

Auf der Suche nach einem entwicklungs-politischen Konzept der Gesundheitshilfe

Die Herausforderung der 90er Jahre

Der Titel meines Artikels ist eine gewisse Provokation, weil er unterstellt, es gäbe kein Konzept. Ich meine, es gibt eine Unzahl von Konzepten, schlichte und anspruchsvolle, realistische und unrealistische, umfassende und engbegrenzte, paternalistische und partizipatorische. Einige davon werden durch diesen Teilnehmerkreis repräsentiert. Ich kann nicht für oder gegen die entwicklungspolitischen Konzepte derjenigen sprechen, die solche entwickelt und zu vertreten haben.

Als langjährig persönlich Engagierter dieser Szene – ich begann diese Karriere vor 28 Jahren in Äthiopien – und aus der Perspektive der Gesundheitssystemforschung, als Hochschullehrer im Bereich der Tropenhygiene und des öffentlichen Gesundheitswesens in Entwicklungsländern kann ich vielleicht dennoch einen kurzen Überblick geben. Ich kann und will dieses Thema jedoch nicht wertfrei behandeln, denn als Lehrer und Forscher muß ich Stellung beziehen.

Ich will aufzeigen, daß entwicklungspolitische Konzepte, insbesondere auch Konzepte der Gesundheitshilfe ständig neu definiert werden müssen. Einsichten und Erkenntnisse müssen zunächst erworben und durchgesetzt, dann umgesetzt und später gegen Widerstände verteidigt werden, bis neue Einsichten und Erkenntnisse zum Überdenken von Positionen zwingen. Dies hat nichts mit "Wetterwendigkeit" oder Opportunismus zu tun, sondern mit dem ständigen Ringen nach Erkenntnissen und Einsichten.

Entwicklungspolitik und hieraus erwachsende Entwicklungshilfe bedarf zunächst eines Lernprozesses der Helfer und setzt die Erkenntnis voraus, daß vieles von dem, was wir heute glauben vermitteln zu müssen, eine Korrektur früher im Zusammenhang mit Transfer und Modernisierung begangener Fehler ist. In diesem Zusammenhang ist die Feststellung erlaubt, daß Entwicklungshilfe, insbesondere im Gesundheitsbe-

reich und hier wiederum insbesondere bei uns, forschungsfeindlich ist und eigenes Lernen und Erkennen vor Helfenkönnen gering achtet. Hier ist mein Lieblingszitat von Brecht angebracht, in dem er *dafür hält, daß das einzige Ziel der Wissenschaft darin besteht, die Mühsal der menschlichen Existenz zu erleichtern*. Auch Entwicklungspolitik sollte dieses Ziel haben. Ihr Pluralismus – um es neutral zu formulieren – läßt hier sehr viel Spielraum.

Standortbestimmung

Mir geht es um den Versuch einer Standortbestimmung, nicht um den Entwurf eines Konzeptes für die 90er Jahre – auch wenn ich einige Aspekte dazu benennen werde. Entwicklungspolitik (EP) ist nicht unabhängige Politik zwischen Industrie- und Entwicklungsländern. Wenn auch jede Nation ihr eigenes Erklärungsmodell für EP hat, so wird rückblickend klar, daß EP nie mehr war, als die Politik der Großmächte und ihrer jeweiligen Lager zuließ. EP-Konzepte, die diesen Namen verdienten, mußten immer gegen Widerstände der verschiedensten Machtinteressen durchgesetzt werden oder scheiterten an ihnen, wie etwa die Grundbedürfniskonzeption oder das Primary Health Care Konzept der 70er Jahre. Natürlicher Gegner der EP der Industrieländer ist immer die Außenpolitik, die Außenwirtschafts- und Binnenwirtschaftspolitik, aber auch die einheimische Agrar- oder auch Sozialpolitik.

Der Wissenschaftliche Beirat beim BMZ hat in einer seiner jüngsten Stellungnahmen zur Entwicklungszusammenarbeit der 90er Jahre (BMZ aktuell Juli 1990) sehr deutlich zum Ausdruck gebracht, daß die Zahl der Länder, in denen die politischen und ökonomischen Voraussetzungen für Entwicklung gegeben sind, deutlich kleiner ist als die Zahl der Empfängerländer deutscher Ent-

wicklungshilfe. Bilaterale Entwicklungszusammenarbeit wird in erheblichem Umfang mit anderen Politikbereichen befrachtet, wie etwa Außen-, Sicherheits- und Handelspolitik.

