



Diplomarbeit

Titel der Diplomarbeit

**Die medizinische Versorgung in Prizren und Umgebung von
1960-1990.**

Verfasser:

Mag. Selver Islamaj

angestrebter akademischer Grad

Magister der Philosophie (Mag.phil.)

Wien, 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt: A 312

Studienrichtung lt. Studienblatt: Geschichte

Betreuer: Univ. Doz. Dr. Oliver Jens Schmitt

Inhaltsverzeichnis

I. Einleitung	8
II. Fragestellung.....	10
III. Methodik.....	11
1. Medizin und die Gesellschaft.....	12
1.1. Die Rolle der Medizin in der Gesellschaft	12
1.1.1. Was verstehen wir unter Gesundheit?	15
1.1.1.1. Das biomedizinische Gesundheitsmodell	17
1.2. Sozialmedizin	18
1.2.1. Vom Kollektiv zum Individuum.....	20
1.2.2. Gesundheitsschutz und Maßnahmen.....	24
2. Die medizinische Versorgung in sozialistischen Gesellschaften	26
2.1. Modelle der Sozial- und Krankenversicherung.....	28
2.2. Jugoslawien und die sozialmedizinische Versorgung.....	35
2.2.1 Die Entwicklung der medizinischen Versorgung im jugoslawischen Territorium bis 1941	37
2.2.1.1. Die Jahre der Zwischenkriegszeit und die Reformen	39
2.2.1.2. Ausbau des Gesundheitsversorgung.....	43
2.2.1.3. Gesundheitsverständnis der jugoslawischen Bevölkerung.....	46
2.2.1.3.1. Tuberkulose in der Zwischenkriegszeit.....	48
2.2.2. Die Entwicklung der medizinischen Versorgung in Jugoslawien nach 1945	50
2.2.2.1. Vom Zweiten Weltkrieg bis in die 1980er	50
2.2.2.2. Dezentralisierung und Selbstverwaltung	54
2.2.2.3. Die Dezentralisierung im Gesundheitssystem.....	60
2.2.2.3.1. Finanzierung des Gesundheitssystems	62
3. Kosovo und die Entwicklung der medizinischen Versorgung bis 1990.....	65
3.1. Kurze Geschichte zur medizinischen Entwicklung im Großraum Prizren	70
3.2. Änderung des Bewusstseins über medizinische Versorgung von 1960 bis 1990.....	74
3.2.1. Möglichkeit eines Arztbesuches im Wandel der Zeit.....	75
3.2.2. Gesellschaftliche Hürden.....	79
3.2.3. Geburten.....	82

3.2.3.1. Von Heimgeburts zur Krankenhausgeburts als Wandel des Bewusstseins und Vertrauens.	86
3.2.4. Möglichkeiten und Kapazitäten der medizinischen Versorgung.....	87
3.2.5. Medizinische Ausbildung im Kosovo.....	91
3.2.6. Ausbildungsmöglichkeiten und Hürden	94
3.3. Hygiene	98
3.3.1. Rolle von Hygiene für die Gesundheit.....	98
3.3.2. Hygiene im Verständnis der kosovarischen Bevölkerung.....	99
3.3.2.1. Hygienische Verhältnisse im Kosovo (vor allem am Land)	100
3.4. Medizinische Aufklärung als Faktor für Vorbeugung vom Krankheiten.....	106
3.5. Impfungen	109
3.5.1. Impfungsgeschichte und Entwicklung im Kosovo.....	109
3.5.2. Impfungen zur Bekämpfung von Krankheiten und Epidemien	111
3.5.2.1. Tuberkulose	113
3.5.2.2. Malaria.....	115
3.5.2.3. Variola Vera - Pockenausbruch im Jahre 1972.....	117
V. Resümee	119
X. Literaturliste	123
X.I. Artikel aus Shëndeti und Rilindja	131
X.II. Onlineartikel.....	137
XI. Anhang.....	141
XI.I. Interviews mit Ärzten.....	141
XI.I.i. Dr. Saljadin Jagxhiu.....	141
XI.I.ii. Dr. Xhemil Bytyçi.....	146
XI.I.iii. Dr. Sherip Besimin.....	150
XI.I.iv. Dr. Idajet Lutfiu.....	154
XI.II. Interview mit der Bevölkerung	156

Danksagung

Ich möchte mich in erster Linie bei meinen Eltern Zyre Islamaj und Ridvan Islamaj und meinen Brüdern Lulver Islamaj und Betim Islamaj bedanken, die die Mühe und Geduld aufgebracht haben mich bis zum letzten Moment meines Studiums zu unterstützen.

Ein besonderer Dank gilt meinem Betreuer Dr. Oliver Jens Schmitt der mich bei diesem komplizierten Thema unterstützt hat und mir wichtige Hinweise gab dieses Thema zu kanalisieren.

Weiteres möchte ich mich für die Interviews bei allen Experten bedanken, die sich die Zeit genommen haben mir wichtige Informationen über dieses Thema zu liefern. (Interviews Dr. Salajdin Jagxhiu, Dr. Idajet Lutfiu, Dr. Xhemil Bytyçi und Dr. Sherip Besimi; und allen die aus der Bevölkerung Zeit gefunden haben sich interviewen zu lassen.

Bedanken möchte ich mich bei allen anderen, die mir geholfen haben dieses Thema möglich zu machen, die ich in einer Liste anführen werde.

- Gojka Đaković und Robert Fieber (Korrekturlesen der Arbeit)
- Halit Jashari (Korrekturlesen und Auswerten einiger albanischer Interviews)

I. Einleitung

In dieser Arbeit möchte ich die medizinische Versorgung im Großraum Prizren zwischen 1960 und 1990, sowie dessen Entwicklung erfassen. Dabei ist es wichtig die Umstände und Infrastruktur zu berücksichtigen, sowie die Versorgungskapazitäten, die der damaligen Bevölkerung zur Verfügung gestanden sind. Durch das Fehlen ausführlicher Literatur, mit der Ausnahme von wenigen Werken, die über Prizren bzw. bestimmten Ärzten publiziert wurden, stehen mir Statistiken des Kosovo zur Verfügung.

Leider war der Leiter der Krankenhausverwaltung, Qazim Gashi, nicht gewillt mir bei der Recherche etwas unter die Arme zu greifen, sondern meinte, dass keine Materialien zur Verfügung stünden und nach mehrmaligem Aufsuchen der Verwaltungsräumlichkeiten, wurde mir gesagt und auch in den Interviews bestätigt, dass rund 6 Traktoren an Materialien von einem deutschen Arzt und einer gewissen Schwester Andersson, die als internationale Ärzte nach 1999 aktiv waren, verbrannt worden sind, aber die Jahrbücher noch auffindbar wären, die gegen eine bestimmte Gegenleistung zur Verfügung stehen würden. Auch die Liste der dienenden Ärzte zwischen 1960 und 1990 wurde mir nicht zur Verfügung gestellt, obwohl ich diese in den Händen hielt, aber nicht kopieren durfte, da es hieß, es seien sensible Daten die nicht ausgehändigt werden können. Jedoch gibt es in den Publikationen einige wichtige Hinweise auf die Anzahl der Ärzteschaft und so kann ich die prozentuellen Anteile auf das ganze Kosovo eingrenzen und die Kapazitäten von Prizren erfassen. Daher musste ich auf Interviews ausweichen, die ich mit Ärzten aus dieser Zeit geführt habe und auch der Zivilbevölkerung die in diesen Jahren aufgewachsen sind bzw. im Laufe dieser Zeit ihre Kinder aufgezogen haben. Aus diesen Interviews gingen viele lehrreiche Informationen hervor, die mir einen tiefen Einblick in die Materie ermöglichten, sodass ich im Laufe der Arbeit wichtige Entwicklungsphasen

erfassen kann um aufzuzeigen, wie schwer es war das Kosovo als Ganzes zu entwickeln. Bestimmte Darstellungen, die in erster Linie glänzend erschienen, zeigten sich im Lauf der Recherchen als Halbwahrheiten, die noch in den Köpfen der Menschen als vorbildhaft verankert sind, was aus der Ausgangssituation verständlich erscheint.

Die Entwicklung der medizinischen Versorgung in der SFR Jugoslawien, war auf den ersten Blick sehr fortschrittlich und bot auch viele Entwicklungsmöglichkeiten, die davor im Kosovo selbst kaum möglich waren. Doch auch dies hatte einige Tücken und Lücken, die das Leben der einfachen Menschen erschwerte, wenn wir den Interviewten Glauben schenken dürfen, vor allem in Kombination mit den Statistiken.

Die Arbeit soll aufzeigen welche Problematik sich im Kosovo in der medizinischen Versorgung ergaben, als die Zahl der Bevölkerung durch die verbesserten Umstände einen rasanten Anstieg erfuhr und innerhalb von 20 Jahren die Bevölkerung um rund 60% gestiegen war. Obwohl die Versicherung nur 3 Kinder abgedeckte, wie dies von den Interviewten behauptet wurde, schien dies kein großes Hindernis für den Wachstum der Bevölkerung gewesen zu sein.

Zudem wurden noch Zeitschriften und Zeitungen aus dieser Zeit herangezogen, die sich mit Statistiken, Interviews und der gängigen vorhandenen Literatur ergänzen. Diese dienten weitgehend als Anhaltspunkte um bestimmte Merkmale in der Entwicklung der medizinischen Versorgung zu erfassen. Die Rolle der Printmedien war jedoch begrenzt, wenn wir uns die Analphabetenraten, die später auch genauer wiedergegeben werden wird, veranschaulichen und wir daher die Reichweite dieser Medien als Begrenzt einstufen müssen.

II. Fragestellung

All diese Herausforderungen scheinen Jugoslawien etwas überfordert zu haben, da nicht nur das Kosovo eine Region war, die entwickelt gehörte, sondern große Teile Südserbiens, Mazedoniens, Montenegros und auch Slawoniens. Daher sollten wir uns auf die primären Entwicklungen in erster Linie konzentrieren, wie die Bekämpfung von Epidemien und ansteckenden Krankheiten. Wie wurden diese durchgeführt und welche Vorbilder und Erfahrungen waren hierfür dienlich?

Wie war die Versorgung in Jugoslawien auf die Regionen bezogen, wo viele Regionen erst entwickelt werden mussten? Welche Rolle spielte die Mentalität und Tradition bei der Entwicklung der Medizin im Kosovo? Hatte die Geburtenrate einen Einfluss auf die medizinische und soziale Entwicklung des Landes?

Konnte Prizren seine Kapazitäten mobilisieren und die Bevölkerung flächendeckend versorgen? Wie waren die hygienischen Verhältnisse im Land und der Wissensstand über Krankheiten? Welche Unterschiede zwischen Stadt und Land können wir feststellen, sei es beim Zugang zur medizinischen Versorgung als auch der Aufklärungsrate? Verfügt alle über eine Versicherung und was wurde durch diese abgedeckt?

Dieses Kompendium an Fragen kann unter dem Strich auch anders gestellt werden. Welche Entwicklung machte die medizinische Versorgung vom Großraum Prizren durch und welchen Herausforderungen musste sie sich stellen?

III. Methodik

Hier wird eine Analyse innerhalb Jugoslawiens unternommen, wobei ich die Entwicklung der Zwischenkriegszeit in Kroatien und Serbien zuerst veranschaulichen werde, um einen Vergleich mit der Entwicklung im Kosovo nach dem Zweiten Weltkrieg machen zu können. Auch die Entwicklung des Gesundheitswesens in innerhalb Jugoslawiens wird überblicksmäßig wiedergegeben werden.

Die empirische qualitative Forschung war mir dahingehend wichtig, da diese aufschlussreicher und informativer ist und die nötigen Details preisgibt, um in der Arbeit bestimmte Bereiche in der Entwicklung besser verstehen zu können. Jedoch wird auch ein gewisser Grad an Subjektivität durch die Interviewten in die Untersuchungen hineingetragen. Es wurden einerseits Aufnahmen von Interviews verwendet, die mit Ärzten durchgeführt wurden und andererseits ausgefüllte Fragebögen der Zivilbevölkerung, bei der es sich hauptsächlich um Personen handelt, die in der Zwischenkriegszeit auf die Welt gekommen sind und die Veränderungen genau schildern können. Hier war es wichtig aus unterschiedlichen Regionen Personen heranzuziehen, um so die nahe Umgebung von Prizren und den Nachbargemeinden etwas besser zu erfassen. Um die Aussagen der Interviewten überprüfen und verifizieren zu können, werden Zeitungsartikel und Zeitschriften aus diesem Untersuchungszeitraum herangezogen. In den Interviews ist es zudem wichtig die geschlechterspezifischen Sichtweisen hervorzuheben, die uns wesentliche Einblicke nicht nur in die Mentalität, sondern auch in die zeitgenössische Problematik geben können. Leider sind bei dem Versuch die weibliche Bevölkerung zu interviewen viele Probleme aufgetreten, da diese sich nicht gerne für ein Interview bereitstellen wollten. So blieb mir nichts anderes übrig, als die Interviews im Verwandtenkreis durchzuführen, da all meine Versuche Frauen über 60 in den

Ortschaften zu interviewen, leider gescheitert waren. Zum Einen meinten viele der befragten Personen, dass sie ohnehin nichts wissen würden und mir nicht helfen können, und andere waren nicht bereit ihre Erfahrungen zu teilen. Dies liegt teilweise an der Mentalität, aber auch der Verslossenheit der älteren Bevölkerung gegenüber allen Fragen, die an sie gerichtet werden.

