

# Interview:

## Ein Revolutionär des Gesundheitswesens

**Auf den 51-jährigen Zafrullah Chowdhury geht insbesondere die für Bangladesh wegweisende Entwicklung einer armutsorientierten Gesundheits- und Arzneimittelpolitik sowie von 'Gonosshasthya Kendra', dem Gesundheitsprogramm für die ländliche Bevölkerung, zurück. Weltweit wurden Chowdhury und sein Werk 1984 mit dem 'Magsaysay Award' und 1992 mit dem 'Right Livelihood Award', dem sog. Alternativen Nobelpreis geehrt.**

### Wie ist 'Gonosshasthya Kendra' entstanden?

Im Juni 1971 fielen mir die erschreckenden Lebensbedingungen in Savar, einem Dorf 40 km von Dhaka, auf. Obwohl Savar so nahe der Hauptstadt liegt, konnten damals nur 1,2 Prozent der Frauen und acht Prozent der Männer lesen und schreiben. Nach dem Krieg starteten wir dort ein Projekt. Wir fragten die Dorfbewohner nach ihren Bedürfnissen, und am 24. April 1972 gründeten wir 'Gonosshasthya Kendra'. Ein Freund hatte uns dort Land für das Experiment geschenkt. So nahe der Hauptstadt gelegen, war Savar der ideale Ort dafür. Unser Ziel war es, die Gesellschaft zu verändern oder zumindest ein Beispiel zu setzen.

### Seit der internationalen Anerkennung von Bangladesh floß auch Entwicklungshilfe ins Land, insbesondere von den USA. Sie haben diese Hilfen abgelehnt. Warum?

Eigenständigkeit war für uns immer wichtig, denn die Annahme ausländischer Hilfe hätte das Recht, unseren Entwicklungsweg selbst zu bestimmen, beeinträchtigt. Unsere Arbeit war von Anfang an freiwillig und ehrenamtlich, und wir legten Wert darauf, das Leben mit den Dorfbewohnern zu teilen. Junge Menschen, besonders Ärzte und Krankenschwestern, waren immer willkommen. Unser Gesundheitsprogramm - das erste dieser Art - war nur deshalb so erfolgreich und führte zur Ausrottung der Pocken, lange bevor sie in anderen Regionen Indiens oder Bangladeshs ausgerottet waren, weil es von der Bevölkerung akzeptiert und übernommen wurde.

### Wie erreichten Sie, daß die Menschen sich selbst um Ihre Gesundheit kümmerten?

1972 bauten wir ein Gesundheits-Versicherungssystem auf. Wir setzten die Monatsbeiträge je nach Einkommen unterschiedlich fest; eine arme Familie bekam für einen Monatsbeitrag von zwei Taka freie ärztliche Untersuchung und Versorgung mit den nötigen Medikamenten. Heute arbeiten wir in 150 Dörfern und wollen demnächst auch in den Städten aktiv werden. Mit unseren nach Einkommen gestaffelten Versicherungssätzen, die jedenfalls noch unter den sonst üblichen Beitragssätzen liegen, decken wir unsere Kosten zu 45 Prozent. Während die Kindersterblichkeitsrate in den von uns betreuten Regionen mit 65 von 1.000 nur knapp halb so hoch ist wie im übrigen Bangladesh, ist das Bevölkerungswachstum in unserer Region mit 1,5 Prozent erheblich niedriger als die landesdurchschnittlichen 2,4 Prozent.

### Wie haben sie in dieser Situation die Medikamentenpolitik Ihres Landes mitgestaltet?

Unsere vorrangige Sorge galt einer Versorgung der Ärmsten mit Medikamenten. Damals kostete die Impfung gegen Tuberkulose für eine Person zwei Tageslöhne und war über mindestens eineinhalb Jahre erforderlich. Wer konnte sich das leisten? Alle Medikamente gegen Tuberkulose mußten importiert werden, und multinationale Pharma-Unternehmen wie Pfizer haben diese Situation kräftig ausgenutzt. Die Multis haben uns als 'hochwertige Technologie' damals Tonika, Stärkungsmittel ohne echte therapeutische Wirkung, verkauft. Dabei erfordert es mehr Erfahrung, ein Chapati zu backen als diesen 'hochwertigen' Sirup der Pharmaindustrie herzustellen.