Fehlschläge der Entwicklungszusammenarbeit sind somit vorprogrammiert und müssen letztlich von diesen anderen Politikbereichen vertreten werden. Entwicklungspolitik und Entwicklungshilfe werden hier oft zum Prügelknaben. Entwicklungshilfe könnte durch Entlastung von derartigen Vorgaben deutlich gezielter eingesetzt werden.

Der Wissenschaftliche Beirat beim BMZ hat erneut eine klare entwicklungs-, sozial- und ordnungspolitische Projektprüfung gefordert. Die Entlastung der Weltpolitik durch Ost-West-Entspannung könnte hier günstige Voraussetzungen bieten, sollte die Nord-Süd-Verantwortung nicht nur verbal aufrecht erhalten bleiben.

Aus dem Ost-West-Konflikt und was von diesem übrig blieb, seinen verschiedenen Phasen des Kalten Krieges, aus den zahlreichen Stellvertreterkriegen und aus dem bizarren Mosaik von Einflußsphären ergaben sich eine Reihe von Konfliktfeldern, die die internationale und die nationale Entwicklungspolitik der Industrienationen und der Empfängerländer mitbestimmen.

Den Anteil am Bruttosozialprodukt, den ein Land bereit ist, für die Entwicklungspolitik und wirtschaftliche Zusammenarbeit oder wie immer auch dies genannt wird, aufzuwenden und die ausgewählten entwicklungspolitischen Schwerpunkte, die dann letztlich gesetzt werden, sind das Ergebnis eines komplexen Kräftespiels.

Eine nicht unerhebliche Rolle spielen hierbei entwicklungspolitische Richtlinien internationaler Organisationen der UN-Familie, der OECD oder anderer lautstarker Vertreter von entwicklungspolitischen Programmen, denen man kaum etwas anderes entgegenzusetzen wagt, so man etwas entgegenzusetzen hätte. Die Größe und Macht dieser Organisationen läßt oft vergessen, daß diese ihrerseits Objekt und Subjekt politischer Kräfte sind. Ehemalige Kolonialmächte, sog. Großmächte, exportwirtschaftliche Riesen und Zwerge, Länder des ehemaligen sog. realexistierenden Sozialismus, Länder mit sog. freier oder gezielt subventionierter mehr oder weniger sozialer Marktwirtschaft haben jeweils ihre eigenen Definitionen, Konzepte oder Nichtkonzepte von Entwicklungspolitik.

Auch die Machtbestrebungen in vielen Entwicklungsländern selbst, ihre ethnischen, ökonomischen, politischen und religiösen Konflikte bestimmen in zunehmendem Maße die Entwicklungspolitik. Was die 90er Jahre bringen, ist noch viel weniger deutlich, als es Anfang der 80er Jahre für das vergangene Jahrzehnt vorauszuahnen war.

Globale Gesundheitspolitik – rückblickend

Um dieses Chaos im internationalen "Freistilringkampf" um politische und ökonomische Macht in etwas zivilisierte Bahnen zu lenken, hat es nicht an Versuchen der Völkergemeinschaft, einzelner Regierungen oder herausragender Politiker gefehlt, Entwicklungspolitik zu definieren. Liest sich der Pearson-Bericht der Weltbank von 1969, zumindest was die Gesundheitsprobleme in der Dritten Welt betrifft, wie purer Hohn, so ist der Bericht der Brandt-Kommission von 1980 und der Brundtland-Bericht von 1987 schon sehr viel realitätsnäher. Die Vorkonferenzen der WHO zur Alma-Ata-Konferenz, diese selbst und die sich daran anschließende Serie von Konferenzberichten zum Primary Health Care Konzept und seiner Begründung nennen die Probleme schon sehr viel deutlicher beim Namen.

