddad, Ridde, Bekele und Queuille 2011

Gerechterer Zugang zur Gesundheitsversorgung

In den beiden Distrikten unseres Projektes lebt die Mehrheit der Bevölkerung mehr als zehn Kilometer von einem Gesundheitszentrum entfernt. Diese Distanzen müssen meistens zu Fuß zurückgelegt werden und stellen eine geographische Barriere beim Zugang zur Gesundheitsversorgung dar. Es stellt sich daher die Frage, ob die Kostenfreiheit vor allem den Bevölkerungsgruppen zu Gute kommt, die in der Nähe der Gesundheitszentren wohnen, während diejenigen, die weit entfernt wohnen, weiterhin von der Gesundheitsversorgung abgeschnitten bleiben. Diese Frage wurde in einer der Studien der Universität von Montreal untersucht.

Hierbei stellte sich heraus, dass es keinen Unterschied in der Häufigkeit der Nutzung eines Krankenhauses in Abhängigkeit von der Entfernung des Wohnorts gibt. Das bedeutet, dass die Personen, die eine große Distanz zum Gesundheitszentrum zurück-

legen müssen, die Kosten und Anstrengungen für den Transport in Kauf nehmen und mit eigenen Mitteln leisten, wenn sie sicher sind, dass bei der Behandlung im Gesundheitszentrum keine weiteren Kosten auf sie zukommen.

Es wurde ebenfalls untersucht, ob die ärmeren Bevölkerungsschichten weniger von der Kostenfreiheit profitieren, da die Behandlungs- und Medikamentenkosten nicht die einzigen Kosten sind, die im Zuge eines Besuchs des Gesundheitszentrum anfallen (s.o., z.B. Transport).

Bereits ein Jahr nach Beginn der Kostenfreiheit konnte festgestellt werden, dass der Anteil der Kinder der ärmsten Bevölkerungsgruppen, die wegen Erkrankung behandelt wurden, von 25 % auf 72 % anstieg. Der gleiche Anteil stieg von 41 % auf 83 % für die Kinder der Familien, die über zehn Kilometern von den Gesundheitszentren entfernt leben. Die Intervention kommt also den Ärmsten zugute und ver-

bessert die Zugangsgerechtigkeit zur Gesundheitsversorgung (Ridde et al. 2011).

Verringerung der Gesundheitskosten der Haushalte

Der Schlüssel zur Steigerung der Benutzerraten von Gesundheitszentren ist also die Aufhebung der finanziellen Barriere. So konnten die Ausgaben der Haushalte für Gesundheitsversorgung sehr schnell bedeutend reduziert werden. Im Kontext der generell großen Krisenanfälligkeit in der Sahelzone aufgrund der klimatischen und sozioökonomischen Bedingungen, entlastet dies die Haushalte und setzt finanzielle Ressourcen für andere lebensnotwendige Ausgaben (z.B. Anbau von Nahrungsmitteln) frei (Universität Montreal 2010).

Stärkung der Rolle der Frau in den Familien

Ein positiver Nebeneffekt der Kostenfreiheit ist die Stärkung der Rolle der Frau in der Familie. In der Interventionsregion hat die Frau traditionell eine dem Mann untergeordnete Rolle. Normalerweise regelt der Ehemann die Finanzen des Haushaltes und hat somit auch Entscheidungshoheit über seine Ehefrau(en) und Kinder. Der Frau, die so keinen Zugang zu finanziellen Mitteln hat, bleibt oft keine andere Wahl, als sich der Entscheidung des Mannes zu fügen. Soll sie in einem Gesundheitszentrum entbinden oder nicht? Soll das Kind bei Fieber ins Gesundheitszentrum gebracht werden oder nicht?

Eine der Studien zeigt, dass die Kostenfreiheit die Entscheidungs- und Handlungsfreiheit der Frau gestärkt hat. Sie ist nicht mehr abhängig vom Zugang zu Bargeld und somit der Entscheidung ihres Mannes, wenn sie schwanger ist oder stillt; sie muss ihren Mann nicht mehr um Erlaubnis fragen, ihr krankes Kind ins Gesundheitszentrum zu bringen (Ridde et al. 2012). Für einige Frauen bedeutet das sogar eine Verbesserung ihrer persönlichen Position innerhalb des Familienverbandes.

Stärkung der Solidarität mit den Ärmsten der Armen

Der kostenfreie Zugang zur Gesundheitsversorgung muss außer der Zielgruppe der Frauen und Kinder insbesondere auch den Menschen gewährt werden, die keinerlei eigene Mittel und auch keine Unterstützung durch ihre Familie oder Dritte haben. Im Rahmen des Projekts haben wir daher die Dorfgemeinschaften ermutigt, diese Menschen zu identifizieren. Die Verwaltungskomitees wurden angehalten, ihnen auf Kosten der Gemeinschaft freien Zugang zur Gesundheitsversorgung zu gewähren, so wie es eigentlich ohnehin vom Gesetzgeber vorge-schrieben ist (Ridde et al. 2012). In einer Evaluierung der Auswahl der Begünstigten wurde deutlich, dass tatsächlich keine Menschen ausgewählt wurden, auf die die Kriterien absoluter Armut nicht zutrafen.

