

Gesundheit & Armut in Myanmar

Allgemeiner Aufriss

Einleitender Kurzvortrag zur Veranstaltung:
„Wie krank ist Myanmar's Gesundheitssystem“

Bettina Kattermann Stiftung & Die TaZ

TaZ Café Berlin

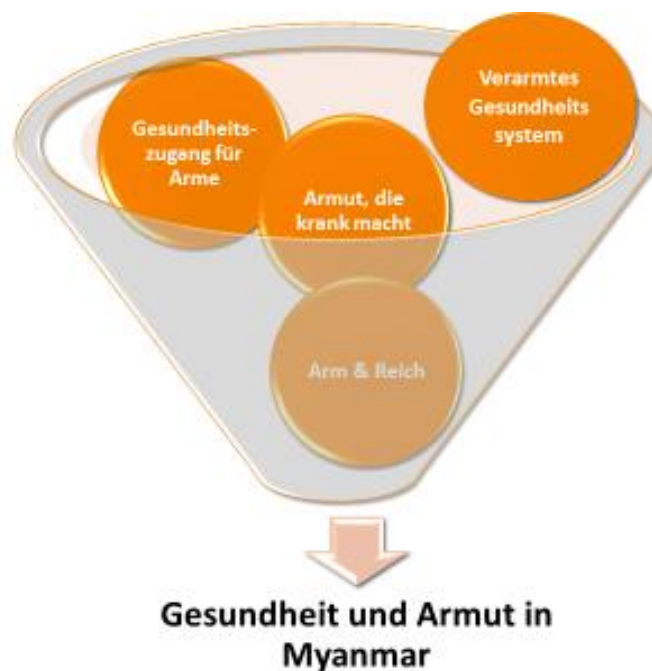
28.06.2016

Christiane Voßemer wissenschaftliche Mitarbeiterin im Doktorat am Institut für Internationale Entwicklung, Universität Wien

Dissertationsprojekt zu Transformationen in den Borderlands von Thailand und Myanmar;
beobachte ich ausgehend von Fragen der Gesundheitsversorgung, insb. der reproduktiven Gesundheit, Fallbeispiel Geburt

Nur zur Dokumentation der Veranstaltung

!!BITTE NICHT ZITIEREN!!



Ein verarmtes Gesundheitssystem

Der Zugang zu Gesundheitsversorgung ist ein Menschen- und Bürgerrecht, das der Mehrheit der Menschen in Myanmar seit langem nur mit sehr großen Einschränkungen zu Teil wird.

Dabei verfolgte die kommunistische Regierung bis 1993 offiziell eine Politik des allgemeinen Gesundheitszugangs: Gesundheitsversorgung wurde im Rahmen eines voll staatlich finanzierten öffentlichen Gesundheitssystems kostenfrei zur Verfügung gestellt. Bereits zu diesem Zeitpunkt litt das System jedoch unter politischer Vernachlässigung des Themas Gesundheit und vor allem dem eklatanten Mangel an Finanzierung für das Gesundheitswesen.

Nach 1988 – dem Jahr, das durch die blutige Unterdrückung und Niederschlagung von Aufständen durch die Militärjunta, massenhafte Verhaftungen von Regimegegnern etc. in die Geschichte Burmas einging – initiierte das Militär bei weiterer politischer Unterdrückung einige ökonomische Liberalisierungen: zB hin zu privatem Landbesitz, und eben 1993 auch im Gesundheitsbereich. Dies stand auch unter dem Eindruck internationaler Akteure und Privatisierungsagenden der 80/frühen 90er Jahre und UN Organisationen waren in Myanmar federführend an den Gesundheitsreformen beteiligt.

Seitdem gibt es für wenige Personen in festen Anstellungen (und bei kooperativen Arbeitgebern), so etwas wie eine „Krankenversicherung“.

Offiziell ist der Basiszugang zu Versorgung immer noch öffentlich, Patientinnen und Patienten jedoch über einen „cost-sharing“ Mechanismus an ihren Gesundheitskosten direkt beteiligt. Defacto – und das werden wir später noch bei Ann-Christin Stitz's Präsentation im Einzelnen sehen - gehen die privaten Gesundheitskosten jedoch weit darüber hinaus: Patientinnen und Patienten müssen die sehr niedrigen Gehältern des Gesundheitspersonals (Einstiegsgehalt für Ärzte: monatl. 164\$) über zusätzliche individuelle Behandlungsgebühren kompensieren. Es mangelt an allem essentiellen medizinischen und pflegerischen Equipment sowie Medikamenten – was gebraucht wird muss daher in der Regel selbst zugekauft werden: Handschule, Spritzen, Narkosemittel, Impfstoffe etc.