Daß die gesundheitspolitische Konzeption der WHO sehr vom weltpolitischen Klima und hieraus abgeleitet auch personenabhängig ist, hat sich im Laufe der vergangenen Jahre deutlich gezeigt, vor allem wenn sie das PHC-Konzept als globales und nicht allein als auf Entwicklungsländer bezogenes Konzept versteht.

Eine nicht zu unterschätzende gesundheitspolitische Bedeutung im Sinne von entwicklungsorientierter, bevölkerungsbezogener Entwicklungspolitik und Gesundheitspolitik haben die Kirchen, etwa durch die Christian Medical Commission des Weltkirchenrats. Zumindest haben sie in der Vergangenheit klare Signale gesetzt. Diese wie auch Erfahrungen der VR China führten bei der WHO zu der erstmaligen Entwicklung einer Weltgesundheitspolitik, die dann in die Alma-Ata-Deklaration von 1978 einmündete.

Ihre Umsetzung läßt, selbst in modifizierter Form heute, 13 Jahre später, immer noch weitgehend auf sich warten, vor allem auch in den Industrienationen, die keineswegs Grund haben, sich hier nicht angesprochen zu fühlen. Bei vielen Regierungen, nicht zuletzt der Industrienationen, blieb es bei Lippenbekenntnissen. Die politischen Rahmenbedingungen und die konzeptionelle, strukturelle und finanzielle Umstrukturierung der Gesundheits- und Entwicklungspolitik fand kaum statt.

Man muß sich tatsächlich die seinerzeit von Halfdan Mahler aufgezeigten Grundvoraussetzungen vor Augen halten, unter denen er die Verwirklichung von Primary Health Care für möglich hielt. Im Planerjargon muß man einige von diesen als "killing assumptions" bezeichnen.

- "Are you ready to:
- address the health gap,
 - promote health as part of overall socioeconomic development,
 - allocate health resources to the social periphery as a priority,
 - mobilize communities to ensure their participation,
 - make available the required manpower and technology,
 - introduce the necessary changes in the existing health delivery system,
 - fight the political and technical battle required to overcome obstacles and resistance,
 - make political commitments to adopt PHC to attain the objectives of HFA/2000?" *

Die Bundesrepublik gehört zu den Signatarstaaten der Alma-Ata-Deklaration, aber in ihrer eigenen Gesundheitspolitik hat diese außer reichlich unqualifizierter Kritik wenig Resonanz gefunden. Einzig das BMZ griff dieses PHC-Konzept in seiner Sektorpolitik auf. Der Wissenschaftliche Beirat beim BMZ ging noch darüber hinaus und empfahl 1982 in Anlehnung an "Grundbedürfnisstrategie und Primary Health Care Konzept" für die 3. Entwicklungsdekade eine stärker am Grundbedürfnis Gesundheit orientierte Entwicklungspolitik und Entwick-

lungszusammenarbeit. Gesundheit wurde hier als Mittel und Ziel gesellschaftlicher Entwicklung und als Voraussetzung für die nur langfristig mögliche Eindämmung des Bevölkerungswachstums definiert; eine Definition, die heute mehr denn je gilt.

Es wurde daher auch gefordert, daß alle Maßnahmen wirtschaftlicher Zusammenarbeit und jegliche Entwicklungshilfe auch auf ihre positiven oder negativen Effekte auf Gesundheit überprüft und entsprechend abgestimmt werden. Umweltverträglichkeitsprüfung gibt es inzwischen, Gesundheitsverträglichkeitsprüfung jedoch nicht.

Während in den vergangenen 10 Jahren in vielen Ländern ernsthafte Bemühungen angestellt wurden, die Prinzipien von Primary Health Care: Gleichheit, Partizipation, Selbstbestimmung, Dezentralisation und intersektoraler Ansatz wenigstens in Teilen in die Tat umzusetzen, begann gleichzeitig ein unter dem Namen von UNICEF entworfenes und propagiertes fremdbestimmtes, ressourcenverschlingendes vertikales Programm, die sog. Child Survival Revolution, aus nachträglich als sehr zweifelhaft zu bezeichnenden, dem PHC-Konzept entgegenwirkenden Motiven und Argumenten.



