

Vom Projekt zum Programm (System-Entwicklung am Beispiel Kameruns)

Dr. Bergis Schmidt-Ehry

Im Rahmen der GTZ-internen Diskussion zur Vorbereitung des Angebotes für die aktuelle Phase des Projektes Verbesserung der Primär-Gesundheits-Versorgung wurde die Aufteilung des Gesamtprojektes in Einzelprojekte erzwungen, um den regionalen, sektoralen und auf den Durchstellungsstand bezogenen Unterschieden Rechnung tragen zu können und die administrative Abwicklung zu vereinfachen.

Hierbei wurde klar, daß das Projekt mittlerweile aus einem begrenzten oder abgrenzbaren Maßnahmenbündel herausgewachsen war und bereits den Charakter eines übergreifenden Sektorprogramms angenommen hatte.

Durch Übernahme von Aufgaben im Rahmen von Drittgeschäften (EG- und WB-Studien, CIAME, Warenhilfe) wurde diese Entwicklung bestätigt bzw. voran getrieben.

Durch die Regierungsberatung wurde dabei schnell deutlich, daß es nicht mehr nur um die Verbesserung regional beschränkter Primärgesundheitsdienste ging, sondern um die Veränderung des gesamten Gesundheitssystems.

Unabhängig von der Frage des Auftraggebers für die verschiedenen Einzelprojekte richten sich alle Aktivitäten an den Unternehmensprinzipien der GTZ, ihrer konkreten Arbeitsweise und ihren Maßstäben für die Qualität von Projekten aus. Im Bereich Gesundheitswesen geben dabei die Richtlinien der Abtlg. 412 den Rahmen ab.

Dieses Vorgehen läßt zwar den notwendigen inhaltlichen Spielraum (insbes. bei den Implementierungs-Strategien) für die jeweils eigenen konzeptionellen Vorstellungen der verschiedenen Auftraggeber, verhindert aber gleichzeitig, daß den lokalen Gegebenheiten und Bedürfnissen, den Orientierungen und der Leistungsfähigkeit des nationalen Partners "Gesundheitsministerium" nicht genügend Rechnung getragen würde.

Der Programm-Ansatz ermöglicht:

- eine intensive Koordination der verschiedenen von der GTZ durchgeführten Einzelprojekte
- eine möglichst starke Abstimmung der "Förderstrategie" des für die diversen Projekte gemeinsamen Partners Gesundheitsministerium.
- eine bessere Beratung der verschiedenen Auftraggeber (der GTZ) durch intensive Kenntnisse des Gesundheitssektors in Kamerun
- die gemeinsame Entwicklung von Gesundheitspolitik und - Strategien mit dem kamerunischen Gesundheitsministerium
- eine umfassendere Unterstützung des Gesundheitsministeriums durch Nutzung der unterschiedlichen Ressourcen zur rationalen Umsetzung der Gesundheitspolitik des Landes
- die Ausnutzung von Synergie-Effekten zwischen verschiedenen Maßnahmen unterschiedlicher Auftraggeber. (Diese werden dabei von der Partnerregierung wie auch von den verschiedenen Auftraggebern geschätzt.)

Geschichte des Projektes:

60iger Jahre: Unterstützung des Provinzkrankenhauses in Bamenda (NW-Provinz)

70iger Jahre: Aufbau und Unterstützung der Krankenpflege-Schule in Bamenda (NW-Provinz)

80iger Jahre: Aufbau einer Primär-Gesundheitsversorgung durch Laienhelfer in der Nord-West-Provinz

gleichzeitig erfolgt eine Ausweitung des Projektgebietes:

1984: Süd-West-Provinz 1987: Littoral-Provinz (ohne Douala)

ab 1986: Entwicklung eines Versorgungs-Systems für essentielle Medikamente

ab 1988: Regierungsberatung auf Zentral-Niveau

Entwicklung eines Health-Management-Information-Systems (HMIS)

ab 1989: Reorientierung der Primärgesundheitsversorgung,

hieraus resultiert defacto eine

Reorganisation des Gesundheits-Systems (ab 1989)

Basis: Primärgesundheits-Versorgung (Alma-Ata)