Die so entstehenden privaten Kosten schaukelten sich hoch auf derzeit 85% der gesamten Gesundheitsausgaben, womit Myanmar in Südostasien das Schlusslicht in punkto „öffentliche Gesundheitsfinanzierung“ bildet – trotz eines offiziell weitgehend „öffentlichen Gesundheitssystems“. Die Regierung investiert immer noch magere knappe 4% des Staatshaushalts in Gesundheitsausgaben (und das ist bereits fast das 10-fache von dem was sie vor 5 Jahren investierte und wird daher oft mit positivem Duktus erwähnt).

Auch wenn mit der Öffnung Geber, insbesondere die Weltbank und der 3 MDG Fund, ca. eine halbe Milliarde (ca. 1% des GDP 2014) für die Verbesserung des Gesundheitssystems investieren, sind die Prognosen, dass man bis 2030 zu einem tragfähigen öffentlichen Gesundheitssystem kommt (so das politische Ziel) nicht gut.

Asian Development Bank per 10.000 population	WHO per 1000 population
Physicians: 3.6 (2004) Nurses and Midwives 9.9 (2004)	Physicians 0.61 2012 Nursing and midwifery 1.00 2012

Mehr: <https://www.quandl.com/collections/myanmar/myanmar-health-data>

Ein Thema bleibt bei den Analysen jedoch weitgehend ausgespart: das militärische Gesundheitssystem. Es gilt als sehr gut ausgestattet mit Geldern, international ausgebildetem Fachpersonal und besten Behandlungsmöglichkeiten. Es steht jedoch in aller Regel nur Angehörigen der militärischen Organisationen und Administrationen zur Verfügung (mit Ausnahmen). Konkrete Zahlen sind rar, aber es wäre politisch durchaus relevant zu fragen, welchen Beitrag dieses System und die hier investierten Ressourcen für eine ZIVILE öffentliche Versorgung leisten könnten!

Ein weiterer, in vieler Hinsicht problematischer Punkt, der die öffentliche Versorgung seit Jahrzehnten in vielen Regionen lahm legt, ist die zentralistische Gesundheitsadministration, in der alle Entscheidungen auf höchster Ebene getroffen werden müssen (zum Beispiel die Einsetzung eines neuen Arztes in einem Provinzkrankenhaus) und die einhergeht mit einem Schwerpunkt auf Versorgung in den Städten. Primäre Gesundheitsversorgung insb. in ländlichen Gegenden wurde lange für die Aufrechterhaltung und den Ausbau von Krankenhäusern und spezialisierter Medizin zurückgestellt, was zu einer deutlichen Vernachlässigung der ländlichen Versorgung führte: u.a. gibt es auf dem Land viel zu große Einzugsbereiche für die bestehenden ruralen Gesundheitszentren, keine Belieferung mit Medikamenten etc und viel zu wenige ausgebildete „Hebammen“, die meist das einzige Personal vor Ort bilden.

Dabei leben weiterhin 70% der Menschen auf dem Land! Und in der ländlichen Deltaregion Ayeawaddy, die an die langjährige Hauptstadtregion Yangon angrenzt, haben die Menschen mit durchschn. 61 Jahren eine Lebenserwartung die mehr als 10 Jahre geringer ist als die in Yangon! Die neue Regierung setzt nun, laut Regierungsprogramm, einen Schwerpunkt auf primäre Gesundheitsversorgung und auch die Weltbank als größter Geber legt hier den Fokus der Programme.

Was bedeutet die „Verarmung“ des öffentlichen Gesundheitssystems für den Gesundheitszugang von in Armut lebenden Menschen in Myanmar?

Es ist offensichtlich: Ohne greifende soziale Sicherungssysteme sind Krankheit und gesundheitsbezogene Kosten als sehr wichtiger armutsverschärfende Faktoren zu bewerten, nicht nur aber insbesondere für Menschen, die bereits in Armut leben.