Während die WHO aus einem technologisch und krankheitsorientierten zu einem bevölkerungs- bzw. gesundheitsorientierten Konzept fand, hat UNICEF partizipatorische Konzepte aus ihren frühen Phasen verlassen. Den Regierungen wurde mit viel Geld und damit verbundenen "fringe benefits" Programme wie GOBI FFF oder EPI angedient, deren Eigenkosten der Empfänger natürlich zu Lasten des allgemeinen Gesundheitsbudgets gingen. Ansätze von Primary Health Care wurden durch diesen widersprüchlich als Selective Primary Health Care bezeichneten Ansatz erstickt.

Hinzu kam der Niedergang der wirtschaftlichen Situation zahlreicher Länder, vor allem der Niedriglohnländer Afrikas, gekoppelt mit Naturkatastrophen, Bürgerkriegen und Verfall der Staatsmacht und der öffentlichen Verwaltung, so daß die gesundheitsrelevanten Entwicklungs- und Wirtschaftsindikatoren immer schlechter wurden. Das Diktat des IWF zur Konsolidierung der Staatsfinanzen tat ein übriges, so daß alles in allem in vielen Ländern heute nur halb so viel Mittel im Gesundheitsetat pro Kopf der Bevölkerung zur Verfügung stehen wie vor 10 Jahren, insbesondere wenn man das Bevölkerungswachstum mit berücksichtigt.

Aus der Tatsache, daß das öffentliche Gesundheitswesen bisher voll aus dem Staatshaushalt finanziert wurde, ohne daß hierfür ausreichend Einnahmequellen vorhanden waren, resultieren gravierende Finanzierungsprobleme. Die relativen Anteile der Gesundheitsausgaben am Staatshaushalt nahmen – insbesondere im Zuge der Verschuldungskrise – kontinuierlich ab. Die Empfehlungen der IWF zur "wirtschaftlichen Anpassung" resultieren in den meisten Entwicklungsländern in einer drastischen Kürzung des Gesundheits-, Sozial- und Bildungsbudgets, während kaum jemand von einer Kürzung des Militärhaushalts spricht.

Immer weniger Staaten sehen sich in der Lage, das Prinzip der kostenlosen Krankenbehandlung und Medikamentenversorgung aufrechtzuerhalten. Der absolute Mangel an finanziellen Ressourcen führte bereits Anfang der 80er Jahre dazu, daß in einzelnen Ländern mit einer Kostenabwälzung auf den individuellen Patienten begonnen wurde (cost recovery). Vorbedingung hierzu ist allerdings vorhandene Kaufkraft und verfügbares Bareinkommen. Welche und wieviele Patienten sind jedoch in der Lage, im Krankheitsfalle zu bezahlen? Und wenn ja, für welche Art von Maßnahmen?

Eine Finanzierungsbeteiligung der Nutzer von Gesundheitsprogrammen – der auf verschiedene Art und Weise erreicht werden kann – ist sicherlich (nur) ein Weg zur Sanierung der Gesundheitssysteme in Ländern der Dritten Welt. Er spielt generell in der öffentli-

chen entwicklungspolitischen Debatte unter dem Stichwort "Privatisierung" häufig eine Rolle. So widmet sich auch die aktuelle Stellungnahme des Wissenschaftlichen Beirats beim BMZ (August 1991) dieser Thematik.

Neue Konzepte sind gefragt

Neue Konzepte der Entwicklungszusammenarbeit sind gefragt, die das schon häufig beschworene Bild der einen Welt anstelle einer Drei- oder Vierteilung aufgreifen müssen; die im wohlverstandenen Eigeninteresse nationale und internationale Interessen, Außen- und Außenwirtschaftspolitik, Ordnungspolitik, Sicherheitspolitik und Entwicklungspolitik, Umwelt und Ressourcenpolitik sowie Bevölkerungs- und Gesundheitspolitik zusammenführen müssen.

Das Konzept des Brundtland-Berichts (1987) über Umwelt und Entwicklung wurde in einem sehr provozierenden Editorial in Lancet am 15. September 1990 von Maurice King um eine bevölkerungs- und gesundheitspolitische Komponente erweitert, die sicher diskussionswürdig ist.