1. Medizin und die Gesellschaft

„Die medizinische Tätigkeit ist so alt wie die Menschheit. Sie ergibt sich aus dem objektiven Bedürfnis der Menschen, ihre körperliche Existenz zu erhalten und sich zu reproduzieren. Die Gesellschaft ist in ihren Aktivitäten zum Schutze der Gesundheit ihrer Mitglieder und im Kampf gegen Erkrankungen und gegen vorzeitigen Tod – wie auch in jeder materiellen, gegenständlich-praktischen Tätigkeit – um so erfolgreicher, je besser deren geistige Komponente entwickelt ist. Mit anderen Worten gesagt: Die Tätigkeit des Menschen setzt in jeder Etappe das Wissen voraus. Die Denkarbeit ist von Anfang an mit der sozialen Praxis verflochten.“¹

1.1. Die Rolle der Medizin in der Gesellschaft

„Die Tatsache, dass die Medizin als integrale Erscheinung der menschlichen Kultur betrachtet wird, weist auf ihre unleugbare Selbständigkeit hin, die vor allem durch die Besonderheit der medizinischen Tätigkeit als eines Teils gesellschaftlicher Praktiken bedingt ist. Die geistige Komponente der medizinischen Tätigkeit ist ihrer Natur nach rational. Unter diesem Aspekt betrachtet, ist die Medizin zweifellos eine Wissenschaft und setzt als eine solche die Theorie voraus.“²

¹ Zitat aus O.P. Scepina, Medizin im Sozialismus. Theoretische Positionen und gesellschaftliche Grundlagen in der UdSSR. In Medizin und Gesellschaft, Nr. 30. Hsg. Günter Baust. (Veb Verlag Volk und Gesundheit. Berlin 1987), S 12.

² Zitat aus Scepina, S 33.

Die Medizin spielt seit je her eine wichtige Rolle für die Entwicklung einer Gesellschaft.³ Nicht selten wurde die Medizin im Laufe der Geschichte stark politisiert und erfuhr so ihre Höhen und Tiefen. Jedoch ist die Frage bis heute nicht eindeutig geklärt worden, wie die Medizin zu sehen ist. Es ist aber klar, dass wir bei der Medizin von einer Wissenschaft⁴ sprechen die wir nicht grundlos kritisieren oder anzweifeln können, im Bezug auf ihre Fähigkeit das Wesen der untersuchten Erscheinung zu erkennen. Für die Bestätigung der medizinischen Fähigkeiten sprechen die erfolgreichen Kämpfe gegen unterschiedliche Krankheiten.⁵ Daher ist die Medizin immer ein tragender Faktor für die Entwicklung von Gesellschaften gewesen, da sie die notwendigen Vorkehrungen und Versorgung zu einem gesunden und langem Leben ermöglicht und so den Fortbestand der Gemeinschaft dienlich sein konnte.⁶

„Die Medizin, die eine notwendige Komponente der menschlichen Tätigkeit darstellt, ist fester Bestandteil der gesamten Entwicklung der Kultur.“⁷

So ist es auch logisch und nachvollziehbar, dass jede gesellschaftliche Kultur sich um die Gunst der Medizin bemühte und die nötigen Herausforderungen stellte, die aber nicht über das Ziel des Wesentlichen hinausschossen, sondern sich im Rahmen des Machbaren befanden.⁸ Obwohl das Bestreben der Menschen es immer gewesen ist, ein langes und gesundes Leben zu führen, wenn möglich neue Erkenntnisse zu sammeln, waren sie mit dem Entwicklungsstand der Medizin ihrer Zeit zufrieden.⁹ Dies kann natürlich auch dadurch erklärt werden, dass die Medizin sich immer mehr verbesserte und auch der Wissensstand der zeitgenössischen Bevölkerung sehr niedrig gewesen ist, wobei ab dem 18. Jahrhundert sich auch der Wunsch in der Bevölkerung Europas bemerkbar machte, die medizinische Versorgung stärker zu

³ <http://www.vanderbilt.edu/mhs/> (Center for Medicine, Health and Society) (10.01.2013)

⁴ Vgl. Medizin als Wissenschaft. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. S 8. (Download unter <http://www.samw.ch/de/Projekte/Medizin-Wissenschaft.html> am 25.11.2012)

⁵ Vgl. Scepín, S. 11.

⁶ Vgl. K. Christiansen and J. W. Vaupel, Determinants of longevity: genetic, environmental and medical factors. Journal of Internal Medicine Vol. 240 1996. S 337.

⁷ Zitat aus Scepín, S. 18.

⁸ Vgl. John A. Logan, Counteracting Communism Through Foreign Assistance Programs in Public Health. American Journal of Public Health. August 1955/45. S 1020.

⁹ Zitat aus Scepín, S. 19.

entwickeln.¹⁰ Daher ist in den unterschiedlichen Epochen von den Zeitgenossen eine weitgehend sehr positive Sichtweise und Meinung zur Medizin vertreten worden.

„Der Stand der Medizin war noch nie so vollkommen, so umfassend, so entwickelt wie jetzt; doch war sie vielleicht auch niemals so ungewöhnlich, so kritisch... Wer kann dieses Jahrhundert beschließen, ohne mit Freude und Dankbarkeit auf das zurückzublicken, was dieses Jahrhundert uns gegeben hat?“¹¹

Die Medizin ist aber auch oft kritisch betrachtet worden und musste sich auch dem Wunsch der jeweiligen Bedürfnisse anpassen, was auch dazu führte, dass die Kultur einen großen Einfluss auf die Medizin ausübte. Wir können sagen, dass die Kultur auf die Medizin stark einwirkte, da die Kultur in ihrem aktuellen Stand ein bestimmtes Entwicklungsprogramm und gleichzeitig damit verbundene Forderungen an die Medizin stellte.¹²

Entsprach die Entwicklung der Medizin der allgemeinen Stufe der Produktivkräfte der Gesellschaft oder hat sie diese überflügelt, dann stand die Medizin in hohem Ansehen. So verhielt es sich im alten Griechenland oder dem Europa des 19. Jahrhunderts. Befand sich die Medizin jedoch gegenüber der Praxis und dem Erkenntnisstand im Rückstand, dann verlor sie an sozialem Prestige. So befand sich die Medizin in Frankreich des 17./18. Jahrhunderts, die durch stürmische und revolutionäre Veränderungen geprägt wurde, unter starkem Druck, da sie sich auf dem Stand der Methodik als auch in den Augen der breiten Öffentlichkeit auf dem Niveau des Mittelalters befand und daher stark kritisiert wurde.¹³

Eine Intensivierung der medizinischen Entwicklung im Allgemeinen war von großer Bedeutung, da sich auch die Bedürfnisse der Menschen änderten. Es ist ersichtlich, dass die Berufssparte der Medizin an Bedeutung gewinnt und auch selbst eine wichtige Rolle in der Gesellschaft einnimmt.

¹⁰ Vgl. Iris Ritzmann, Vom gemessenen zum angemessenen Körper – Human Enhancement als historischer Prozess. In: Medizin für Gesunde? Analysen und Empfehlungen zum Umgang mit Human Enhancement. Bericht der Arbeitsgruppe «Human Enhancement» im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz. (Bern, 2012), S 28.

¹¹ Zitat aus Scepín, S. 19.

¹² Vgl. Scepín, S 20.

¹³ Vgl. Scepín, S 20.

„It would seem that the basis for medicine's social role must be found in the root purpose of the medical profession itself.“¹⁴

Die Medizin sollte nicht nur eine Nebenrolle bei der Heilung spielen, sondern zu einem wichtigen Faktor bei der „Korrektur der normalen und pathologischen Lebensfunktion, d.h. der aktive Eingriff in den Ablauf natürlicher Prozesse sowie der Verbesserung des Verlaufs dieser Prozesse,“¹⁵ werden.

„This objective implies that medicine is fundamentally concerned with the health and welfare of the human individual, that it has a basic commitment to progress, and that its social role and professional performance must be based upon its special competence in the very broad field of human biology.“¹⁶

Die theoretische Medizin, die im 19. Jahrhundert entwickelt wurde, spielt hierfür eine wichtige Rolle, da die Medizin im Hinblick auf die praktische Beherrschung ihres Gegenstandes auf die dritte Stufe, nämlich der Regulierung des Lebensprozesses, gehoben wurde.¹⁷

Somit ist die gesamte Entwicklungsbahn der Medizin vom Grad der praktischen Beherrschung des Gegenstandes bestimmt.

1.1.1. Was verstehen wir unter Gesundheit?

Die Gesundheit erscheint oft wie ein Rätsel. Sie ist schwer zu definieren, auch wenn wir sie im Alltag leicht erkennen. So begrüßen wir einen Freund oder Verwandten mit dem Gruß „Du siehst gut aus“, wenn dieser entspannt, glücklich und beschwingt wirkt.¹⁸ Jede Reflexion über den Begriff offenbart jedoch sofort seine Komplexität. Der Begriff bzw. die Idee der Gesundheit¹⁹ kann eine breite und schmale

¹⁴ Zitat aus Malcolm S.M. Watts, *Medicine in Society. Part III. A Role for Medicine in Modern Society.* California Medicine, February 1965, Nr. 102/2. S 134.

¹⁵ Zitat aus Scepín, S 21.

¹⁶ Zitat aus Watts, Part III. S 134.

¹⁷ Vgl. Scepín, S 21.

¹⁸ Vgl. Was ist Gesundheit?. Artikel online unter <http://gesundheitweinputnull.wordpress.com/2011/03/30/was-ist-gesundheit/> (11.01.2013)

¹⁹ „Das Wort ‚gesund‘ kommt in unseren Breitengraden aus dem Germanischen: der Begriff ‚sunna‘ bedeutete stark, kräftig.“ Aus „Was ist Gesundheit?“

Anwendung finden und kann sowohl negativ als auch positiv definiert werden. Wir können bei guter Gesundheit und in einem schlechten Gesundheitszustand sein. Zudem ist die Gesundheit nicht nur eine Funktion unseres täglichen Lebens, sondern wird auch stark politisiert.²⁰

Die Gesundheit ist ein Ausdruck, der in sich zwei Komponenten trägt, die des Gesunden und des Kranken. Keine der Komponenten der Gesundheit ist deutlich erklärt oder definiert und in einer Art voneinander getrennt worden. Daher ist der Begriff der Gesundheit weitgehend abstrakt und erfährt eine häufige Verwendung, jedoch ohne eine präzise Eingrenzung. Auf der anderen Seite ist die Komponente der Krankheit, ein Zustand des Organismus, welcher über bestimmte Umstände im Organismus spricht, der sich von der normalen Funktion des betreffenden Organs oder des gesamten Organismus unterscheidet. So bleibt die Definition der Gesundheit weiterhin für die Sozialmedizin offen, obwohl die Versuche einer Definition weit in die Geschichte zurück reichen.

Im Lauf der Geschichte wurde der Versuch mehrmals unternommen eine einheitliche Definition von Gesundheit festzulegen, welche durch die WHO im Jahre 1946 festgeschrieben wurde, wonach die Gesundheit *„ein Zustand des vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Beschwerden und Krankheit“*²¹ ist. Diese Definition umfasst nicht nur die eigene körperliche und geistige Gesundheit, sondern auch die soziale Wohlfahrt, die für die Erhaltung und Verbesserung des Gesundheitszustandes des Organismus als sehr wichtige Komponente zu sehen ist.²²

Daher ist die soziale Krankenversicherung wichtig, da sie einen Zustand des Friedens und der Sicherheit, in denen jeder Mensch, ohne Unterscheidung, das Recht auf medizinische Versorgung hat. Somit wird dadurch ein harmonisches Leben und

²⁰ Vgl. Michael Bury, Health and illness. (Cambridge, 2005), S 1.

²¹ Vgl. Reproductive health. Artikel online unter http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ (2.11.2012), siehe auch Bury, S 2, und in „Leitgedanken: Gesundheit positiv und ganzheitlich fördern: Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO)“. Artikel online unter <http://www.gesundheit-psychologie.de/leitgedanken/Gesundheit.htm> (2.11.2012).

²² Im Jahre 1988 wurde eine weitere Definition durch das WHO versucht. *„Gesundheit als Fähigkeit des Individuums, die eigenen Gesundheitspotenziale auszuschöpfen und auf die Herausforderungen der Umwelt zu reagieren (Definition von 1988).“* <http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Gesund-Pflegen/wissen.did=179816.html> (2.11.2012)

eine gesunde Umwelt ermöglicht, die im Falle von Krankheit und Behinderung bis ins hohe Alter hinein eine Absicherung bietet.

1.1.1.1. Das biomedizinische Gesundheitsmodell

Die Gesundheit nimmt eine wichtige Rolle für jedes einzelne Individuum ein. Schon seit der Antike war das Interesse an Gesundheitsschutz im Sinne der Wahrung und Verbesserung der Gesundheit sehr groß.

„Prior to this date most medicine in western countries was committed to observation and the exhaustive classification of symptoms.“²³

In dieser Periode wird die Gesundheit als Ausdruck der Balance zwischen dem Individuum und seiner Umgebung verstanden.²⁴ Und so lange der Mensch eine stabile Situation halten kann, wird er auch gesund bleiben und daher wird die Rolle des Arztes als Instrument gesehen, der die Balance zwischen Individuum und Umgebung wiederherstellt.

Im Laufe der Zeit und der weiteren Entwicklung der Gesellschaft haben wir das Auftreten neuer Modelle vom Gesundheitsverständnis, wie das des biomedizinischen Modells,²⁵ welches durch Descartes im späten 18. Jahrhundert geprägt wurde,²⁶ indem der menschliche Körper als Maschine²⁷ dargestellt wird und die Gesundheit als eine funktionstreibende Kraft dieser Maschine.

Descartes beschreibt in seinem biomedizinischen Modell, den Dualismus zwischen dem Körper und der Seele, bei der eine biophysikalische Störung als Basis einer

²³ Zitat aus Bury, S 2.

²⁴ Vgl. Klaus Hurrelmann, Oliver Razum und Ulrich Laaser, Handbuch Gesundheitswissenschaften. (Weinheim und München, 2006⁴), S 783.

²⁵ Vgl. Evaluation of the Strategy for Health for all by the year 2000. Seventh Report on the World Health Situation. Volume 5. European Region. World Health Office for Europe. (Copenhagen. 1986), S 64.

²⁶ Vgl. Michael Hagner, Aufklärung über das Menschenhirn. Neue Wege der Neuroanatomie im späten 18. Jahrhundert. In: Hans-Jürgen Schings, Der ganze Mensch. Anthropologie und Literatur im 18. Jahrhundert. DFG-Symposium 1992. (Metzler, Stuttgart und Weimar, 1992), S 146.