Krankenhäuser sind schlicht für einen großen Teil der Bevölkerung nicht zugänglich: der Verdienstausschlag der kranken Person und in derjenigen, die mit ihr reisen müssen um sich zu kümmern und zu pflegen, Transportkosten, Kosten für Essen im Krankenhaus – selbst wenn die Behandlung umsonst WÄRE, können sich Menschen, die unterhalb der Armutsgrenze leben solche Kosten nicht leisten: und das betrifft MINDESTENS jede 4. Person. Das Durchschnittseinkommen pro Kopf (für 2013) liegt irgendwo zwischen 702\$ und 1270\$ pro Jahr – 2-3\$ am Tag sind auch in Myanmar sehr sehr wenig Geld zum Überleben.

So herrscht – meiner Erfahrung nach – in vielen Krankenhäusern gähnende Leere: Keine Patienten, kaum Personal und Equipment.

Ein paar Zahlen:

Human Development Report 2014:

Poverty rate 26 % // Per capita income US\$ 702 8 [Weltbank: 1270\$] // Human Development Index Rank 150

UNDP Myanmar (jeweils aktuellste Daten s. Website):

51.4 million population // 70% rural population // 92.3% adult literacy // 65.7% life expectancy at birth

Welche Möglichkeiten bleiben also für Menschen, die in Armut leben?

Für vielen Menschen sind günstige traditionelle Medikamente und Kuren (nicht alle sind günstig!) oder der Gang zur Apotheke bzw. zu jemandem der Medizin verkauft oft DAS Mittel der Wahl. Bei solchen „Apotheken“ und „Verkäufern“ ist – was die Stärke der Medikamente angeht – oft alles ohne ärztliche Verschreibung und in aller Regel auch ohne lesbare Beipackzettel zu bekommen. Immer wieder gibt es Skandale, weil Komplikationen durch die Einnahme von schlecht nachproduzierten oder alten Medikamenten, die meist aus China importiert sind (Generika aus Indien werden auch viel verwendet und haben einen guten Ruf). Billige, starke Medikationen (Schmerzmittel, Antibiotika etc.) spielen in der Versorgung nach meinen Eindrücken eine große Rolle.

Traditionelle Medizin ist offizieller Bestandteil der öffentlichen Versorgung und Heiler werden staatlich ausgebildet und eingesetzt. Dennoch haben mit Abstand die meisten Praktizierenden keine staatliche

Lizenz und arbeiten unabhängig vom staatlichen System aufgrund oft sehr lokalem Wissen, dass weitergegeben wird. Oft sind auch gar keine Heiler einbezogen und es wird einfach das in der Familie oder Nachbarschaft vorhandene Wissen über die Wirkung zum Beispiel von Gewürzen und Wurzeln genutzt.

Auch wichtig für die Versorgung sind kleine private Praxen, die sich durch geringe, manchmal nach Einkommen flexible Gebühren und kostenlose Billig-Medikamente auszeichnen.

Staatliches Personal spielt auf dem Land zunehmend eine ähnliche Rolle. „Hebammen“ sind in den kleinen, meist kaum ausgestatteten ländlichen Gesundheitszentren Anlaufstelle für alle Krankheiten. Die Versorgung funktioniert letztlich wie in privaten Praxen: man zahlt die Medikamente, manchmal in Raten, oft auch niedrige Behandlungsgelder und kann maximal mit einfachster Basisversorgung rechnen.

In Konfliktregionen, wo keine staatliche Versorgung besteht oder nicht funktioniert (Das sind einige!) wird über humanitäre Gelder an lokale Gesundheitsnetzwerke ethnischer Organisationen zumindest eine Basisversorgung gewährleistet.

Armut, die krank macht...

Menschen, die in Armut leben, sind oft nicht nur im Zugang zum Gesundheitssystem benachteiligt sondern auch durch ihre Lebensumstände anfälliger für schwere Krankheiten. Verschiedene Infektionskrankheiten treten insbesondere in armen ländlichen Gebieten auf in Zusammenhang mit Hygienebedingungen, oder auch weil hier zum Beispiel besonders resistente Formen von Malaria grassieren. Im Gespräch mit einer der wenigen Herzchirurginnen im Land lernte ich, dass insbesondere viele arme junge Menschen zwischen 20 und 30 Herztransplantationen benötigen würden, weil einfache Infekte in der Kindheit unbehandelt geblieben sind.