Förderung der Behandlungsqualität

Trotz des enormen Anstiegs der Benutzerraten hat die Abschaffung der Direktzahlung einiger Patientengruppen keine Verschlechterung der Behandlungsqualität verursacht. Die Anzahl der Verschreibungen, die den Normen des Gesundheitsministeriums und der WHO entsprechen und einen Indikator für die Qualität der Behandlung darstellen, stieg dagegen sogar leicht an.

Gleichzeitig zeigt die folgende Tabelle deutlich, dass die Kostenfreiheit keinen maßlosen Umgang mit der Verschreibung von Medikamenten nach sich zieht, was im Vorfeld befürchtet worden war. Die Anzahl der verschriebenen Wirkstoffe pro Rezept bleibt stabil oder geht leicht zurück (Atchessi et al. 2011; Ridde et al. 2012). Die Beurteilung der Behandlungsqualität durch die Patienten fällt ebenfalls positiv aus, sowohl was das Verhalten des Gesundheitspersonals angeht als auch das Umfeld (z.B. Sauberkeit) und die Behandlung an sich.

Rezept (n=13.000)	0-4 Jahre <i>kostenfrei</i>		WHO Norm	5-10 Jahre <i>zahlend</i>	
Benutzung von Antibiotika	54%	53%	< 50%	61%	71%
Benutzung von Injektionen (%)	7%	8%	< 17%	10%	10%
Durchschn. Anzahl von Wirkstoff pro Rezept	2,26	2,19	< 2	2,3	2,2

Tabelle 1. Quelle: Atchessi, Ridde und Haddad 2011

Stärkung des Gesundheitssystems

Eine nachhaltige Intervention muss sich in das bestehende Gesundheitssystem eingliedern und dieses unterstützend verbessern. Indem Help anstelle der Patienten direkt an die Gesundheitszentren bezahlt, wird deren Finanzierungssystem gestärkt. Durch die Unterstützung der lokalen Selbstverwaltung funktioniert die Medikamentenbeschaffung gut und pünktlich.

Durch die höheren Nutzerraten der Gesundheitszentren sind auch die Einnahmen der Verwaltungskomitees gestiegen. Auch das medizinische Personal profitiert von diesem Anstieg, da das Gesetz vorschreibt, dass 20 % der Einnahmen für Konsultationen und medizinische Behandlungen direkt an das Personal gehen. Dieser Bonus ist im Distrikt von Dori von 7,50 € auf 13,41 € gestiegen, im Distrikt von Sebba von 12,04 € auf 16,47 €.

Eine Studie belegt, dass die Befreiung von Nutzergebühren und die Begleitmaßnahmen eine Aufwertung der Mitglieder der Verwaltungskomitees mit sich brachte (Samb, Ridde 2012). Durch Fortbildungen wurden ihre Managementkompetenzen gestärkt, und sie konnten wesentlich zu einer Verbesserung des reibungslosen Betriebs der Gesundheitszentren beitragen, was ihnen auch zu höherem sozialen Ansehen und Anerkennung ihrer Leistungen verhalf. Ihr Beitrag war sehr wichtig für die Durchführung des Projektes, da sie die Schnittstelle mit der Bevölkerung darstellen, über die Informationen weitergegeben werden und die bei der Auswahl der besonders Bedürftigen eine zentrale Rolle spielt.

Erfolgsfaktoren des Projektes

Das erfolgreiche Pilotprojekt zur Befreiung von Nutzungsgebühren ist zunächst das Ergebnis der guten Zusammenarbeit und des Engagements von mehreren Akteuren – der betroffenen Bevölkerung, des Gesundheitspersonals, der Verwaltungskomitees, den Verantwortlichen im burkinischen Gesundheitswesen, den Forschern der Universität von Montreal und dem Team von Help. Die positiven Auswirkungen des Projektes sind wissenschaftlich in den Studien der Universität von Montreal bestätigt.

Dennoch sind in ganz Burkina Faso die Nutzerraten von Gesundheitszentren bis heute sehr schwach, und das trotz den Versuchen der Regierung für einige Gruppen Subventionen einzuführen. Neben den 80-prozentigen Subventionen von Geburten sind zum

Beispiel die Behandlung von Tuberkulose und HIV theoretisch für alle Betroffenen kostenfrei.