²⁷ Vgl. Der Körper als Maschine. Artikel online unter <http://www.textlog.de/35548.html> (15.11.2012)

Krankheit definiert wird. Daher muss die Störung korrigiert werden, damit die Krankheit auch geheilt wird.²⁸

Diese Art des Denkens hat sich bis heute bei den Medizinerinnen erhalten und prägt so den weiteren Verlauf der Medizin. Jedem Arzt wird nahegelegt, dass die Patienten von ihnen als Ganzes betrachtet werden sollen, wobei wir aber nicht vergessen dürfen, dass einer Krankheit, eine schlecht funktionierende Zelle zugrunde liegt.²⁹

Nachdem dieses Modell im Laufe des letzten Jahrhunderts ausgebaut wurde, war es wichtig dieses hier zu erwähnen, da es für diese Arbeit relevant ist, weil es nun auch als sozial-medizinisches Modell bekannt ist. Weil wir häufige Zusammenhänge zwischen dem Ernährungsverhalten, der Hygiene, dem Wohnort, etc. erkennen können, die wir heute als Ursachen für Krankheiten sehen, ist es relevant die kulturellen und sozioökonomischen Faktoren einzubeziehen.

„In such an approach, morbidity refers to measures of illness, and disability to measures of activity restriction and functional limitation, together with measures of quality of life. The important point to grasp at this stage is that the medical model contains a number of different strands of thought about human health, and different approaches to its study.“³⁰

Wir können hier aber keine eindeutige Erfassung der Erkrankungsprozesse und der vielen Ursachen und Aspekte gewährleisten. Daher ist dieses Modell eher eine Stütze in der Erkenntnis der existenziellen und gesellschaftlichen Faktoren der Entstehung von Krankheiten und des Prozesses bzw. der Beeinträchtigung der Rehabilitation.

1.2. Sozialmedizin

*“Medicine is a social science,
and politics nothing but
medicine on a grand scale.”
(monthlyreview.org)*

²⁸ Vgl. Alternative Paradigms for Nursing Practice. Artikel online unter http://www.unc.edu/courses/2010spring/nurs/595/960/alternative_paradigms/ap_biomed-model.html (2.11.2012)

²⁹ Vgl. Scepina, S 60.

³⁰ Zitat aus Bury, S 6.

Die Sozialmedizin ist eine wissenschaftliche Disziplin und beschäftigt sich mit der Interaktion von sozialen Bedingungen, Gesundheit und Krankheit.³¹

Hier wird das Verhältnis zwischen der sozialen und natürlichen Umwelt, sowie die Einbeziehung der Organisation des Gesundheitswesens untersucht. Dabei bedient sich die öffentliche medizinische Versorgung (Public Health) der Epidemiologie, die als Informationsquelle dient, um so eine bessere Förderung der Gesundheit zu gewährleisten. Daher nimmt die Sozialmedizin die Rolle eines Organisators ein, der die Funktion der Prävention, Früherkennung, Therapie und Nachsorge, durch Planung evaluiert und unterstützt.³²

Hier müssen wir uns vor Augen halten, dass die kurative Behandlung des Individuums nicht ausschließlich in den Vordergrund gestellt wird,³³ sondern wir uns auf weitere Aspekte fokussieren müssen, bei der die Erforschung von Ursachen der Gesundheitsstörungen,³⁴ und die damit verbundenen Entwicklungen, von Prävention zur Bewältigung von gesundheitlichen Problemen, möglich macht. Der damit zusammenhängende soziale Einfluss in der Bevölkerung ist nicht außer Acht zu lassen.

Somit können wir sagen, dass die Sozialmedizin eine gesellschaftspolitische Rolle einnimmt, da sie über die medizinischen Aspekte hinaus, auch weitere Faktoren wie das Soziale und Wirtschaftliche in ihr Wirken mit einbezieht.³⁵

Im beruflichen Alltag sind Ärzte heutzutage in der Regel auch sozialmedizinisch tätig.³⁶ In ihrem Aufgabenbereich liegt die Begutachtung und Beratung der Patienten bzw. versicherter Personen, unabhängig von ihrer Spezialisierung, sei es ein praktischer Arzt oder ein Arztin der Rehabilitierungseinrichtung. Daher ist ein profundes ärztliches Denken, Handeln und Können für die sozialmedizinischen Tätigkeiten von wichtiger Bedeutung. Zudem spielt das Wissen über den Aufbau

³¹ Vgl. Institut für Sozialmedizin an der Universität Wien. Online unter <http://www.meduniwien.ac.at/sozialmedizin/> (07.11.2012)

³² Vgl. Institut für Sozialmedizin

³³ Vgl. Sozialmedizin - Aufgaben und Ziele. Artikel online unter <http://www.afs-berlin.de/sozialmedizin.html> (09.11.2012)

³⁴ Vgl. Sozialmedizin. Artikel online unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Sozialmedizin> (10.11.2012)

³⁵ Vgl. Sozialmedizin.

³⁶ Vgl. Luthers Waschsalon, Keine ganz normale Arztpraxis. Artikel online unter <http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/824203/luthers-waschsalon-keine-ganz-normale-arztpraxis.html> (15.11.2012)

und die Funktion einer Gesellschaft und deren soziales Netz eine entscheidende Rolle. Im Rahmen des Medizinstudiums wird ein Grundwissen in der Sozialmedizin vermittelt, was aber im Laufe der Spezialisierungsperiode in den Hintergrund gerät.³⁷

Die Sozialmedizin ist wichtig für das Gesundheitswesen, sowie für die Gesellschaft, da sie durch neue Forschungsergebnisse einen großen Einfluss auf diese hat. Dabei ist es aber nicht wichtig sich in erster Linie auf das einzelne Individuum zu konzentrieren, was vor allem bei den entwickelten Gesellschaften weit verbreitet ist.

*Most developed societies have also had a long tradition of public health, focusing not on the individual but on the health of populations. Here, the diagnosis and treatment of individuals is less important than measures of health for whole groups and societies, however much these rely on medical scientific explanations of disease and illness.*³⁸

1.2.1. Vom Kollektiv zum Individuum

Das Augenmerk der Medizin richtet sich in erster Linie, seit je her, auf den individuellen Menschen, seinem Wohlbefinden und der allgemeinen Verbesserung seines Zustandes.³⁹ Daher können wir ohne weiteres von einem *raison d'être* des individuellen Menschen in der Medizin sprechen. Es ist nicht verwunderlich, dass die westliche Kultur und Medizin einen hohen Stellenwert dem individuellen Leben beimisst.⁴⁰ Es ist das gemeinsame Interesse, welches der Gesellschaft das legitime Interesse an der Medizin gibt und der Medizin das Interesse an der Gesellschaft.⁴¹ Es ist eine Symbiose die von der jeweiligen Entwicklung abhängig zu sein scheint.⁴²

³⁷ Vgl. Sozialmedizin - Aufgaben und Ziele.

³⁸ Zitat aus Bury, S 5-6.

³⁹ Vgl. Watts, Part III, S 134.

⁴⁰ Vgl. Watts, Part III, S 134.

⁴¹ "This growing interdependence among specialized human beings inescapably requires increasing co-operation and greater order in the relationships among these interdependent individuals and groups." In Malcolm S.M. Watts, *Medicine in Society. Part I. Change and Challenge*. California Medicine, December 1964, Nr. 101/6. S 408.

⁴² Vgl. Watts, Part III, S 134.

„Concern with the human individual, commitment to progress, and competence in human biology are closely interrelated. It is suggested that together they serve as a sound basis from which to derive a role for modern medicine in modern society.“⁴³

Wichtig ist, dass die Medizin in der Basis jedem Individuum bestmögliche medizinische Vorsorge garantiert, wenn dieses welche benötigen sollte. Dabei ist auch jeder Arzt verpflichtet diese Hilfe und diese medizinische Fürsorge zu gewährleisten, wenn danach verlangt wird.⁴⁴

„In medicine, the issue is found in the survival of individualized medical care directed by a physician whose first interest is his patient versus depersonalized statistically oriented mass medicine directed by the government or someone else „in the public interest“.“⁴⁵

Es ist wichtig einen Patienten als Individuum zu behandeln, und diesen nicht als Statistik zu sehen, da der persönliche Bezug zu den einzelnen Patienten diesen auch das Gefühl gibt, dass sich jemand um ihn sorgt. Wo sich jedoch das Interesse des Einzelnen mit denjenigen des Kollektives überschneiden, wird hier die kollektive bzw. Medizin der Masse unterstützt und teilweise auch vorgezogen. Dies tritt in der Regel in Situationen auf, in denen der mögliche Bedarf an medizinischer Versorgung über die Fähigkeiten hinausgeht, die Nachfrage mit Medikamenten abdecken zu können, wie im Falle von Katastrophen, Präventionen und Kontrolle von Epidemien usw., wo hier das persönliche und kollektive Interesse zusammentreffen.

„Specialization in the function of individuals, as necessary consequence of this great progress, produces greater social, economic and political interdependence within and between both medicine and society. The problems created by these changing relationships are many and as yet they are poorly understood. But they clearly affect both medicine and our culture in most fundamental fashion.“⁴⁶

Die individuelle Betreuung soll nicht nur die Aufmerksamkeit, sondern auch die Behandlung in jeder Hinsicht gewährleistet bekommen und somit können wir die

⁴³ Zitat aus Watts, Part III, S 134.

⁴⁴ Vgl. Samuel R. Sherman, The Role of Medicine in Society. A Progress Report of a Committee of the California Medical Education and Research Foundation. California Medicine, June 1964, Vol. 100/6. (San Francisco), S 478.

⁴⁵ Zitat aus Watts, Part III, S. 133.

⁴⁶ Zitat aus Watts, Part III, S. 133.

Unterstützung der individuellen Medizin durch die Ärzteschaft als logische Position sehen, die im Interesse jedes einzelnen Menschen handeln.⁴⁷ Es ist wichtig mit der technischen Innovation Schritt zu halten und die Patientenrechte zu schützen, weil wir sonst in der Medizin Gefahr laufen könnten den Menschen in gewissen Fällen mehr oder weniger ohne Würde zu behandeln.⁴⁸

„Die technischen Mittel ermöglichen einen tiefen und umfassenden Eingriff in die Würde des Menschen, die nur durch ein ausgeprägtes Bewusstsein für Patientenrechte geschützt werden kann.“⁴⁹

Die fortlaufende Beschäftigung mit dem Wohlergehen und die Gesundheit des Individuums ist die Basis für die sogenannte „freie Wahl“ des Patienten und des Arztes, die der Haltung der Medizin zugrunde liegt. Hier ist die Überzeugung verankert, dass der Arzt für den Patienten da zu sein und für ihn zu arbeiten hat und sonst niemand anderen. Dabei muss sich der Arzt der individuellen Verantwortung vom Prinzip des freien Zugangs der Medizin gerecht werden und Störung durch eine „dritte“ Partei vermeiden.

„Medicine has been surprisingly consistent in its support of what it believes best for the individual, both in its professional activities and also in the socio-economic and political positions it has taken.“⁵⁰

Durch die immer stärker werdenden Auswirkungen des Individuums auf die Gesellschaft aufgrund des Anstiegs der Gesundheit und des Wohlergehens, waren Änderungen in der traditionellen Haltung nötig.⁵¹ So ist auf der einen Seite der Mediziner bemüht sich den individuellen Bedürfnissen entsprechend zu agieren, während auf der anderen Seite die Gesellschaft dazu neigt, mehrheitlich das Interesse des Kollektivs bzw. das „öffentliche Interesse“ dem individuellen Interesse vorzuziehen.

⁴⁷ Vgl. Jan Payne, Patientenrechte in kommunistischen und demokratischen Gesellschaften: ihr transzendentaler Hintergrund und Grund. In: Hrs. Thomas Rizicks, Michal Anđel, Martin Bojar, Detlef Brandes und Alfons Labisch, Mensch und Medizin in totalitären und demokratischen Gesellschaften. Veröffentlichungen zur Kultur und Geschichte im östlichen Europa. Band 21. (Prag, Düsseldorf. 2001), S 152 und Watts, Part III, S 134.

⁴⁸ Vgl. Payne, S 147-148.

⁴⁹ Zitat aus Payne, S 147-148.

⁵⁰ Zitat aus Watts, Part III, S 134.

⁵¹ Vgl. Malcolm S.M. Watts, Medicine in Society. Part II. Some Dimensions of Medicine in Modern Society. California Medicine, January 1965, Nr. 102/1. S 28.

„Whilst medicine in the last 20 years has continued to focus on processes in the individual body, such as the chemistry of the brain or the role of genes in relation to specific diseases, the current context is clearly different from that which existed at the beginning of the twentieth century.“⁵²

Daher ist ein allmählicher Übergang von der früheren Betonung der individuellen Rechte, heute vermehrt auf die Rechte des Kollektivs bemerkbar, bei der laut de Tocqueville, die einfache Mehrheit die Konformität des Kollektivs verbessern, auch wenn dies auf Kosten des Individuums passiert.⁵³ Diese „kollektiven“ Interessen, sind in Gruppen organisiert, die dazu neigen die individuellen Interessen „unwiederbringlich“ zu unterdrücken, auch wenn sie eine Minderheit darstellen, was zeitgleich die Einschränkung der Unabhängigkeit und Freiheit des Individuums auf Kosten der „kollektiven“ Einheit bedeutet.⁵⁴

“In any case, even the courts now tend more and more to support conformity at the expense of freedom, and the right of organized collective interests even though a minority, to impose their will upon all.“⁵⁵

Dieser gemeinsame Bedarf des Arztes, Patienten oder eines einfachen Bürgers, die individuelle Freiheit im Rahmen der „kollektiven“ Eigeninteressen zum Ausdruck bringen zu können, führt dazu, dass sie nach mehr Anerkennung suchen und diese in einer starken Führung garantiert sehen.⁵⁶ Es wird zudem als wichtig für die medizinische Entwicklung und Verbesserung der menschlichen Gesundheit gesehen. Diese gemeinsamen Interessen zwischen der Medizin und der Menschen bzw. der Gesellschaft, können eine effektive sozial-ökonomische und politische Basis schaffen, indem die individuellen Interessen in einem größeren Rahmen als jenes des medizinischen „Kollektivs“ gesehen werden kann, wo jedoch nicht die Interessen jedes einzelnen Individuums berücksichtigt werden.⁵⁷

Sobald aber die Grundbedürfnisse jedes Einzelnen, größtenteils abgedeckt sind, kann damit gerechnet werden eine breite Unterstützung in der Bevölkerung zu finden.

⁵² Zitat aus Bury, S 5.

⁵³ Vgl. Watts, Part III, S 134.

⁵⁴ Vgl. Sherman, The Role of Medicine in Society. S 476.

⁵⁵ Zitat aus Watts, Part III, S 134.