Auch hier gibt es meines Wissens keine armutsbezogenen Zahlen, aber anstelle dessen ein paar Eindrücke: An der Grenze von Thailand und Myanmar leben viele verarmte Menschen aus der Grenzregion: Auf Baustellen arbeiten Frauen und Männer ohne Schuhe, Helm oder Sicherung auf Bambusgerüsten, in der Landwirtschaft sind sie ohne jeden Schutz scharfen Pestiziden ausgesetzt und in den dort ansässigen Bekleidungsindustrien anderen giftigen Chemikalien. Oder sie schleppen zB schwere Krüge voll mit Lehm für die Ziegelherstellung - 10 Stunden am Tag. In vielen Bergbauregionen (Myanmar ist reich an Bodenschätzen...) ist das Trinkwasser verseucht und Zugang zu gutem Trinkwasser außerdem in vielen Siedlungen (ländlich wie stadtnah) ein Problem. Und nicht zuletzt ist auch Mangelernährung ein wichtiger und verbreiteter Faktor, durch den Menschen in Armut anfälliger

für schwere Krankheitsverläufe sind.

Armut hat – nicht nur in Myanmar - eine andere Seite: Reichtum & Gesundheit

Nicht nur das Militär genießt einen Ausnahmestatus mit Blick auf Gesundheitszugang – auch Reichtum! In puncto Armut und Reichtum findet sich ein besonders auffälliges Loch in den Statistiken, sogar im neusten Zensus: Die zunehmende Kluft zwischen den Armen und immer Reicherer Eliten ist unübersehbar, wenn man sich im Land bewegt. Das sind in erster Linie sog. „Cronies“, die sich durch Bande mit dem Militärregime über Jahrzehnte bereichert haben oder Gruppen, die von der aktuellen Öffnung im Land profitieren: In Yangon kann man mittlerweile mehr Geld mit dem Vermieten von Wohnungen machen als in Manhattan.

Während für Menschen der kleinen Mittelschicht Gesundheitskosten durchaus auch schnell in den Ruin führen können, hat - wer Geld hat – durchaus gute Behandlungsmöglichkeiten: Ein Ausweg sind Behandlungen in anderen Ländern in der Region, insbesondere im Nahen Bangkok: Nach Angaben der Singapurischen Unternehmensberatung „Solidiance“ gaben Patienten und Patientinnen aus Myanmar 2012 150 Millionen US\$ für Gesundheitsversorgung in Thailand, Malaysia und Singapur aus. 2013 öffneten u.a. große Krankenhäuser in Singapur, Thailand und Indien eigene Kundenzentren in Yangon um von der Nachfrage zu profitieren.

Aber auch in Yangon gibt es mittlerweile für viele Behandlungen sehr gut ausgestattete private Krankenhäuser und hier liegt ein wachsender Markt: letzten Monat stoppte das Parlament den Bau des sog. „Parkway Hospitals“ das auf ein großes Konsortium mit einer großen Singapurischen Firma zurückgeht: es sollte auf einem großen Areal errichtet werden, für das eigentlich eine Erweiterung des öffentlichen Yangon Hospitals zugesagt worden war. Die Ärzte des öffentlichen Krankenhauses protestierten und erreichten nach dem Regierungswechsel den vorübergehenden Stop der Pläne.

Allgemein baut Aung San Suu Kyis NLD-Partei aber durchaus auch auf den Ausbau des privaten Gesundheitssystems: er ist einer der wenigen Punkte – neben dem Ausbau der Primärversorgung - die zu Gesundheit explizit im Regierungsprogramm der frisch gebackenen Reformregierung stehen. Privat kann im Kontext Myanmar's viel bedeuten: eine stärkere Integration von bzw. Zusammenarbeit mit nichtstaatlichen Initiativen (gemeindebasierte, kirchliche, über NGOs oder ethnische Organisationen oder Arbeitgeber hergestellte Gesundheitsversorgung; mit nötiger Vorsicht auch militärische Gesundheitsdienste)? Oder eine Konkurrenz für die öffentliche Versorgung durch den für die Zahlungsfähigen boomenden privaten Gesundheitsmarkt in der Region?

Es muss sich noch zeigen, welchen Schwerpunkten die neue Regierung tatsächlich Priorität einräumt und welche auch durchsetzbar sind.