Die WHO sprach in ihrem Gesundheitsbericht 1989 von der "Population Trap", der Bevölkerungsfalle, in der sich einige Länder, vor allem in Afrika befinden, in denen die ökologische Tragfähigkeit des Bodens unter gegebenen Produktionsbedingungen überschritten ist und das Bevölkerungswachstum zu einer ökologischen Katastrophe führen muß.

Natürlich kann dieses Problem nicht unabhängig von der Tatsache diskutiert werden, daß 1/5 der Menschheit 3/5 der natürlichen Ressourcen konsumiert. Dies hat auch Maurice King getan. Die Frage, die King aber sehr provozierend stellt, ist aber doch die nach der Sinnhaftigkeit vertikaler Krankheitsbekämpfungsprogramme, die isoliert die Mortalität senken, ohne begleitende Entwicklung, die das weitere Überleben garantiert.

Die alte, von Ökonomen immer wieder gestellte Frage taucht auf, welchen Anteil hat die Medizin an der rapiden Bevölkerungszunahme gerade in Gebieten größter Armut. Wenn "Entwicklung" einseitig, vorrangig und politisch vorzeigbar im Bereich Krankheitsverhütung stattfindet, und nicht gleichzeitig oder sogar vorausschauend die ökonomischen, politischen und sozialen Überlebenschancen verbessert werden, kann dies nicht der Gesundheitspolitik zum Vorwurf gemacht werden oder spricht das vielmehr nicht für ein Versagen der nationalen, internationalen und bilateralen Entwicklungspolitik.

Dies war letztlich ja auch der Gedanke, der hinter dem PHC-Konzept stand, das sich dann in frustrierenden Bemühungen in Dezentralisation und Verschiebung der Verantwortung der Gesundheitsdienste auf die Dorfgesundheitsshelfer erschöpfte.

Der Fehler lag vielleicht auch darin, daß PHC weitgehend wieder einmal von der Medizin usurpiert wurde, anstatt daß es zu einem gesamt- und entwicklungspolitischen Konzept wurde. Die 80er Jahre werden von der Weltbank daher selbstkritisch als entwicklungspolitisch verlorene Jahre bezeichnet.

Die Unmöglichkeit vieler Länder, unter diesen sich rapide verschlechternden Bedingungen ihrer Bevölkerung ein Mehr an Gesundheit zu ermöglichen, wurde von vielen, vor allem von den Vertretern der konservativen Medizin und der programmatisch vertikalen Richtung als Beweis für das schon zu Beginn der 80er Jahre vorausgesagte Scheitern des Primary Health Care Konzepts gewertet.

Dagegen muß gehalten werden, daß gerade die vergangenen 10 Jahre gezeigt haben, wie sehr Gesundheit von den wirtschaftlichen, sozialen und politischen Rahmenbedingungen abhängig ist und wie richtig die Grundannahmen sind, die zum Primary Health Care Konzept – diesem gesundheitsorientierten entwicklungspolitischen Konzept – geführt haben.

Die Weltbank sieht im Entwurf aus dem Jahre 1990 für eine Studie zur Gesundheitspolitik speziell für Afrika eine dringende Notwendigkeit, die PHC-Konzeption verstärkt aufzugreifen. Individuen, Familien und die Bevölkerung als Ganzes sollen endlich in die Lage versetzt werden, die Verantwortung in die eigene Hand zu nehmen, da sich gezeigt hat, daß die zentralen Regierungen und die Ministerien selbst hierzu nicht ausreichend in der Lage sind. Dies bedeutet letztlich das Eingeständnis des Versagens der Regierungen gegenüber ihrer Bevölkerungen.

Kritisiert wurden auch die internationalen und bilateralen Geberorganisationen, die vielfach mit ihren krankheitsorientierten vertikalen Ansätzen und kostenintensiven Programmen nicht nur die Gesundheitspolitik der Länder geschwächt und ignoriert, sondern auch die aufkeimenden Eigeninitiativen auf lokaler Ebene unterdrückt haben.