⁵⁶ Vgl. Watts, Part II, S 30 und Watts, Part III, S 137.

⁵⁷ Vgl. Watts, Part III, S 133.

1.2.2. Gesundheitsschutz und Maßnahmen

Es gibt vier Faktoren,⁵⁸ die auf unsere Gesundheit einwirken. Zum Einen ist es die Krankheit selbst und zum Anderen sind es die Umgebung (physische, soziale, etc.), die wirtschaftliche Entwicklung (bzw. Situation) und der persönliche Austausch wie Gesundheitsausbildung, Verständnis von Krankheiten, Hygiene etc.

Daher ist es wichtig den Gesundheitsschutz in unterschiedlichen Gruppen zu unterteilen:

- Maßnahmen zum Schutz und Entwicklung der Gesundheit
- Maßnahmen zur Verhinderung und Eliminierung von Krankheiten
- Maßnahmen zur früheren Erkennung von Krankheiten
- Maßnahmen zur Behandlung und
- Maßnahmen der komplexen Rehabilitation.

Ein gewährleisteter Gesundheitsschutz kann daher einige wichtige Entwicklungsfaktoren garantieren. Es wird durch den Schutz und den Fortschritt effizientes Arbeiten und eine verbesserte Produktivität ermöglicht.⁵⁹ Nicht nur Individuen werden durch effektive und qualitative medizinische Versorgung gepflegt und ihr Leben lang begleitet, sondern auch größere Gruppen (Alterspflege, Behindertenbetreuung, etc.) und Gemeinschaften.

Präzisere Untersuchungen und Diagnosen ermöglichen gezielte Therapien und Heilverfahren zu entwickeln und somit auch gleichzeitig die Wissenschaft zu fördern. Es wichtig, dass die Wissenschaft gezielt Therapien und Behandlungsverfahren evaluiert, damit evidenzbasiert und effektiv gearbeitet werden kann, um damit auch die ökonomische Perspektive zu berücksichtigen. Die Therapien, die angewendet werden, sollten auch bei möglichst vielen anschlagen. Je

⁵⁸ „Die persönlichen Verhaltens- und Lebensweisen (erste Ebene), die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld (zweite Ebene), die Lebens- und Arbeitsbedingungen (dritte Ebene), die wirtschaftlichen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (vierte Ebene).“ Aus „Kapitel 3 - Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit?“. Artikel online unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/welche-faktoren-beeinflussen-gesundheit/> (10.10.2012)

⁵⁹ Vgl. Logan, Counteracting Communism, S 1017.

effektiver die medizinische Versorgung wird umso mehr wird diese gefordert. Daher entstehen auch Unmengen an Kosten, die mit der Entwicklung und Verbesserung der Medizin verbunden sind.

Daher ist das Prinzip der günstigen und flächendeckenden medizinischen Versorgung auf Dauer ein Problem, welches sich vor allem die kommunistischen Staaten lange Zeit finanzierten. Bei diesem Gesundheitsschutz ging es darum so viele Menschen wie möglich zu versorgen und die Kosten gering zu halten, indem der Staat Behandlungen, Medikamente, Therapien, Kuraufenthalte etc. finanzierte.

Problematisch bei der medizinischen Gesundheitsversorgung ist die demographische Veränderung und Verteilung, da es unterschiedlich dicht bewohnte Regionen gibt, die finanziell eine Bürde waren und zum Teil es heute noch sind. Somit entsteht eine etwas andere Art von Qualität der Abdeckung durch medizinische Versorgung, welches sich von Staat zu Staat unterscheidet. Wenn wir Norwegen⁶⁰, Österreich,⁶¹ Großbritannien,⁶² Deutschland und Frankreich nehmen, ist dort die medizinische Versorgung mit mehr als 95% gewährleistet, was auch durch die gute Infrastruktur und dem Gesundheits- und Versicherungssystem bedingt ist, aber Staaten wie Griechenland, Italien, Spanien können dies nicht von sich behaupten, da etwa 30% der Bevölkerung gut abgedeckt ist und der Rest der Bevölkerung eine schlechte medizinische Versorgung erfährt.⁶³

Dabei sind vier wichtige Faktoren ausschlaggebend, die je nach Region stärker oder schwächer ausgeprägt sind. Diese sind die ungleiche Verteilung von medizinischer Versorgung zwischen den Regionen und den ethnischen Gruppen eines Landes. Weiters ist das Fehlen der Vielfalt von Behandlungsmöglichkeiten an einem Ort, die Problematik mit limitierten Ressourcen, so wie häufige Probleme, die mit der

⁶⁰ Vgl. Kenneth Lee, Geoffrey Hoare, Analysis of the Support of First-Referral Hospitals to Primary Health Care Service, Including the Activities of Hospitals in Disease Prevention and Health Promotion. A health care system based on primary health care. World Health Organisation. EUR/HFA target 21. (1989), S 27-29.

⁶¹ „Waren 1946 nur 66 Prozent und 1966 etwa 72 Prozent der Bevölkerung versichert, so sind es heute fast 100 Prozent der Bürger. Auch wenn das österreichische Gesundheitssystem kein allgemeines Versorgungsmodell wie im Vereinigten Königreich ist, so kommt es diesem durch den hohen Absicherungsgrad doch recht nahe.“ Christian Hans Fendt, Gesundheitssysteme der Europäischen Union - Österreich und das Vereinigte Königreich im Vergleich. (Diplomarbeit in Internationale Betriebswirtschaft, Wien 2010), S 28.

⁶² Vgl. Fendt, Gesundheitssysteme, S 52-53.

⁶³ „Heute hingegen liegt durch sukzessive Ausweitung des Kreises anspruchsberechtigter Personen der Versicherungsgrad der Bevölkerung, trotz der grundsätzlichen Ausrichtung nach dem Bismarck-Modell, in den meisten Ländern bereits nahezu hundert Prozent.“ Fendt, Gesundheitssysteme, S 12.

Lebensführung (ungesunde Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen, Alkohol, etc.), der politischen und wirtschaftlichen Situation zusammenhängen.

2. Die medizinische Versorgung in sozialistischen Gesellschaften

Die Rolle der Medizin in sozialistischen Gesellschaften, kann als wichtiges Machtinstrument der jeweiligen politischen Führung, in diesen Staaten gesehen werden, die durch eine Absicherung der Bedürfnisse nach medizinischer Versorgung, ihre Macht im Staat ausbauen konnten.

„Es ist überraschend und scheint fast unglaublich, dass gerade so ein schnell zur Disposition stehendes Recht wie das Recht auf Gesundheitspflege von den Kommunisten sehr umfassend gewährt und durchgesetzt wurde.“⁶⁴

Daher war anfänglich der Kommunismus verlockender, für die Menschen, als sich einem kapitalistischem System zuzuwenden, bei der es keinen geregelten Gesundheitsschutz gab, wie in den USA. Auch der Einfluss auf die Nachbarländer blieb daher nicht unbemerkt, da sich viele demokratische Staaten durch dieses Angebot in ihrer eigenen Sicherheit gefährdet sahen und mit guten medizinischen Versorgung und Sozialversicherungen aufkommen mussten.⁶⁵

„Because public health is the keystone of development, health workers have both an interest and an obligation in this matter whose importance cannot be overemphasized.“⁶⁶

Da die Gesundheit ein wichtiger Faktor für die Gesellschaft und dessen Entwicklung ist, ist ihre ständige Verbesserung ein wichtiger Faktor.

„As health and sanitation usually have a high priority among the felt needs of any community, the cooperation of health departments is essential to the success of community development.“⁶⁷

⁶⁴ Zitat aus Payne, S 149.

⁶⁵ Vgl. Payne, S 149.

⁶⁶ Zitat aus Logan, Counteracting Communism, S 1017.

⁶⁷ Zitat aus Logan, Counteracting Communism, S 1020.

Von diesem Ausgangspunkt stehend, stellt sich die Frage, warum sich der Kommunismus in der Frage der Gesundheit so human zeigte, wenn auf der anderen Seite die Rechte der Menschen unterdrückt wurden? Dies diente anscheinend nur als Verlockung, um die Menschen für die Idee des Kommunismus gewinnen zu können.

„Die Kommunisten hatten kein wirkliches Interesse am Wohlbefinden der gewöhnlichen Leute, was zum Beispiel daran erkennbar wurde, dass sie sehr prächtige Krankenhäuser bauten, die ausschließlich für die sogenannte Nomenklatura und nicht für die Öffentlichkeit zugänglich waren.“⁶⁸

Dies verdeutlicht die Zweiklassenmedizin, die auch im Kommunismus praktiziert wurde, aber nach Außen und Innen hin, hauptsächlich als Schwäche und typisches Merkmal des Kapitalismus verkauft wurde. Da Kritik im Kommunismus selbst nicht erlaubt war, konnte sich niemand über diese Art der Behandlung beschweren. Zwar war für das Volk die Abdeckung und Absicherung der Gesundheitsbedürfnisse gegeben, aber spezielle Behandlungen blieben besonderen Gruppen und der Elite des Systems vorbehalten.

„Die allgemein gängigen Medikamente wie Hustensaft, Kopfschmerztabletten, Antibiotika, die waren vorhanden. Aber es gab dann auch spezielle Medikamente, die sogenannte 'Nomenklatur C', die nur auf Antrag über den Kreisarzt zu besorgen war.“⁶⁹

So entsteht ein verzerrtes Bild in der Wahrnehmung der medizinischen Versorgung im Kommunismus, wenn wir die Effizienz analysieren, bei der meist die Spitäler der Nomenklatur herangezogen wurden und somit das Bild verfälscht nach Außen gelangte, dass die Versorgung für alle Bürger besonders gut sei.

“Der alte OP war acht Meter hoch und wenn es mal zu warm wurde, dann brüllte der Operateur: ‘Mach mal die Klimaanlage an!’ (...) das hieß nichts anderes, als ‘Mach das Fenster auf!’. Da war ein Fliegengitter davor, dass die Fliegen nicht hereinkamen, und zur weiteren Kühlung haben wir uns dann aus der Eismaschine einen Eisblock von 60 Zentimeter Länge geholt und unter den OP-Tisch gelegt,” erinnert sich Martin Held, der Oberpfleger des Kreiskrankenhauses von Naumburg.⁷⁰

⁶⁸ Zitat aus Payne, S 149.

⁶⁹ Zitat aus Uwe Jens Jürgensen, Gesundheit DDR! (2/2). Der Preis des Schönen Seins. Artikel online unter <http://www.mdr.de/doku/gesundheit394.html> (13.1.2013)

⁷⁰ Zitat aus Jürgensen, Der Preis des Schönen Seins.

Die Ressourcen wurden demnach anders verteilt und schufen in manchen Bereichen qualitativ bessere Versorgung. Auch wenn die Arbeiterklasse die Erhaltung des Systems durch ihren Zeitaufwand gewährleistete, bekam sie nicht die gewünschte Versorgung garantiert.⁷¹

„The efficiency of health services is the relationship of the degree of adequacy to the resources employed. Resources basically means men, money and material. The element of 'time' may be considered as a resource and/or as a component included in the statement of objectives, depending on circumstances.“⁷²

Daher können wir die Medizin im Kommunismus als politisches Instrument sehen, die für eigene Zwecke missbraucht wurde. Häufig wurden unliebsame Personen oder Gegner, die sich kritisch gegen das Regime äußerten, in psychiatrische Anstalten eingewiesen. So konnte die totale Machtausübung garantiert werden, was die Rechte der Patienten und der Bevölkerung stark in Mitleidenschaft zog.

„Im Sinne der kommunistischen Ideologie sind alle Rechte lediglich das Ergebnis der historischen Entwicklung und deshalb von der Tradition abhängig: Rechte sind nichts mehr als ein Einvernehmen und Einverständnis der Zeitgenossen. Dient also ein Verstoß gegen die Rechte irgendeinem ‚guten‘ Zweck, dann ist er gerechtfertigt. Dies galt auch für die Patientenrechte in der Medizin.“⁷³

In diesem Kontext möchte ich die wichtigsten Sozialversicherungen und Formen der Gesundheitssysteme veranschaulichen, um zu zeigen, dass es alternative Systeme zu den kommunistischen Sozialversicherungen gibt, die eine weitreichende Abdeckung für die Bevölkerung im Gesundheitswesen garantieren.

2.1. Modelle der Sozial- und Krankenversicherung

Die Organisation des Gesundheitswesens, sei sie „öffentlicher“ oder „privater“

⁷¹ Vgl. Payne, S 149.

⁷² Zitat aus J. D. Cottrell, The Consumption of Medical Care and the Evaluation of Efficiency. Medical Care, Vol. 4, No. 4 (Oct. - Dec., 1966), S 215.

⁷³ Zitat aus Payne, S 149.

Natur, wird durch die politische, kulturelle und soziale Komponente beeinflusst.⁷⁴ Eine große Zahl von europäischen Staaten hat ein nationales Gesundheitssystem, das vorbeugende Maßnahmen und einen Service für die Gemeinschaft bietet.⁷⁵ Es gibt unzählige Modelle der Sozialen und Krankenversicherung, die sich von Staat zu Staat unterscheiden. Die Wahrscheinlichkeit, dass wir zwei identische Systeme finden, ist sehr klein, da jedes Gesundheitssystem durch ihre Entwicklungsphasen individuell geprägt wurde.⁷⁶

Nach dem Zweiten Weltkrieg übernahmen die Staaten Europas in erster Linie die Initiative, sich um die Gesundheit des Volkes zu kümmern.⁷⁷ Durch die medizinische und technische Entwicklung stiegen jedoch die Ausgaben und das Individuum konnte sich eine Behandlung auf Provisionsbasis nicht mehr leisten, wodurch sich die Beziehung zwischen Arzt-Patient zu einer Beziehung Patient-Ärztliche Behandlung-Sozialversicherung-Staat entwickelte.