Die Medikamente für schwere Malariaerkrankungen sollen für Kinder unter fünf Jahren sowie schwangere Frauen kostenlos zur Verfügung gestellt werden, was leider auch nur in der Theorie der Fall ist. Malaria bleibt weiterhin die häufigste Todesursache in Burkina Faso. Auch sind es weiter nur wenige Frauen, die ihre Kinder mit qualifizierter medizinischer Begleitung zur Welt bringen, vor allem in ländlichen Gebieten (vgl. Ridde et al. 2011). Dies alles sind Gründe für die hohen Mütter- und Kindersterblichkeitsraten.

Was sind die Gründe? Nach vier Jahren unserer Arbeit begleitet von zahlreichen Studien, wissen wir: es sind vor allem die fehlenden finanziellen Mittel, die die Bevölkerung hindern, sich rechtzeitig oder überhaupt medizinisch behandeln zu lassen. Andere Barrieren, geographischer oder soziokultureller Art, haben sich als weniger bedeutend herausgestellt. Das beweist zum Beispiel die Tatsache, dass heute so gut wie alle Frauen im Einzugsgebiet von Sebba in Gesundheitszentren entbinden.



Die Lösung für das Problem des eingeschränkten Zugangs zur Gesundheitsversorgung und also der Schlüssel zur Verbesserung des Gesundheitszustands der Bevölkerung liegt eindeutig in der Aufhebung finanzieller Barrieren. Mit der Befreiung von Nutzergebühren für alle schwangeren Frauen und Kinder unter fünf Jahren in Burkina Faso könnte die gesamte Bevölkerung von den positiven Effekten profitieren, die bisher nur in den Distrikten mit Pilotprojekten zu verzeichnen sind. Das Land würde so einen großen Schritt vorwärts kommen im Kampf gegen die Mütter- und Kindersterblichkeit sowie in der

Verbesserung des Gesundheitszustands der gesamten Bevölkerung.

Resümee: Aktives Engagement für die nachhaltige Verbesserung der Lebensumstände für die Bevölkerung von Burkina Faso

Ein Pilotprojekt ist stets örtlich und zeitlich begrenzt. Wenn es jedoch so hervorragende Ergebnisse wie den kostenfreien Zugang zur Gesundheitsversorgung erzielt, sollte über eine Ausweitung nachgedacht werden, damit Kinder in Burkina Faso unter besseren Bedingungen aufwachsen können und die Mütter- und Kindersterblichkeit sinkt. Was spricht dagegen?

6 Euro pro Jahr für die Gesundheit eines Kindes genügen

Das häufigste Argument gegen eine flächendeckende Einführung der Befreiung von Nutzergebühren für Gesundheitszentren für besonders gefährdete Gruppen, sind die vermeintlich zu hohen Kosten. Die durchschnittlichen Kosten der medizinischen Behandlung eines Kindes liegen bei 1,90 €. Bei Erreichen der höheren Nutzerraten, wie derzeit im Projektgebiet von Help, würde es sich um ca. 6 € pro Kind und Jahr handeln. Hochgerechnet auf die gesamte Zielgruppe aller Kinder unter fünf Jahren würde die Befreiung von Nutzergebühren in Burkina Faso ca. 20 Millionen Euro pro Jahr kosten. Das sind ca. 11 % vom derzeitigen burkinischen Gesamtetat für Gesundheit – zum Vergleich übrigens nicht einmal 0,2 % des Gesundheitsetats der Bundesrepublik Deutschland. Berücksichtigt werden sollte auch, dass langfristig weniger Kinder teure Behandlungen wegen schlimmer Krankheitsverläufe oder schwerer Unterernährung in Anspruch nehmen müssten.



Nur umgerechnet 6 Euro sind nötig, um die Gesundheitsversorgung für ein Kind ein Jahr lang zu sichern.

Unser Beitrag für die Verbesserung der Mütter- und Kindergesundheit ist gefragt

Wir haben hier veranschaulicht, wie positiv die Befreiung von Nutzungsgebühren auf die Nutzerraten von Gesundheitszentren und demnach auf die Diagnose und Behandlung von Krankheiten bei den betroffenen Zielgruppen wirkt. Eine Bevölkerung, die ohne Einschränkungen das Gesundheitsangebot nutzen kann und so rechtzeitig zu angemessener Behandlung kommt, ist eine gesündere Bevölkerung und das hat auf lange Sicht Auswirkungen auf das Entwicklungspotential eines Landes: gesunde Kinder können zum Beispiel mit mehr Erfolg die Schule besuchen und, gut ausgebildet, zur Verbesserung der Lebensumstände im Land beitragen, wenn sie erwachsen sind.