Aber auch das PHC-Konzept bedarf einer kritischen Überprüfung

Die eingangs in Erinnerung gerufenen Grundvoraussetzungen zum Wirksamwerden von PHC sind in kaum einem Land verwirklicht worden. PHC blieb im gesundheitspolitischen Bereich stecken, der sich selbst meist vorwiegend in Krankenversorgung erschöpft. Eine höhere entwicklungs- und bevölkerungspolitische Ansiedlung dieses Konzepts unterblieb. Nicht von den Gesundheitsdiensten erreichte Bevölkerungs- und Altersgruppen können nicht angespro-

chen werden. Dies wirkt sich besonders ungünstig im Bereich von Sexualverhalten, STD-Kontrolle und Familienplanung aus.

Die zunehmend deutlich werdende Notwendigkeit von Strukturreformen in nationalen Gesundheitssystemen wurde 1987 in Harare durch die internationale Propagierung des District Health System Konzepts in Angriff genommen, das die Fehlentwicklungen bei der Umsetzung des PHC-Ansatzes in den ersten 10 Jahren seit Alma Ata überwinden könnte. Als prioritäre Bereiche, in welchen eine Reorganisation der Distriktgesundheitssysteme erforderlich ist, wurden benannt: Organisation, Planung und Management; Finanzierung und Ressourcenverwendung; Intersektorale Aktion; Gemeindebeteiligung sowie Personalentwicklung (WHO 1988).

Die PHC-Prinzipien der Verteilungsgerechtigkeit und Partizipation der Betroffenen wurden in den meisten Staaten nur zögerlich in Angriff genommen. Ein wesentlicher Aspekt bei einer notwendigen Neuorientierung nicht nur der medizinischen Entwicklungshilfe ist aber die aktive Mitarbeit/Beteiligung (Partizipation) der Bevölkerung, ist die Förderung wie Stärkung von Eigeninitiative und Selbsthilfe auf lokalem wie nationalem Niveau.

Selbstbesinnung, Selbstverantwortung, Selbsthilfe - Grundprinzipien des PHC-Konzeptes - sind heute politisch vermehrt und unmittelbarer gefragt denn je zuvor. Dies mag eine Renaissance des Konzepts von Primary Health Care im ursprünglichen Sinn zur Folge haben.

Einige grundsätzliche Worte zur externen Hilfe

Notwendig ist grundsätzlich nicht nur eine nationale, sondern auch eine internationale Bereitschaft zur weltweiten wirtschaftlichen wie sozialen Umstrukturierung, da die wirtschaftlichen, sozialen und politischen Rahmenbedingungen primär über das Gesundheitsniveau der Bevölkerung entscheiden. Auch der Wissenschaftliche Beirat beim BMZ deutet dies in seiner aktuellen Stellungnahme zu "Neuen Inhalten und Trägern der Entwicklungszusammenarbeit mit Niedrigeinkommensländern in den 90er Jahren" (August 1991) an.

Selbst wenn in Zukunft Stellvertreterkriege ausbleiben sollten, so werden sich im Zuge der Entflechtung, Renationalisierung und im Kampf um Verteilungsgerechtigkeit zunehmend Bürgerkriege austoben, die einst gewonnene Entwicklungsfortschritte aufheben. Staatsbankrotte, Bürgerkriege, politische und ökologische Flüchtlinge, Rehabilitation der Kriegsfolgen, Hunger und Naturkatastrophen und nicht zuletzt die AIDS-Pandemie werden insbesondere in Afrika

in Zukunft Gesundheitsprobleme aufwerfen, denen gegenüber das ideologische und akademische Geplänkel um die Definition und Implementierung von PHC reichlich obsolet erscheint.

Medizinische Entwicklungshilfe und Katastrophenhilfe werden mehr als bisher ineinander übergehen und die bisherigen Dimensionen des Helfenkönnens und -wollens überschreiten. Unter diesen Aspekten eine Gesundheitshilfe-Konzeption für die letzte Dekade dieses Jahrhunderts zu entwickeln, die selbst weltpolitisch eine *black box* ist, ist schier unmöglich.

Hans Jochen Diesfeld

Der Autor ist Direktor des Instituts für Tropenhygiene und öffentliches Gesundheitswesen am Südasien-Institut der Universität Heidelberg. Der Artikel basiert auf einem Vortrag, der als Einleitung zum II. Entwicklungsmedizinischen Forum im September 1991 in Bonn gehalten wurde.