Wie schon erwähnt existieren unzählige Arten von Sozial- und Krankenversicherungen, wobei wir uns aber hier auf vier relevante Krankenversicherungen konzentrieren werden. Hier wird auch deutlich gezeigt, dass nicht nur die kommunistischen (sozialistischen) Staaten eine Absicherung für die Bevölkerung vorsahen, sondern andere demokratische Staaten Systeme hatten, die sich bis heute bewährt haben. In diesen Versicherungsformen wird jedoch nur die medizinische Erstversorgung abgedeckt. Hier ist es vor allem wichtig, dass es eine gute Beziehung zwischen dem Arzt und dem Patienten gibt.⁷⁸

„Primary health services represent not only the first point of contact, but ideally are responsible for coordinating continuity of care from one level to the next. Continuity between the different levels of care is essential for the optimal integration of diagnosis and treatment. While this can be assessed by expert opinion, a number of other indicators provide some useful guidance on the extent of coordination between the two sectors, e.g. hospital waiting lists or the proportion of

⁷⁴ Vgl. Lee und Hoare, Primary Health Care, S 1.

⁷⁵ Vgl. Soziale Krankenversicherungen. Artikel online unter http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Kranken_und_Unfallversicherung/Soziale_Krankenversicherung (06.10.2012)

⁷⁶ Vgl. Lee und Hoare, Primary Health Care, S 1-2.

⁷⁷ Vgl. Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ ; Nr. 6, 1999), S 1-2, sowie S 32. Online unter www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0000/1199/heger.pdf (12.11.2012)

⁷⁸ Vgl. Lee und Hoare, Primary Health Care, S 4.

those patients followed up after discharge. Improvements in the basic channels of communication between the different levels of care are necessary.”⁷⁹

2.1.1 Das Bismarck-Modell

Diese Art von Sozialversicherung ist mit der Arbeit, Dezentralisierung und in erster Linie mit Deutschland zu identifizieren. Sie wurde nach Otto von Bismarck benannt, der im Jahre 1883 den Versuch unternahm,⁸⁰ diese Form der Versicherung in Deutschland zu etablieren, die einen großen Einfluss auf die Entwicklung des Sozialen und Gesundheitsschutzes auf dem europäischen Kontinent hatte.⁸¹ Das Prinzip der Arbeit, nach diesem System, besteht darin, dass jedes arbeitende Individuum einen Sozialbeitrag, je nach finanzieller Kapazität, leistet, aber die Gesundheitsvorsorge nach Bedarf in Anspruch nehmen kann.⁸²

Die Basis des organisierten Gesundheitssystems, bilden die Sozialversicherungsträger, die größtenteils als eigenständige öffentliche Organisationen unabhängig von den finanziellen Ressourcen des Staates sind, da sie ihre Beiträge von den Versicherungsnehmern einholen und auf der anderen Seite über Preise und Leistungen mit den Ärzten, Krankenhäusern etc. verhandeln. Daher gibt es unterschiedliche Systeme⁸³, die für erbrachte Leistungen eine jeweils andere Verrechnung und Abwicklung vornehmen.⁸⁴

Viele der ehemaligen sozialistischen Staaten Ost- und Südosteuropas versuchten dieses System zu etablieren und sahen sich vor großen Schwierigkeiten gestellt.

„Although many CEE countries adopted Bismarckian health insurance with multiple insurers, in many cases, the centralized norms of the previous health care delivery system prevailed, making decentralized, independent decision-making difficult. In particular, the top-down manual statistical data collection systems have often survived. That system guaranteed standardized and comprehensive data in

⁷⁹ Zitat aus Lee und Hoare, Primary Health Care, S 5.

⁸⁰ Vgl. Simone Rothgangel, Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie. (Stuttgart, 2010²), S 13.

⁸¹ Vgl. Martin Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. (Berlin, 2010), S 2.

⁸² Vgl. Beveridge-Modell und Bismarck-Modell des Wohlfahrtsstaats, unter www.bpb.de/system/files/pdf/VCVB66.pdf (10.01.2013)

⁸³ Vgl. Rothgangel, Kurzlehrbuch, S 13.

⁸⁴ Vgl. Fendt, Gesundheitssysteme, S 11.

*most CEE countries. However, the lack of computerization has led to continued high costs of data collection and poor data quality, while analytical capacity is often poor.*⁸⁵

Die Inanspruchnahme einer Gesundheitsleistung, war jedoch nur den Erwerbstätigen bzw. jenen Personen zugänglich gemacht, die Beiträge in das Sozialversicherungssystem einbezahlten. So führte diese Art der Versicherung dazu, dass lange Zeit, große Teil der Bevölkerung nicht in diesem System vertreten waren. Durch Reformen und der Ausweitung des Wohlfahrtsstaates, wurde der Anspruch auf nahezu 100% der Bevölkerung ausgeweitet.⁸⁶

2.1.2 Das Beveridge-Modell

Dieses System ist auf William Henry Beveridge zurückzuführen, der von der britischen Regierung, im Jahr 1942⁸⁷, den Auftrag erhielt sich um einen Reformentwurf, des nationalen Sozialsystems, zu kümmern. In seiner Idee, wurde die Errichtung eines allgemeinen und einheitlichen Gesundheitssystems vorgesehen, worunter verstanden wurde, dass jeder Bürger einen freien und kostenlosen Zugang zur Gesundheitsleistung, unabhängig von seinem sozialen und materiellen Status, erhalten sollte.⁸⁸ Dadurch sollten soziale Spannungen abgebaut und gleichzeitig der Gesundheitszustand der Bevölkerung verbessert werden. Großbritannien führte das System des NHC (National Health Service) 1948,⁸⁹ kurz nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges, ein, was ein Resultat eines Konsens zwischen dem Staat und den damaligen Sozialorganisationen war.⁹⁰

Zum ersten Mal in der Geschichte des weltweiten Gesundheitswesens wurde ein

⁸⁵ Zitat aus Peter C. Smith and Unto Häkkinen, Information strategies for decentralization. In: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbæk, Decentralization in health care. Strategies and Outcomes. (New York, 2007), S 219.

⁸⁶ Vgl. David Matusiewicz, Europäisierung des Gesundheitswesens. Die Anwendung des Konzepts der "Offenen Methode der Koordinierung" der Europäischen Union auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Gesundheitssystems. (Norderstedt, 2010), S 36.

⁸⁷ Vgl. August Österle, László Gulácsi, Michaela Pechova, Gesundheitssystementwicklung in den MOE-Ländern. Zwischen sozialen Rechten und Marktallokation I. Kurswechsel 2/2007, S 19.

⁸⁸ Vgl. Rothgangel, Kurzlehrbuch, S 13.

⁸⁹ Vgl. Österle, Gulácsi, und Pechova, Gesundheitssystementwicklung, S 19.

⁹⁰ Vgl. Anja Rohwer, Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa. ifo Schnelldienst 21/2008 – 61. Jahrgang, S 26.

allgemeiner Gesundheitsdienst eingeführt, bei dem die Gesamtbevölkerung einbezogen wurde.⁹¹

Dadurch, dass die gesamte Bevölkerung einbezogen wurde, wird durch den Zugang zum Gesundheitswesen ein Status des Staatsbürgerrechts zugesprochen.⁹²

“The health systems of the Nordic⁹³ countries are often described as Beveridge systems, although they were developed long before Lord Beveridge proposed a National Health Service in the United Kingdom. Moreover, in contrast to the United Kingdom, there is a long tradition of decentralization in the health systems of the Nordic countries.”⁹⁴

Zwei wesentliche Merkmale, sind für das Beveridge-Modell charakteristisch, da zum Einen, durch die allgemeinen Steuereinnahmen des Staates die Finanzierung des Gesundheitswesens sichergestellt wird, und somit keine arbeitsbezogenen Beiträge eingehoben werden und Zweitens steht jedem Bürger, unabhängig von einer Erwerbstätigkeit oder anderen Faktoren, das Recht auf Gesundheitsleistungen zu.⁹⁵

Eine zentrale Organisation durch den Gesamtstaat oder teilweise dezentral durch regionale Behörden, ist für solche steuerfinanzierte nationale Gesundheitssysteme typisch.⁹⁶ Hier liegt die Verantwortung im Vergleich zu anderen Ländern, die mehrere Sozialversicherungsträger haben, für alle Bereiche des Gesundheitswesens gebündelt in einer Hand.⁹⁷

Die auf das Beveridge-Modell basierenden Gesundheitssysteme sehen sich vor großen Problemen, da unterschiedliche Staatsausgaben und die finanziellen Anforderungen in direkter Konkurrenz zu einander stehen. Dies ergibt sich durch den Mangel eines direkten Beitrags, der explizit dem Gesundheitsbereich gewidmet

⁹¹ Vgl. Rothgangel, Kurzlehrbuch, S 13.

⁹² Vgl. Fendt, Gesundheitssysteme, S 14.

⁹³ „Norway has a long tradition of commitment to the welfare state, attempting to provide universal access to high-quality health services for its four million inhabitants. It has long recognized that good health requires more than just good health services, and consequently attempts have been made to provide a three-tier social security system comprising the health care services, the social welfare services and the national insurance.“ Lee und Hoare, Primary Health Care, S 27.

⁹⁴ Zitat aus Runo Axelsson, Gregory P. Marchildon and José R. Repullo-Labrador, Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems. In: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbæk, Decentralization in health care. Strategies and Outcomes. (New York, 2007), S 141-166, hier S 145.

⁹⁵ Vgl. Rothgangel, Kurzlehrbuch, S 13; Österle, Gulácsi, und Pechova, Gesundheitssystementwicklung, S 19.

⁹⁶ Vgl. Juha Kinnunen, Kirill Danishevski, Raisa B. Deber and Theodore H. Tulchinsky, Effects of decentralization on clinical dimensions of health systems. In: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbæk, Decentralization in health care. Strategies and Outcomes. (New York, 2007), S 168.

⁹⁷ Vgl. Fendt, Gesundheitssysteme, S 14.

ist und dort auch genutzt werden kann. Daher hat der Staat ein großes Interesse, bei hohen Kostensteigerungen entgegenzuwirken und auch dafür zu sorgen, dass die potenziell unbegrenzte Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, in einem gewissen Rahmen gehalten wird.⁹⁸

Dadurch kommt es häufig dazu, dass in diesen Ländern mit dem Beveridge-System das Phänomen einer *Zwei-Klassen-Medizin* zum Vorschein kommt, da die notwendigste Grundversorgung durch die staatlich gewährten Leistungen gegeben ist, und somit sich Wohlhabende durch den Zukauf von privaten Zusatzversicherungen bessere und umfassendere Leistungen garantiert bekommen.⁹⁹

2.1.3 Das Semashko-Modell¹⁰⁰

Dieses Modell wurde nach dem russischen Politiker und Mediziner Nikolai Semashko (1874-1949) benannt, und zeichnete sich durch eine zentrale Planung und einem zentralistisch gesteuerten Staatsapparat in sämtlichen Bereichen des Gesundheitswesens aus.¹⁰¹

„Neben dem Ziel der Gesundheitssicherung und der zentralen Bedeutung von Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung, orientierte sich das Modell am Prinzip der Staatlichkeit, wonach einzig der Staat für die Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen zuständig ist, sowie am Prinzip der Planmäßigkeit, das neben der zentralen Planung auch die Abstimmung mit dem volkswirtschaftlichen Gesamtplan vorsieht.“¹⁰²

Die Beteiligung der gesamten Bevölkerung an der Krankenversicherung, die gänzlich aus dem Haushalt finanziert wurde, sollte eine totale Abdeckung der Bevölkerung garantieren. Dieses System hat aber auch in den kommunistischen Staaten

⁹⁸ Vgl. Fendt, Gesundheitssysteme, S 87.

⁹⁹ Vgl. Fendt, Gesundheitssysteme, S 14.

¹⁰⁰ „Yugoslavia adapted the Semashko model to reflect its version of socialism – a system of self-management.“ Valerie Percival und Egbert Sondorp, A case study of health sector reform in Kosovo. S 3. Online unter www.conflictandhealth.com/content/4/1/7 (10.08.2012).

¹⁰¹ Vgl. Hannes-Friedrich Ulbrich, Die Krankenhäuser Ostdeutschlands in Transition. Eine registerbasierte Analyse amtlicher Paneldaten. In: Hans Gerhard Strohe (Hrsg.), Potsdamer Schriften zu Statistik und Wirtschaft Vol. 4. (Potsdam, 2012), S 30.

¹⁰² Zitat aus Österle, Gulácsi, und Pechova, Gesundheitssystementwicklung, S 19.

Osteuropas dazu geführt, dass durch die unterschiedlichen Bedürfnisse, sich Subsysteme entwickelt haben.

“Within this presumed uniformity, we expected differences between the countries in Central and Eastern Europe as well. Around the Second World War, they all adopted the Semashko model, but modeled it according to their own needs and circumstances. As a result, none of these systems is identical and several national variations of the Semashko system have been created.”¹⁰³

Die Inanspruchnahme von Leistungen stand somit jedem Staatsbürger zu und zudem waren diese für alle Bürger kostenfrei. Zwar hat es eine Anlehnung an das Beveridge-Modell, jedoch wird dieses radikalen Veränderungen unterzogen und soll dem Staat, durch seine zentralistische Struktur, die Kontrolle über die Gesundheitsvorsorge garantieren.¹⁰⁴

Anfangs hatte das Semashko-Modell große Erfolge in den Mittelosteuropäischen Staaten erzielt, indem sich der Gesundheitszustand der Bevölkerung deutlich verbesserte und übertragbare Krankheiten verhindert wurden, sowie die Schwerpunkte auf die Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserziehung gelegt wurden.¹⁰⁵

Jugoslawien folgte zwar diesem Modell zu Beginn, aber ließ nach dem Bruch mit Stalin von diesem System teilweise ab und ging einen eigenen Weg. Jedoch zählt es zu den vier Typen¹⁰⁶ von Systemen, die unter dem Semashko-Modell aufgelistet werden.

“The strong service profile of Yugoslav doctors is a remarkable finding. Yugoslavia initially started to develop a Semashko health system, but by the beginning of the 1950s had abandoned this policy. Asserting his independence from Soviet dominance, the Yugoslav leader Tito went his own way. The unique feature of the health care system in Yugoslavia was the high degree of decentralized responsibility to the communities, which also played an important role in the operation of the system. This seems to have had a beneficial influence on the range of tasks of

¹⁰³ Zitat aus Saskia J. Grielen, Wienke G.W. Boerma und Peter P. Groenewegen, Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe. European Journal of Public Health. Vol. 10. 2000/4, S 249-254, hier S 249.

¹⁰⁴ Vgl. Fendt, Gesundheitssysteme, S 16.

¹⁰⁵ Vgl. Österle, Gulácsi, und Pechova, Gesundheitssystementwicklung, S 20.