Doch die Leute haben das nicht verstanden und die hohen Preise akzeptiert. 1974 habe ich dann unter verschiedenen Pseudonymen diesen Pharma-Imperialismus in unserem Land beschrieben und für einiges Aufsehen gesorgt. Auf meine Initiative befragte das gesundheitspolitische Komitee bedeutende Ärzte, welche Medikamente sie in den letzten drei Monaten verschrieben hatten. Das Komitee stellte aufgrund der Ergebnisse eine Liste von 150 essentiellen und 100 weiteren Medikamenten auf, die alle sechs Monate überprüft werden sollte. Auf dem Markt wurden zu der Zeit 5.000 Präparate angeboten. Wir wollten auch Preiskontrollen einführen, doch dagegen gab es heftigen Widerstand. Der 'Hathi Committee Report' aus Indien, der belegt, daß die Pharma-Industrie auf Kosten der Patienten von überhöhten Preisen profitiert und ihr vorwirft, Ärzte zu bestechen - er ist in Indien leider nicht anerkannt - war eine wichtige Grundlage unserer Arbeit.

### Woran liegt es Ihrer Ansicht nach, daß der 'Hathi Committee Report' von den indischen Behörden zurückgewiesen wurde, während General Ershad, der damalige Präsident von Bangladesh, Ihre Politik mittrug?

In Indien war die Pharmapolitik nie öffentliches politisches Thema, während in Bangladesh die Öffentlichkeit sich für eine verantwortliche Gesundheitspolitik einsetzte. Als Ershad von unseren Projekten erfuhr, wurde ihm wohl klar, daß die Pharmamultis korrupt sind. Uns warf er aber vor, daß wir nur große Worte hervorbrächten ohne etwas zu erreichen. Ich nahm die Herausforderung an, und am 27. April 1982 wurde das Komitee gegründet. Am 1. Juni wurde dann die neue Gesundheits- und Pharmapolitik bekanntgegeben, und am gleichen Tag erklärte der US-Botschafter, daß die USA die neue Politik nicht akzeptieren würden. Uns war damals klar, was US-amerikanischer Druck bewirken konnte. Die Bevölkerung wußten wir aber auf unserer Seite, und auch wenn der amerikanische Präsident Ershad zur Zurücknahme des Reports aufforderte, erreichten uns viele zustimmenden Reaktionen von Wissenschaftlern auch aus Amerika.

### Warum waren die Ärzte gegen Ihre Politik eingestellt?

Die Verbindungen der Ärzteschaft mit den Pharmamultis sind bekannt. So war der Generalsekretär der 'Bangladesh Medical Association' (BMA), Salar Ali, medizinischer Direktor bei Pfizer. Außerdem wird die Arbeit der BMA teilweise von den Multis finanziert. Diese Ärzte haben mich mehrfach bedroht und schon tödlich angegriffen, und unsere Einrichtungen in Savar sind niedergebrannt worden. Unsere Gesundheits- und Arzneimittelpolitik ist zwar nicht akut gefährdet, doch wir können immer noch nicht auf die Mitarbeit der Ärzte zählen. Die gegenwärtige Regierung hat viele von Ershads Maßnahmen zurückgenommen, nicht jedoch in der Arzneimittelpolitik. Trotz der allgemeinen Preiserhöhungen und obwohl der Taka abgewertet und viele Ausgangsstoffe für Medikamente importiert werden müssen, konnten die Medikamentenpreise weitgehend stabil gehalten werden.

(Übersetzung: Thomas Stuckenberg)