Anmerkung:

*) Zitat aus: Halfdan Mahler (Director General of the WHO), in: *World Health Organization, From Alma Ata to the year 2000: Reflections at the midpoint, Adress to the International Conference on Primary Health Care, Alma Ater Sept. 1978, WHO, Genf 1978, S. 5*

Literaturhinweise zum Thema des Heftes

Diesfeld, Hans Jochen; *Gesundheitsproblematik der Dritten Welt*, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1989

Pfleiderer, Beatrix, Bichmann, Wolfgang; *Krankheit und Kultur. Eine Einführung in die Ethnomedizin*, Dietrich Reimer Verlag, Berlin 1985

BUKO Pharma Kampagne und Health Action International (HAI) (Hrsg.), *Primary Health Care and Drugs, Proceedings of A conference held in Bielefeld Sept. 21-23, 1990*, Bielefeld 1991

Bach, Gitta, *Zwischen Staatsideologie und Islam: Malaiische Medizin in Singapore*; Medizinkulturen im Vergleich, Bd.1, Lit Verlag, Münster/Hamburg 1991

Tuschinsky, Christine; *Produktion, Handel und Konsumtion nicht-westlicher Medikamente in Südostasien: Malaiische jamu in Singapore*, Medizinkulturen im Vergleich, Bd.2, Lit Verlag Münster/Hamburg 1991

Southeast Asia Chronicle Issue No. 84, *Health Care in Southeast Asia*, Berkeley 1982

AKP

Alternative Kommunal Politik

Die grün-alternative Fachzeitschrift ALTERNATIVE KOMMUNALPOLITIK (AKP) gibt nicht nur sechs lesenswerte, reguläre Hefte pro Jahr zum Abopreis von 54.- DM heraus. Nein, wir machen auch laufend Bücher und Sonderhefte zu brandaktuellen Themen.

Als da sind:

Unser Buch „**Vom Bauhaus nach Bitterfeld**“ (128 Seiten; 18.- DM plus 2.- DM Versand). Der ganz andere Reiseführer - auch für stadtplanerisch Interessierte.

Unser Buch „**Müllverbrennung - ein Spiel mit dem Feuer**“ (128 Seiten; 15.-DM plus 2.- Versand). Die unverzichtbare Argumentationshilfe bei der Frage: Darf Abfall verbrannt werden?

Sonderheft 6: „**Planungsrecht in der DDR und der BRD**“ (12 Seiten und ein A1-Plakat, 2.50 DM plus 2.- Versand). Alles Wissenswerte über Planungsrecht, Baugesetzbuch und Raumplanung in anschaulicher Form.

Sonderheft 7: „**Haushaltspolitik in der Kommune**“ (68 Seiten, 8.- DM plus 2.- Versand). Nicht nur für Anfänger, die verständliche Einführung in Haushaltssystematik und Gemeindefinanzen.

Sonderheft 8: „**Grundlagen kommunaler Umweltpolitik**“ (68 Seiten, voraussichtlich 9.- DM plus 2.- Versand). Unser erstes Sonderheft aus der neuen Serie „**Best of AKP**“; es handelt sich hierbei um Nachdrucke der besten Grundlagenartikel aus AKP-Heften.

Sonderheft 9: „**Restmülldeponien**“ (68 Seiten, 10.- DM plus 2.- Versand). Behandelt alle wichtigen Fragen von der Standortauswahl, der Planung bis hin zu technischen Konzepten der Restmülldeponie.

AKP-Sonderdruck: „**Kommunalpolitischer Kongress - Nachbereitungsreader**“ (52 Seiten; 5.- DM plus 2.- Versand). Enthält die Redebeiträge und Referate zum 1. bundesweiten kommunalpolitischen Kongress von GRÜNEN/ BÜNDNIS 90 in Leipzig 1992.

* * *

Gesamtkatalog und kostenloses Probeheft der regulären AKP-Ausgabe können angefordert werden bei:

Redaktion und Vertrieb:

ALTERNATIVE KOMMUNALPOLITIK
Herforder Str. 92 4800 Bielefeld 1
Tel. 05 21 / 17 75 17 Fax. 05 21 / 17 75 68

Fachzeitschrift für grüne und
alternative Kommunalpolitik