Burkina Faso ist eines der ärmsten Länder der Erde, die Finanzen des Landes hängen stark von externer Hilfe ab. Ohne sie ist das Land kurzfristig wohl nicht in der Lage, sein Gesundheitssystem durch die Befreiung von Nutzergebühren zu revolutionieren. Help appelliert daher an die Geberländer und ihre Institutionen, ein größeres Engagement in der Unterstützung des Gesundheitsbereichs in den Sahelländern zu zeigen, um den Zugang zur Gesundheitsversorgung für benachteiligte Gruppen möglich zu machen und so zu helfen, den Kampf gegen die Mütter- und Kindersterblichkeit in der Region einen großen Schritt voran zu bringen. Es ist die Zukunft dieser Länder, die auf dem Spiel steht.

Anhang: Millenniumsziele

Im September 2000 unterzeichneten alle 191 Staaten, die zu jenem Zeitpunkt zu den Vereinten Nationen gehörten, eine gemeinsame Erklärung, die führende Politiker verpflichtet, Armut, Hunger, Krankheiten, Analphabetismus, Umweltzerstörung und Diskriminierung von Frauen zu bekämpfen. Abgeleitet von dieser Millenniumserklärung wurden acht Millenniumsziele (Millennium Development Goals) formuliert, die bis 2015 erreicht werden sollten.

Eines der erklärten Ziele sieht die Reduzierung der weltweiten Kindersterblichkeit der unter 5-Jährigen um zwei Drittel vor. Um dies zu erreichen, müssen bestimmte Maßnahmen getroffen werden, wie beispielsweise die Betreuung von Neugeborenen und ihren Müttern, die Versorgung mit Nahrungsmitteln von Kleinkindern und jüngeren Kindern, Impfungen, Vorsorge und Behandlung von Lungenentzündun-

gen, Cholera und Blutvergiftungen, Malariaprophylaxe, Prävention und Behandlung von HIV/AIDS. In Ländern mit hoher Kindersterblichkeitsrate könnten bereits diese Verfahren die Todesrate um mehr als die Hälfte reduzieren.

Ein weiteres Ziel der Millenniumserklärung ist die Verbesserung der Müttergesundheit, die die Müttersterblichkeit bis ins Jahr 2015 um drei Viertel reduzieren und allen Frauen Zugang zu medizinischer Geburtshilfe gewährleisten soll. Bis zu 287 000 Frauen sterben weltweit jährlich während der Schwangerschaft und bei der Geburt (UNFPA, UNICEF, WHO, Weltbank 2012). Allein der Zugang zu sicheren und

zuverlässigen Verhütungsmethoden könnte helfen, die Müttersterblichkeit um ein Drittel zu senken. In einigen Ländern Asiens und Nordafrikas wurde die Müttersterblichkeit seit 1990 bereits um die Hälfte reduziert. Und auch im subsaharischen Afrika konnten Fortschritte verzeichnet werden, allerdings ist hier das Risiko, während oder in Folge einer Schwangerschaft zu sterben, im internationalen Vergleich sehr hoch und liegt bei 1:31. Deshalb ist es dringend notwendig, jenen Frauen, die vor und bei der Geburt medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, optimale Qualität der angebotenen Versorgung zusichern zu können.

Quellen:

Atchessi A., N. Ridde V., Haddad S., Heinmüller R., Queuille L. (2011): The user fees exemption pilot project in Burkina Faso did not lead to a waste of medicines by health workers. Distriktstatistiken der Distrikte Dori und Sebba (2012)

Ridde V., R. Heinmüller, S. Haddad (2011): User fees exemption for children tested in Burkina Faso improved equity.

Ridde V., L. Queuille, N. Atchessi, O. Samb, R. Heinmüller and S. Haddad (2012): The evaluation of an experiment in healthcare user fees exemption for vulnerable groups in Burkina Faso.

Samb O. and V. Ridde (2012): Les interventions de subvention du paiement des soins renforcent l'empowerment des communautés au Burkina Faso.

UNFPA, UNICEF, WHO, Weltbank (2012): Trends in Maternal Mortality: 1990-2010.

UNICEF (2012): La situation des enfants dans le monde. Link:
http://www.unicef.org/french/publications/files/SOWC_2012-Main_Report_FR.pdf

Universität Montreal (2010): User fees exemption: One step on the path toward universal access to healthcare.

WHO (2000): Millennium Development Goals. Link:
http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/maternal_health/en/index.html

Spendenkonto

Commerzbank Köln
Konto-Nr. 2 4000 3000
BLZ 370 800 40

Impressum: © Help – Hilfe zur Selbsthilfe e.V., Stand 2013,
Bildnachweis: Help – Hilfe zur Selbsthilfe e.V.

Help – Hilfe zur Selbsthilfe e.V.

Kontakt:
Reuterstraße 159, 53113 Bonn
www.info@help-ev.de
www.help-ev.de