¹⁰⁶ Vgl. Grielen, Boerma und Groenewegen, Unity or diversity? S 250. Group 1. Former Soviet: Ukraine, Estonia, Latvia and Lithuania. Group 2. Former Bismarck: Czech Republic, Slovakia and Hungary. Group 3. Former Yugoslavia: Slovenia and Croatia. Group 4- Odier: Poland, Romania and Bulgaria.

primary care doctors."¹⁰⁷

2.1.4 Exkurs: Das Markt-Modell

Dieses sogenannte Marktmodell ist ein typisch amerikanisches System und wird durch die Nachfrage reguliert. Die Bevölkerung muss sich privat versichern, da es keine Versicherungspflicht gibt. Der Staat greift nicht in das Gesundheitssystem ein, da es dieses weder finanziert noch das Gesundheitssystem steuert. Private Anbieter regulieren durch Preis und Nachfrage den Markt. Daher ist es auch nicht verwunderlich wenn heute etwa 17% der US-Bevölkerung keine Krankenversicherung hat bzw. sich diese nicht leisten kann.¹⁰⁸ Obwohl auch über die Arbeitgeber ein großer Teil der Bevölkerung ihre Krankenversicherungen abschließen. Auch in den USA greift das reine Markt-Modell nicht, da zwar der Großteil der Versicherungsanbieter private Unternehmen sind, es aber auch staatliches Regulieren und auch Programme gibt, bei denen bestimmte Gruppen, wie Pensionisten, Kinder, Veteranen und weitere schutzbedürftige Personengruppen versichert werden.¹⁰⁹

2.2. Jugoslawien und die sozialmedizinische Versorgung

Hier wird ein kurzer Überblick über die Entwicklung der medizinischen Versorgung in Jugoslawien, vom SHS-Staat ausgehend, bis in die späten 1980er Jahre hinein gegeben. Dabei ist es wichtig das Gebiet als Ganzes zu sehen, da es vor dem Zweiten Weltkrieg von 1924 bis 1929 die Oblasti gab und durch die Verwaltungsreform von König Alexander im Jahre 1929 die Banovinas, die heute keine der bekannten Grenzen repräsentieren. Somit ist eine territoriale Aufteilung zur Analyse der Gebiete, vor 1945, dahingehend nicht relevant, da wir das Gebiet des heutigen

¹⁰⁷ Zitat aus Grielen, Boerma und Groenewegen, Unity or diversity? S 253.

¹⁰⁸ Vgl. Immer mehr Nichtversicherte in den USA. Artikel online unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/803212/immer-nichtversicherte-usa.html (15.11.2012)

¹⁰⁹ Fendt, Gesundheitssysteme, S 16.

Kosovo analysieren, dass erst seit 1945 als Verwaltungseinheit existiert, und davor in 4 verschiedene Oblasti (bis 1929) und später auf drei Banovinas (bis 1941) aufgeteilt worden war, damit die Albaner keine Mehrheit in einem Gebiet stellen konnten. Somit würde eine Analyse der Entwicklung im gesamten Gebiet des damaligen Jugoslawien für die spätere Analyse des Kosovo als Vergleich dienen können. Es gibt viele Parallelen in der medizinischen Entwicklung zwischen der Zwischenkriegszeit in den besser entwickelten Teilen Jugoslawiens und der Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg im Kosovo selbst.

Karte 1: Oblast nach der Reform von 1922. Wurde 1924 umgesetzt.¹¹⁰



Daher werde ich in dieser Arbeit einen kurzen Einblick in die allgemeine Entwicklung der medizinischen Versorgung in Jugoslawien wiedergeben und dann nach dem zweiten Weltkrieg auf das Gebiet des Kosovo genauer eingehen.

¹¹⁰ http://www.maribor-graz.eu/images/1924_lhm_oblasti.jpg (02.12.2012)

2.2.1 Die Entwicklung der medizinischen Versorgung im jugoslawischen Territorium bis 1941

Kurz nach dem Ersten Weltkrieg sah sich der SHS-Staat vor einer großen Herausforderung im Bereich der medizinischen Versorgung, die sehr schlecht ausgebaut war und weitreichende Folgen für die Bevölkerung hatte, da diese an unterschiedlichen Epidemien litt.¹¹¹

“Interwar Yugoslavia was overwhelmingly rural, poor, and backward. The social and economic underdevelopment of the country was reflected in the high infant mortality rate (165/1000 in 1921) and the heavy toll of infectious and parasitic diseases which accounted for 30% of all deaths. Tuberculosis in particular was rampant, killing 0.3% of the population each year.”¹¹²

Dieser hohe Verlust an Arbeitskräften und der vor allem an Bevölkerung im allgemeinen, stellte das vom Krieg zerrüttete Land, vor eine große Aufgabe, neben den hohen Kriegsverlusten und dem Wiederaufbau nach dem Ersten Weltkrieg. Es sollte auch der Kampf gegen die Epidemien und der hohen Sterblichkeit angegangen werden. Hier sah sich der erste Gesundheitsminister, Andrija Stampar, gezwungen tätig zu werden, und erste Maßnahmen einzuleiten, die zur Verbesserung der Gesundheitsvorsorge führen sollten.

“The foundations of the health system were built by Yugoslavia's first Minister of Health, Andrija Stampar. Between the wars he established more than 250 health institutions, including the first school of public health in Eastern Europe which today bears his name.”¹¹³

Vor allem die Industrialisierung förderte den Ausbau der Versicherungen, aber auch die Vereinbarung von Versailles zwang die kleinen Verbündeten der Siegerstaaten

¹¹¹ Vgl. Stephen J. Kunitz, The Making and Breaking of Yugoslavia and Its Impact on Health. American Journal of Public Health 2004, November; 94(11), 1894–1904, hier S 1894.

¹¹² Zitat aus David U. Himmelstein, Slobodan Lang und Steffie Woolhandler, The Yugoslav Health System: Public Ownership and Local Control. Journal of Public Health Policy, Vol. 5, No. 3 (Sep., 1984), S 423.

¹¹³ Zitat aus Himmelstein, Lang und Woolhandler, The Yugoslav Health System, S 423.

dazu, Sozialversicherungen und die Verabschiedung von Arbeitsschutzgesetzen vorzunehmen.¹¹⁴

Es reichte nicht aus die Gesetze zu machen, sondern auch die Umsetzung dieser war wichtig und musste mit den europäischen Staaten mithalten können. Es war jedoch nahezu unmöglich mitzuziehen, und so hinkte das Arbeits- und Sozialversicherungsgesetz weit hinter den europäischen Staaten.¹¹⁵ Zwar waren die Gebiete aus der ehemaligen K.u.K.¹¹⁶ schon teilweise im 19. Jahrhundert auf dem Weg zur Kranken- und Unfallversicherung, was aber für die Gebiete aus dem osmanischen Reich¹¹⁷ nicht der Fall war.¹¹⁸ Hier sah sich das Sozialministerium vor ersten großen Herausforderungen gestellt, da es wichtig war diese heterogene Situation in ein einheitliches System unterzubringen.¹¹⁹

Ein Konfliktpotential fand sich eindeutig in der Verteilung der Ressourcen zwischen den „Reichen“ im Nordwesten und den „Armen“ im Südosten, die in Verbindung mit der nationalen Frage, die Situation zudem verschärften.¹²⁰ Der Versuch neue Arbeitsplätze in der Industrie, zwischen 1918 und 1923, zu schaffen, entschärfte die Situation teilweise,¹²¹ wobei ein übermäßig großer Prozentsatz der Bevölkerung, etwa 80% aller Erwerbstätigen von der Landwirtschaft lebte,¹²² und nur 10% in der Industrie tätig waren.¹²³

Hinzu kommt noch die hohe Analphabetenrate, die sich in den Regionen drastisch unterschied, da der Süden gegenüber dem Norden einen großen Aufholbedarf zeigte.

¹¹⁴ Vgl. Marie-Janine Calic, Sozialgeschichte Serbiens 1815-1941. Der aufhaltsame Fortschritt während der Industrialisierung. Südosteuropäische Arbeiten. Für das Südost-Institut München herausgegeben von Edgar Hösch und Karl Nehring. (München, 1994), S 229.

¹¹⁵ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 229.

¹¹⁶ Slowenien, Kroatien, Bosnien-Herzegowina, Vojvodina

¹¹⁷ Kosovo, Mazedonien und Sandzak

¹¹⁸ Vgl. Stephen J. Kunitz, What Yugoslavia means: progress, nationalism and health. Supplement to Health Transition Review Volume 6/1996, S 253-272, hier S 256.

¹¹⁹ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 230.

¹²⁰ Vgl. Holm Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens 1918-1980. (Stuttgart, Berlin, Köln und Mainz, 1982), S 50.

¹²¹ Vgl. Marie-Janine Calic, Geschichte Jugoslawiens im 20. Jahrhundert. Europäische Geschichte im 20. Jahrhundert herausgegeben von Ulrich Herbert. (München, 2010), S 98.

¹²² Vgl. Kunitz, What Yugoslavia means, S 257.

¹²³ Vgl. Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 50.

„Illiteracy rates of those over ten ranged between 83.8% in Macedonia and 8.8% in Slovenia¹²⁴, with the national figure being 51.5% in 1921.“¹²⁵

Auch die Relation in der Versorgung durch Krankbetten ist als wichtiger Punkt zu nennen, da es hier ebenfalls gravierende Unterschiede gab. Die Situation war zwar im gesamtjugoslawischen Kontext schlecht, aber bei genauerer Betrachtung der Lage, sehen wir erneut eine Verlagerung der besseren Versorgung in Richtung Norden. Somit ist dieses regionale Gefälle in allen Bereichen gegeben.

„Während Slowenien mit einer Million Einwohner über 6.000 Krankbetten verfügte, waren es in Serbien und Mazedonien mit mehr als vier Millionen Einwohnern nur 4.000 Betten.“¹²⁶

Daher musste diesbezüglich etwas unternommen werden, um das Gefälle zumindest zu verringern, wenn es auf Anhieb nicht zu beseitigen ist. Deshalb wurden im Laufe der 1920er Jahre unterschiedliche Reformen unternommen, die vor allem mit der Verfassung von 1921 eingeleitet wurden.

2.2.1.1. Die Jahre der Zwischenkriegszeit und die Reformen

1921 wurden mehrere Reformen unternommen, die das Land in neue Verwaltungseinheiten aufgliederten. Diese Verwaltungseinheiten sollten nach wirtschaftlichen, sozialen und geographischen Gesichtspunkten geschaffen werden und maximal 800.000 Einwohner umfassen.

„Am 5. November 1921 veröffentlichte Innenminister Pribicevic einen Gesetzesentwurf über die administrative Einteilung des Landes in 33 Gebiete (oblasti – Siehe Karte 1), der auf erbitterte Kritik in Kroatien stieß. Das Gesetz wurde dennoch am 28. April 1922 erlassen, aber erst ab 1924 stufenweise in Kraft gesetzt. Zwar wurden die Grenzen der historischen Landesteile (prokrajine) durch die neuen oblasti noch nicht völlig verwischt (wie bei der Verwaltungsreform König Alexanders von 1929), aber die Aufteilung Sloweniens in 2, Kroatien-

¹²⁴ Vgl. Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 50. Hier meint Sundhaussen, dass in Slowenien der Anteil der Analphabeten bei etwa 9% lag und in Teilen Bosniens, sowie in Mazedonien über 80%.

¹²⁵ Zitat aus Kunitz, What Yugoslavia means, S 257.

¹²⁶ Zitat aus Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 51.

Slawoniens in 4 oblasti (etc.) ließ doch die zentralistischen Absichten des Gesetzgebers erkennen. Die Gebiete mit starken ungarischen, deutschen und albanischen Bevölkerungsteilen – also Wojwodina und Kosovo-Metohija – wurden derart auf angrenzende Regionen aufgegliedert, dass die serbische Bevölkerung jeweils das Übergewicht erhielt. Die Zerschlagung der prokrajine wurde von scharfen Protesten der politischen Parteien aus den vormals habsburgischen Landesteilen begleitet.“¹²⁷

Dies diente dazu die serbische Dominanz so weit wie möglich auszudehnen und der Ausbau der sozialen Strukturen wurde als Vorwand genommen, damit der Widerstand gering gehalten werden konnte. Diese Oblasti sollten aber nicht von langer Dauer sein, da sie durch die Verwaltungsreform von König Alexander im Jahre 1929 aufgehoben und durch die Banovinas ersetzt wurden (Siehe Karte 2).

Karte 2. Verwaltungsreform von König Alexander im Jahre 1929¹²⁸
Banovina Boundaries, 1929



Neben der Neustrukturierung des Staates, sah die Verfassung von Jugoslawien aus dem Jahre 1921 gewisse arbeitsrechtliche Mindestanforderungen vor und schuf so eine Grundlage für die kollektive Daseinsvorsorge der vier Grundrisiken wie Arbeitslosigkeit, Unfall, Krankheit und Ausfall des Ernährers der Familie.¹²⁹ So erließ im August 1921 das Sozialministerium die „Verordnung über die Einrichtung einer Kranken- und Unfallversicherung für Arbeiter“,¹³⁰ die mit dem 1. Jänner 1922 sowohl

¹²⁷ Zitat aus Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 49.

¹²⁸ <http://www.worldstatesmen.org/yugoslav-banovina.gif> (10.12.2012)

¹²⁹ Vgl. Aleksandar Jakir, Dalmatien Zwischen Den Weltkriegen: Agrarische Und Urbane Lebenswelt Und Das Scheitern Der Jugoslawischen Integration. (Oldenburg, 1999), S 313.

¹³⁰ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 231.

in Serbien als auch in Montenegro in Kraft traten, und im Laufe des Jahres 1922 weiter auf eine Invaliden-, Renten- und Hinterbliebenenversicherung ausgeweitet wurden.¹³¹ Durch das Inkrafttreten dieser neuen Gesetzesnovelle am 1. Juli 1922¹³² wurde eine einheitliche gesetzliche Basis für den Gesamtstaat geschaffen.