Konzepte: Integrierte Gesundheitszentren (präventiv, kurativ und promotional)

umfassende Versorgung definierter Bevölkerungen (Gesundheits-Zonen)

Kofinanzierung und Mitbestimmung durch die Bevölkerung

Gesundheits-Distrikt (ab 1992)

Neben der üblichen fachlichen Beratung wurde hierbei die Weiterentwicklung des rechtlichen und administrativen Rahmens erforderlich:

Mitarbeit bei der Gesetzgebung und den Verwaltungsvorschriften für:

- Programm für essentielle Medikamente
- Kosten-Deckung (cost-recovery) für Medikamente
- ~~Entscheidung~~ dezentrale Verwendung von Einnahmen aus Konsultations-Gebühren
- Erarbeitung eines Gesetzes zur Regelung der Partnerschaft des Gesundheitsministeriums mit privaten Regierungs-Organisationen im Gesundheitswesen

Erarbeitung der Statuten für:

- Gesundheitskomitees auf Dorf-Ebene
- Gesundheitskomitees auf Distrikt-Ebene
- Stiftung für die Verbesserung der Gesundheit auf Provinz-Ebene
- Schaffung einer kamerunischen Gesellschaft für öffentliches Gesundheitswesen

Mitarbeit bei Dekreten:

- zur Schaffung des intraministeriellen Koordinationsausschusses
- zur Integration des AIDS-Bekämpfungs-Programmes

Träger-Analysen und -Förderung (insbes. auf der Ebene der Provinzgesundheitsverwaltungen)

Führung der ZOPP-Methode als Planungs-Instrument im Gesundheitswesen

Unterstützt wurde die Reorganisation durch die Durchführung von nationalen Seminaren und Workshops zu Themen wie:

- Reorientierung der Primärgesundheitsdienste
- Kofinanzierung und Mitbestimmung
- National-Health-Management-Information-System
- Supervision auf verschiedenen Niveaus
- Definition und Demarkation von Gesundheits-Distrikten
- Definition der Rolle und Struktur des Distriktkrankenhauses

Kooperation und Koordination mit anderen Beteiligten im Gesundheitswesen sind dabei von großer Bedeutung und wurden vom Projekt wargenommen:

seit Projektbeginn: informell, regional begrenzt, mit konfessionellen Gesundheitsdiensten (insbes. im Bereich Aus- und Weiterbildung von Dorf-Gesundheits-Arbeitern und der Medikamenten-Versorgung für Gesundheitsposten)

ab 1989: mit anderen Projekten der Primärgesundheitsversorgung

1990: Schaffung eines intraministeriellen Koordinationsausschusses

1992: Schaffung eines informellen Koordinierungsausschusses der Projekte / Geber

Beispiele für die Notwendigkeit des System-Ansatzes:

Programm für Essentielle Medikamente

In einem Projekt zur Verbesserung des Gesundheitswesens wurde ein Diagnose- und Behandlungsleitfaden erarbeitet und eingeführt, leider blieb der gewünschte Erfolg aus, da die nationale Versorgungseinrichtung die notwendigen Medikamente nicht verfügbar machen konnte und entsprechende Maßnahmen im Projekt nicht vorgesehen waren.

In einem anderen Fall wurde vom Projekt die Erst-ausstattung mit essentiellen Medikamenten vorgenommen. Die beiden (einzigen) nationalen Versorgungsstrukturen, über die die weitere Beschaffung erfolgen sollte, brachen zusammen, im Projekt selbst waren keine Möglichkeiten zur Importation von Medikamenten vorgesehen.

Ausbildung

Nachdem in den sechziger Jahren die kamerunische Ausbildungsstätte für Mediziner (CUSS) einen hoffnungsvollen Ansatz in Community Health aufwies, entwickelte diese sich in den siebziger und achtziger Jahren zu einer klassischen klinischen Ausbildungsstätte mit zunehmender Spezialisierung im kurativen Bereich (FACULTE DE MEDECINE DE L'UNIVERSITEE DE YAOUNDE), damit wurde die Ausbildung für die Entwicklung von Distrikt-Gesundheits-Systemen unzureichend. Zusatz-Kurse (postgraduate) müssen eingerichtet werden oder die künftigen Chef-Ärzte der Distrikte in teure Weiterbildungen ins Ausland geschickt werden.

Rationalisierung

Durch die Reorganisation des staatlichen Gesundheitswesens und den konjunkturellen (ökonomisch bedingten) allgemeinen Rückgang der Nutzungsraten im kamerunischen Gesundheitswesen entsteht in einigen überversorgten Gebieten ein Verdrängungswettkampf, der nur durch enge Koordinierung und Einführung des Subsidiaritäts-Prinzips beherrscht werden kann. Hierzu müssen Dialog-Strukturen und gesetzliche Grundlagen geschaffen werden.

Bamako-Initiative

Im Rahmen der Bamako-Initiative ist die Mitbeteiligung der Bevölkerung an der Verwaltung "ihrer" Gesundheitseinrichtungen vorgesehen. In Kamerun konnte erst durch den Erlass eines Gesetzes zur "freien Vereinigung" die Rechtsgrundlage für entsprechende Mitbestimmungsgremien geschaffen werden.

Cost-Recovery

Die Einführung von Kosten-Deckungs-Verfahren verlangt unbedingt eine Anpassung der rechtlichen und administrativen Voraussetzungen, da andernfalls die Handelnden (Partnerfachkräfte) disziplinarische und rechtliche Verfolgungen auf sich ziehen, sobald sie nicht mehr durch den (meist durch völkerrechtliche Vereinbarungen abgesicherten) Projekt-Status geschützt sind.

Aus den oben genannten Erfahrungen und Notwendigkeiten ergeben sich folgende

Aufgaben für die Programm-Koordination und System-Entwicklung:**A. Sektorbeobachtung:**

- Beobachtung der epidemiologischen, sozio-ökonomischen und demographischen Entwicklung der Zielbevölkerung
- Beobachtung der Änderung der Rahmenbedingungen durch nationale und internationale politische und ökonomische Entwicklungen
- Verfolgung der Entwicklung spezifischer Gesundheitsprogramme (nationale und internationale)
- Beobachtung der rechtlichen Entwicklungen im Sektor sowie sektorrelevanter Gesetzgebung anderer Bereiche
- Auswertung der Kosten- und Budget-Entwicklung im Sektor und im Gesamthaushalt
- Beobachtung der Entwicklung von Ausbildungsmöglichkeiten auf nationaler, regionaler und internationaler Ebene
- Beobachtung der Projekte anderer multi-, bilateraler und nicht-regierungs Organisationen und ggf. Kooperation und / oder Austausch mit diesen

B. Trägerbeobachtung

- Verfolgung der Leistungsfähigkeit des staatlichen Trägers auf seinen verschiedenen Strukturebenen
- Analyse der Schwachstellen und Blockaden der verschiedenen Trägerorganisationen und -ebenen, sowie in deren Umfeld
- Analyse der organisationellen Entwicklung der verschiedenen Träger
- Beobachtung der privaten, gemeinnützigen Anbieter von Gesundheitsfürsorge und Identifikation von Kooperationsmöglichkeiten
- Identifikation von strukturellen Hemmnissen für private, gemeinnützige Anbieter im Gesundheitswesen
- Beobachtung der konjunkturellen Entwicklung im Bereich der privaten, gemeinnützigen Anbieter
- Erarbeiten von Kooperationsmöglichkeiten mit staatlichen und nicht-staatlichen Anbietern von Gesundheitsdiensten
- Beobachtung der Entwicklung der privaten, profit-orientierten Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen
- Identifikation von Fördermaßnahmen im nicht-staatlichen Bereich
- Beobachtung der Leistungsfähigkeit privater Dienstleistungsanbieter im nicht-medizinischen Bereich (sofern für das Gesundheitswesen von Bedeutung)

C. Projektkoordination

Diese ergibt sich aus den Notwendigkeiten für die Zielerreichung der Einzel-Projekte und / oder Projekt-Komponenten und den Organisations-Anweisungen der GTZ

D. Akquisition

Aus dem ständigen Kontakt mit multi- und bilateralen Gebern und der Träger-Institution (Gesundheitsministerium) als eigentlichem Auftraggeber ergeben sich Chancen und Aufgaben für die Projekt-Akquisition

wie:

cht

igen)
enE DE
rse