Somit wurde auf der einen Seite der Grundstein für den Wohlfahrtsstaat gelegt, der aber durch die zeitgleichen Unruhen in vielen Regionen dessen Umsetzung hinauszögerte, da die enteigneten muslimischen Großgrundbesitzer, in Bosnien-Herzegowina, Kosovo und Mazedonien, die staatlichen Strukturen nicht anerkannten und sie bekämpften.¹³³

Zudem wurde dieses Sozialversicherungssystem auch noch durch gesetzliche Bestimmungen behindert und zeigte deutliche Schwächen auf, die dazu führten, dass dessen Verwirklichung bis 1937 hinausgezögert wurde.¹³⁴

„Denn erstens war auf die Einrichtung einer Arbeitslosenvorsorge vollkommen verzichtet worden. Zweitens schloss das Gesetz einige Berufsgruppen (wie Landarbeiter, Gesinde und Hausangestellte) von der Versicherungspflicht aus; die Versicherungszweige für den Bergbau und das Transportwesen wurden aus der öffentlichen Wohlfahrtspflege ausgegliedert und gesonderten Kassen übertragen. Drittens leistete die jugoslawische Sozialversicherung ihren Mitgliedern im Bedarfsfall nur geringste medizinische und finanzielle Unterstützung. Und viertens hat sich die Verwirklichung des Projektes um Jahre verzögert.“¹³⁵

Bei Krankheit erstreckte sich die Sozialversicherung nicht nur auf die medizinische Versorgung, sondern auch auf finanzielle Unterstützung, die etwa zwei Drittel des Arbeitslohnes betrug und bis zu 26 Wochen (in Ausnahmefällen bis zu einem Jahr) bezogen werden konnte.¹³⁶ Dabei waren die Familienangehörigen, die kein eigenes Einkommen hatten, ebenfalls Anspruchsberechtigt.¹³⁷ Die Regelung der Arbeitslosenfürsorge war im Sozialversicherungsgesetz von 1922 zwar vorgesehen, jedoch war sie lediglich provisorisch und ihre Verwirklichung wurde verschoben. So war die jugoslawische Sozialpolitik, von Anfang an, heftiger Kritik von allen Seiten

¹³¹ Vgl. Jakir, Dalmatien, S 313.

¹³² Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 231.

¹³³ Vgl. Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 49.

¹³⁴ Vgl. Jakir, Dalmatien, S 313.

¹³⁵ Zitat aus Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 231.

¹³⁶ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 231.

¹³⁷ Vgl. Jakir, Dalmatien, S 313.

ausgesetzt und musste sich gegen die Industrieunternehmerschaft und Kleingewerbetreibenden durchsetzen.¹³⁸ Durch die Schaffung des gesetzlichen Arbeitsschutzes, am 28. Februar 1922,¹³⁹ das Jugoslawien im Friedensvertrag als Bedingung abschließen musste, wurde die zweite Stütze für den Wohlfahrtsstaat geschaffen.¹⁴⁰

Auch die Schaffung des Achtsturentags, wurde zwar schon 1919 eingeführt, aber durch unterschiedliche Richtlinien wieder untergraben, was dazu führte, dass ein Kontrollorgan ins Leben gerufen werden musste, um die Einhaltung dieses Gesetzes zu überwachen.¹⁴¹ Das Sozialversicherungssystem schaffte es jedoch einen wichtigen Entwicklungssprung zwischen 1923-1939 zu machen, da die Zahl der Versicherten von 439.164 (im Jahre 1923) auf 728.494 (im Jahre 1939) sich fast verdoppelt hatte.¹⁴²

Aber durch die Wirtschaftskrise im Jahre 1929 litt auch die jugoslawische Wirtschaft, woraufhin die Beiträge der Sozialversicherungen nicht ausreichend eingezahlt werden konnten, und erst gegen Mitte der 1930er Jahre war es möglich wieder schwarze Zahlen zu schreiben. Auch die Industrie litt darunter, obwohl sie sehr stark ausgebaut worden war.¹⁴³ Am 1. September 1939 wurde die Invaliden-, Alters- und Hinterbliebenenversicherung eingeführt, und am 15. April des gleichen Jahres wurde die „Verordnung über Mindestlöhne, Tarifverträge, Schlichtungs- und Schiedswesen“ verabschiedet, wodurch die Regierung nun auch im Arbeitsrecht aktiv wurde.

Hier gilt es nun den Ausbau der medizinischen Versorgung im Laufe dieser Zeit anzuschauen und auch das Gesundheitsverständnis in der Bevölkerung selbst.

¹³⁸ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 232-233.

¹³⁹ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 233.

¹⁴⁰ Vgl. Jakir, Dalmatien, S 313.

¹⁴¹ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 234.

¹⁴² Vgl. Calic, Geschichte Jugoslawiens, S 108.

¹⁴³ In Jugoslawien wurden zwischen 1919 und 1938 2.193 Fabriken gebaut, davon 47% in Slowenien, 37% in Kroatien, 24% in Serbien und 14% in Mazedonien und Kosovo. Ein wichtiger Indikator für die regionale Ungleichheit. Vgl. Calic, Geschichte Jugoslawiens, S 106.

2.2.1.2. Ausbau des Gesundheitsversorgung

Schon nach der Gründung des SHS-Staates im Jahre 1919 wurde ein Krankenhaus für Kinder errichtet,¹⁴⁴ da dies ein wichtiger Schritt für den damaligen Gesundheitsminister Stampar war, der sich einer Ideologie des Staates basierend auf der Gesundheit vorstellte.

Der Ausbau der medizinischen Versorgung war ein wichtiger Schritt, um die Epidemien, die das Land heimsuchten zu bekämpfen. Die Aufklärungsarbeit sollte gleichzeitig untergebracht werden, um so im Vorfeld auch präventiv gegen die Volkskrankheiten vorzugehen. Daher war es wichtig in erster Linie die Infrastruktur auf das Dorf auszuweiten und dort Untersuchungspunkte einzurichten.¹⁴⁵

„...the ninetieth rural health center in Yugoslavia, named in honor of King Alexander I, draws attention to the remarkably successful work of the peasant cooperative societies in organizing their local medical and public health facilities. The establishment of these health centers, one after another during the last twelve years, is a heroic achievement of reconstruction, which has already provided old Serbian Yugoslavia with a more extensive health organization of the rural masses than can be found in any similar area, except perhaps in Denmark.”¹⁴⁶

Erste Erfolge, die erzielt wurden, stießen meist auf neue Herausforderungen, da vor allem der soziale Hintergrund in vielen Bereichen eine Weiterentwicklung häufig zum Stocken brachte. Zwar wurde 1921 in Belgrad die Schule für Krankenschwestern eröffnet, die dann im Jahre 1923 in ein eigenes Gebäude überstellt, jedoch war der Beruf an sich, in der Gesellschaft nicht sehr angesehen und daher war es auch schwer junge Damen aus Gutem Haus zu diesem Beruf überreden zu können.¹⁴⁷

¹⁴⁴ „The first children's hospital in Serbia, as an exclusive paediatric institution, was founded in a deserted military barrack in Studenicka Street, near the Military Hospital, in January 1919. In February 1920, a new annex, called "Villa Bravacić", was opened in Dubrovnik, which was active till 1922. In this hospital, the first Training School for Serbian Nurses was opened in 1921, and in February of that year, the hospital moved into its new permanent house in Visegradska Street, where it had 70 beds.“ In: „90th anniversary of founding the first children's hospital in Serbia“, Artikel online unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19950771> (15.12.2012)

¹⁴⁵ Vgl. Dr. B. Konstantinovic, La Yougoslavie Pour La Santé Publique. Situation sanitaire. Organisation de l'activité socialo-médicale. Institutions pour le relèvement de la santé publique. (Beograd, 1937), S 44.

¹⁴⁶ Zitat aus Victor O. Freeburg, Yugoslavia Leads in Rural Health Centers. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 12, No. 1 (Jan., 1934), S 15-27, hier S 15.

¹⁴⁷ The Training School for Nurses, was establishment in Belgrade, that was “the first of its kind in the Balkans. This school was opened in May, 1923. Housed in its own building, a five-story structure of brick and concrete, the school has ample accommodations for 50 nurses with their teaching staff and offices. Four other training

Durch den großen Ärztemangel in Jugoslawien war es wichtig die Ausbildung neuer Ärzte zu forcieren,¹⁴⁸ da etwa ein Arzt auf 30.000 Menschen in den ländlichen Regionen fiel. Wichtig war es auch, dass die Landbevölkerung so erzogen wird, dass sie sich selbst durch vorbeugende Maßnahmen vor Krankheiten schützt und sich auch von häuslicher Medizin auf Abstand begibt.¹⁴⁹ Das Ziel war es die Zahl der Mediziner zu steigern und auch die regionale Versorgung zu verbessern, indem auch eine gewisse Autonomie in der Mitbestimmung der medizinischen Versorgung möglich gemacht wird.¹⁵⁰

„The Yugoslavian concept has been to provide a health center for each rural district of about 15,000 inhabitants, with an attendant staff of a full-time, salaried physician, public health nurses, and sanitarians.“¹⁵¹

Die Zahl der Gesundheitszentren lag im Jahre 1928 bei 43¹⁵² und war stetig am Wachsen, aber auch die Aufklärungsarbeit in den Ortschaften war am Steigen, vor allem die junge Bevölkerung wurde angesprochen und zur Weiterbildung animiert.¹⁵³ Neben der Bereitstellung der medizinischen Versorgung und der klinischen Beratung, wurde auch das Verständnis der Gesundheit den Menschen am Land beigebracht, indem bewegte Bilder, Vorträge, Fotografien verwendet wurden. Auch über die Gesundheit der Haus- und Zuchttiere, sowie über Ernte, Obstbäume und dem Geflügel wurden sie informiert. Auch das richtige Kochen und nährstoffreiche Essen sollte gelernt sein. Bei der Hygiene werden auch die

schools for nurses, situated in Skoplje, Zagreb, Ljubljana, and Valejvo, modeled on the one in Belgrade, have since been organized.” Zitat aus Freiburg, Yugoslavia, S 16.

¹⁴⁸ Vgl. 80 years' of internal medicine education at the medical school of the university in Belgrade (1922-2002). Artikel online unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14692153> (04.11.2012)

¹⁴⁹ Vgl. Freiburg, Yugoslavia, S 21.

¹⁵⁰ Vgl. Konstantinovic, La Yougoslavie, S 26.

¹⁵¹ Vgl. Milton I. Roemer, Rural Health Programs in Different Nations. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 26, No. 1 (Jan., 1948), S 74.

¹⁵² „In Yugoslavia before the war, we had an example of rural health cooperatives still operating without any official relation to the compulsory system of social security for the industrial workers of that nation. There were in Yugoslavia in 1936 some 115 rural health cooperatives with some 57,000 members.“ Zitat aus Roemer, Rural Health, S 77. Und kurz vor dem zweiten Weltkrieg waren es 123 Gesundheitszentren, die unter dem Gesundheitsminister Stampar errichtet worden sind. Vgl. Roemer, Rural Health, S 74.

¹⁵³ Vgl. Freiburg, Yugoslavia, S 22-24; Siehe auch Martin Mayer, Elementarbildung in Jugoslawien (1918-1941): ein Beitrag zur gesellschaftlichen Modernisierung? (Oldenburg, 1995), S 208.

Schlafräume und deren Gestaltung und Instandhaltung gelernt, sowie das richtige Badeverhalten der Jugend näher gebracht.¹⁵⁴

Zwar wurde nicht das Ziel erreicht, aber große Fortschritte wurden in der Aufklärungsarbeit gemacht, aber auch im Ausbau der medizinischen Versorgung, sowie in der Ausbildung der Ärzteschaft. (Siehe Tabelle 1, 2)

Tabelle 1: Medizinisches Fachpersonal in Jugoslawien 1936

Ärzte*	Zahnärzte	Zahnarzt-Techniker	Apotheker	Hebammen		Krankenschwestern	Anderes medizinisches Personal	Total
				Privat	Personal			
5.630	292	302	1.635	1.068	1.776	2.578	1.496	14.837

(Daten entnommen aus Konstantinovic, La Yougoslavie, S 31.)

Tabelle 2: Institutionen zur Bekämpfung von weit verbreiteten Krankheiten

Institutionen	1925	1928	1932	1937 ^Δ
Gegen Infektionskrankheiten	29	44	44	46
Gegen Tuberkulose	24	43	35	31
Zum Mutterschutz	10	22	32	38
Kinderkliniken (Schulkinder)	10	57	87	91
Gegen Geschlechtskrankheiten	39	56	61	54
Gegen Tollwut	16	21	19	17
Gegen Trachom ¹⁵⁵	5	9	21	21

(Daten entnommen aus Konstantinovic, La Yougoslavie, S 31.)

¹⁵⁴ Vgl. Freiburg, Yugoslavia, S 24.

* Ärztedaten aus 1934. Fehlende Daten für Ärzte aus 12 Bezirken.

^Δ „In 1934, established English-Yugoslav Children's Hospital for Treatment of Osteoarticular Tuberculosis in Sremska Kamenica, which was open until 1941.“ Aus; 70 years of English-Yugoslav Children's Hospital for osteoarticular tuberculosis in Sremska Kamenica. Artikel online unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15938231> (15.11.2012)

¹⁵⁵ Trachom (Altgriechisch: "grobe Auge") ist eine infektiöse Augenerkrankung und die Hauptursache für die Welt infektiöse Blindheit. Online unter <http://www.news-medical.net/health/What-is-Trachoma-%28German%29.aspx> (21.1.2013)

2.2.1.3. Gesundheitsverständnis der jugoslawischen Bevölkerung

Durch den geringen Bildungsgrad und der hohen Analphabetenrate in Jugoslawien, während der Zwischenkriegszeit waren sich die Menschen nicht über Hygiene und Übertragungsformen von Krankheiten bewusst. Zudem war das jugoslawische Gebiet weitgehend ländlich geprägt und hatte ein schlecht ausgebautes medizinisches Versorgungsnetz.

„1921 gab es in Jugoslawien alles in allem nur 17 Städte mit mehr als 25.000 Einwohner. Insgesamt belief sich die ‚urbane‘ Bevölkerung auf weniger als 7% aller Einwohner.“¹⁵⁶

Vor allem in den südöstlichen Teilen des Landes waren die Epidemien weit verbreitet und verursachten mehr als die Hälfte aller Todesfälle in diesen Regionen. Dies stand meist in Verbindung mit der schlechten bzw. unzulänglichen medizinischen Versorgung, die dazu führte, dass die Lebenserwartung nicht über 45 Jahre stieg.¹⁵⁷ Dabei spielt neben dem Zugang zur medizinischen Versorgung auch der Lebensstil eine Rolle, der in vielen Regionen des Landes noch sehr rückständig war, da die Menschen größtenteils auf dem Boden schliefen und keine guten hygienischen Verhältnisse aufwiesen.

„In Kroatien besaßen noch in den 1930er Jahren drei Viertel der Bauern, auch die bessergestellten, kein eigenes Bett. Sie lagen stattdessen nachts auf Strohmatten, Säcken, Bänken oder auf dem blanken Boden. Alle schliefen in einem Raum.“¹⁵⁸

Dies war aber auch für Serbien selbst nicht anders zu sehen, da sogar die Städte große hygienische Probleme aufwiesen und größtenteils als Brutstätte für etliche ansteckende Krankheiten in der Zwischenkriegszeit galten. Es war nicht wichtig wo man zu dieser Zeit lebte, da die medizinische Aufklärung sehr großen Nachholbedarf hatte und an die Landbevölkerung extrem schwer herankam. Das gleiche Bild zeichnete sich in fast allen Industriestädten, die große Zuströme an Menschen in kurzer Zeit bewältigen mussten.

¹⁵⁶ Zitat aus Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 50.

¹⁵⁷ Vgl. Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 51.

¹⁵⁸ Zitat aus Calic, Geschichte Jugoslawiens, S 102.

„Ob Sabac, Leskovac, Nis oder Skoplje, die wachsende Armut der städtischen Bevölkerung bereitete den Verantwortlichen ernsthafte Sorgen. Auch Belgrad, das am frühesten begonnen hatte, sich um die Stadthygiene zu bemühen, befand sich in dieser Hinsicht in einem desolaten Zustand: 1929 war erst der geringere Teil der Stadtbereiche mit – bereits veralteten – Wasser- und Kanalisationsleitungen ausgestattet.“¹⁵⁹

Aber auch das Straßennetz und die Trinkwasserqualität waren auf dem niedrigsten Niveau. Die Stadt Nis selbst war bis 1934/1935 ohne Wasserleitungen und einem Kanalisationsnetz. Neben all diesen mangelnden Möglichkeiten sich um die eigene Körperhygiene zu kümmern, übernahmen die Arbeiter ihre alten Gewohnheiten aus dem Land und setzten diese in der Stadt fort, indem sie weiterhin auf dem Boden oder in einem Holzbett schliefen und dabei ihre schmutzigen Kleider nicht auszogen. Das Essen wurde aus Platzgründen unter dem Kopf aufbewahrt.¹⁶⁰

Durch den Wandel der Ernährung und der Steigerung des Lebensstandards, sowie die fortschreitende Medikalisierung würde sich im Laufe der Jahre ein Umdenken forcieren. Auch der Versuch die Menschen in dieser Hinsicht durch Erwachsenenurse zur Verbesserung der Hygiene im Dorf zu bewegen und das Gesundheitsverständnis zu fördern, sollte gleichzeitig auch der Analphabetenrate entgegenwirken.¹⁶¹

Aber das Verhältnis zwischen dem Arbeiter und der Wohnung war äußerst ungesund, da der Großteil der Bevölkerung unter extrem unhygienischen Verhältnissen arbeitete und wohnte.¹⁶² Das Bewusstsein über Abfallentsorgung oder der Verbesserung von Wohnverhältnissen war nicht gegeben, auch nicht im Fall der eigenen Körperhygiene.

„Bei der häuslichen und persönlichen Hygiene konnte man die gleichen Beobachtungen machen. Das Bewusstsein für die Notwendigkeit und Bedeutung der Körperpflege für die Gesundheitsvorsorge war kaum vorhanden.“¹⁶³

¹⁵⁹ Zitat aus Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 338.

¹⁶⁰ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 339.

¹⁶¹ Vgl. Mayer, Elementarbildung in Jugoslawien, S 146.

¹⁶² Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 340.

¹⁶³ Zitat aus Mayer, Elementarbildung in Jugoslawien, S 208.

Daher ist es nachvollziehbar, dass diese Wohnumstände zu unterschiedlichen Epidemien führen mussten, die vor allem Belgrad als solches heimsuchten und zu einer traurigen Rekordbilanz in der Tuberkulosestatistik führten.¹⁶⁴ Die Errichtung der provisorischen Unterkünfte in der nahen Umgebung von Belgrad, die nicht einmal die niedrigsten Kriterien zum Leben erfüllten, brachten vor allem diese Epidemie mit sich. Ein kurzer Einblick in die Tuberkulosefälle und Verbreitung dieser Krankheit in der Zwischenkriegszeit, soll die Situation schildern, die später das Kosovo in einer ähnlichen Form heimsuchte, da dort die Entwicklung zeitversetzt stattgefunden hat.

2.2.1.3.1. Tuberkulose in der Zwischenkriegszeit

Vom Ersten Weltkrieg bis in die 1930er Jahre war die Tuberkulose einer der Hauptverantwortlichen für die Sterblichkeit in Jugoslawien. Dies wurde durch die neu geschaffenen Umstände und Veränderungen im Lebensalltag in die Ballungszentren getragen, da vor allem die Landbevölkerung stärker an dieser Krankheit litt, und durch die starke Abwanderung vom Land in die Stadt, sie die Tuberkulose mit sich brachten.

„Tuberkulose gehört nicht nur in den Kreisen der echten Volksleiden, sie nahm auch die Spitzenposition unter den Berufskrankheiten ein. Rund 35% der Sozialversicherten starben 1932 an Tuberkulose¹⁶⁵ und weitere 9% an andere Ansteckungskrankheiten.“¹⁶⁶

Es muss davon ausgegangen werden, dass die Krankheit hauptsächlich aus dem Land mitgebracht worden ist, da etwa 87% der Erkrankten Arbeitsmigranten waren und einen bäuerlichen Hintergrund hatten. Diese waren zu zwei Drittel schon krank bevor sie in Belgrad infiziert werden konnten.¹⁶⁷ Vor allem ihre Lebensweise war ein

¹⁶⁴ „Das Belgrad der Zwischenkriegszeit war eine der am stärksten von Tuberkulose befallenen Städte der Welt, aber auch andere Städte auf dem Territorium des Gesamtstaates erzielten in dieser Hinsicht traurige Rekorde.“ Jakir, Dalmatien, S 319.

¹⁶⁵ 1934 starben 28.320 und 1935 starben 26.006 Personen an den Folgen von Tuberkulose. Aus Konstantionovic, La Yougoslavie, S 19.

¹⁶⁶ Zitat aus Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 345.

¹⁶⁷ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 342.

wichtiger Grund für die schnelle Verbreitung dieser Krankheit und auch die Art und Weise wie sie am Rand von Belgrad lebten beschleunigte alles nochmals.

„Die Tuberkulosesterblichkeit lag hier viermal höher als in den mittleren und größeren Unterkünften, und mit steigender Wohndichte nahm auch die Mortalität exponentiell zu. Die Wahrscheinlichkeit, sich als Bewohner eines der überfüllten Hüttendörfer zu infizieren, war sogar neunmal höher als in den übrigen Belgrader Wohngebieten.“¹⁶⁸

Besonders betroffen waren Kinder und Jugendliche, da bereits 17% der Neugeborenen wegen der beengten Wohnsituation schon in den ersten Lebenstagen von Tuberkulose angesteckt wurden. 20% der TBC-Toten waren unter 14 Jahren. Grund für diese hohe Ansteckung ist auch die Größe der Familien und der enge Lebensraum, wodurch Gesunde und Kranke in einem Bett zusammen schlafen mussten.¹⁶⁹

Neben der katastrophalen Lage in Belgrad, waren die Kreisärzte auch über die hygienische Lage am Land sehr besorgt. Hier war nicht nur das Wohnen, die Ernährung und die Hygiene das Problem, sondern das Gesamtbild passte nicht zur medizinischen Aufklärung. Dabei ist es nicht wichtig aus welchem Besitzstand sie stammen, sie haben alle die gleichen Alltagsabläufe, die sehr unhygienisch waren und der Gesundheit schadeten.¹⁷⁰

„Die Wohnhäuser sind in einem armseligen Zustand, die Wohnräume ohne Fußboden, in vielen Häusern schläft man auf dem mit etwas Stroh bedeckten Boden; die Ernährung der Landbevölkerung ist sehr schlecht und unrationell; 95% der Häuser haben keinen Abort; es herrscht ein großer Mangel an gesundem Trinkwasser; ... die Bevölkerung ist nicht über die elementarsten hygienischen Voraussetzungen aufgeklärt. ... Im Süden Serbiens, im Kosovo und in Mazedonien standen die Dinge jedoch am Schlimmsten.“¹⁷¹

Die Aufklärungsbereitschaft der Landbevölkerung in diesen südlichen Regionen war gering, wobei diese mit Misstrauen gegenüber den Behörden und auch selbst gegenüber dem Arzt, der ihnen helfen wollte, reagierte. Neben der Tuberkulose

¹⁶⁸ Zitat aus Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 340.

¹⁶⁹ Vgl. Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 342.

¹⁷⁰ Vgl. Mayer, Elementarbildung in Jugoslawien, S 208-209.

¹⁷¹ Zitat aus Calic, Sozialgeschichte Serbiens, S 344.

waren auch viele andere Epidemien (z.B. Typhus, Morbilli, Scharlach, Meningokokken etc.)¹⁷², stark verbreitet, die man in dieser Zeit in den Griff zu bekommen versuchte.

2.2.2. Die Entwicklung der medizinischen Versorgung in Jugoslawien nach 1945

2.2.2.1. Vom Zweiten Weltkrieg bis in die 1980er

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges war Jugoslawien weitgehend zerstört. Etwa dreißig Prozent der Häuser, darunter vor allem Spitäler, Kliniken, Wasserversorgung, Kläranlagen, die wichtig für die medizinische Versorgung sind, waren teilweise oder gänzlich zerstört.¹⁷³ Auch unterschiedliche offene Rechnungen aus der Zeit des Krieges waren zu begleichen, die die Zahl der menschlichen Verluste, welche das System verursachte vergrößerte, da das Elend des Volkes durch die Epidemien weitreichend war und Malaria, Typhus, Tuberkulose hatten große Landstriche fest im Griff. Zudem kamen die vielen Kriegshinterbliebenen die einer Betreuung bedurften hinzu, wodurch das Gesundheitswesen sich anfänglich an das sowjetische System orientierte.¹⁷⁴

Dabei war der erwartete Sprung nach dem Krieg ausgeblieben, da Jugoslawien im Gegensatz zu der Sowjetunion eine stark rurale Bevölkerung hatte, während die Industrialisierung in der Sowjetunion in der Zwischenkriegszeit weit vorangeschritten war.¹⁷⁵ Zwar ging der Anteil der ländlichen Bevölkerung bis in die 1960er Jahre hinein etwas zurück, war aber in manchen Regionen deutlich überrepräsentiert.

¹⁷² Vgl. Konstantinovic, La Yougoslavie, S 20.

¹⁷³ Vgl. G. J. Conrad, Die Wirtschaft Jugoslawiens. Sonderhefte Neue Folge Nr. 17, Reihe A: Forschung. (Berlin, 1952), S 37 und S 49.

¹⁷⁴ Vgl. Himmelstein, Lang und Woolhandler, The Yugoslav Health System, S 424.

¹⁷⁵ Vgl. Holm Sundhaussen, Jugoslawien und seine Nachfolgestaaten 1943-2011. Eine ungewöhnliche Geschichte des Gewöhnlichen. (Wien/Köln/Weimar, 2012), S 131.

„Der Anteil der landwirtschaftlichen Bevölkerung an der Gesamtbevölkerung, der 1945 noch über 70% betragen hatte,¹⁷⁶ sank Anfang der 1960er Jahre unter die Hälfte ab und belief sich bei der Bevölkerungszählung von 1971 auf nunmehr 38%, wobei Slowenien mit 20,4% den geringsten und Kosovo mit 51,5% den höchsten Anteil aufwies.“¹⁷⁷

Somit war das Gefälle zwischen den Regionen noch immer vorhanden, und sollte sich auch weiterhin verschärfen.¹⁷⁸ Der Zustand der Bevölkerung konnte sich nicht verbessern, auch wenn die Modernisierung und Verstädterung rasch vorangeschritten war.¹⁷⁹ Auch im Kosovo selbst gab es einen Wandel seit dem Ende des Krieges. Es gab einige kleine Zentren, die langsam zu Städten heranwuchsen, wobei diese, bis in die späten 1960er, mit der Ausnahme von Prishtina, kaum eine Einwohnerzahl von mehr als 40.000 hatten.

Tabelle 3: Städteentwicklung im Kosovo 1948-1971¹⁸⁰

Städte im Kosovo zwischen 1948 und 1971 mit über 10.000 Einwohner				
	1948	1953	1961	1971
Vushtria	-----	-----	-----	12.334
Gjilani	-----	-----	12.681	21.258
Gjakova	15.003	16.702	20.778	29.653
Mitrovica	13.901	17.195	26.721	42.160
Peja	17.277	21.058	28.531	41.853
Prizreni	20.540	22.997	28.062	41.681
Prishtina	19.631	24.081	38.593	69.514
Ferizaj	-----	-----	11.665	22.239

Die negativen Folgen der Industrialisierung zeigten sich schon bald, da sie nicht nur auf die Umwelt und Natur ihren Einfluss hatten, sondern auch auf die Gesundheit jedes Einzelnen.

¹⁷⁶ Noch Anfang der 1960er Jahre lebten im Kosovo etwa 70% der Bevölkerung am Land und 30% in kleinen Städtchen und Städten. Vgl. Zdravko Otasheviq, Higjiena e Katundint tonë (Die Hygiene in unserem Dorf), Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 8, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 156-157, hier S 156.

¹⁷⁷ Zitat aus Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 184.

¹⁷⁸ Vgl. Conrad, Die Wirtschaft Jugoslawiens, S 8.

¹⁷⁹ Vgl. Sundhaussen, Nachfolgestaaten, S 131.

¹⁸⁰ Vgl. Popullsia dhe ekonomitë familjare sipas komunave dhe sipas lokaliteteve më 1948, 1953, 1961 dhe 1971. Prishtinë 1975. Buletin 3. KSA e Kosovës. Enti Kraninor i Statistikës. (Die Bevölkerung und die wirtschaftlichen Haushalte nach Gemeinden und Lokalitäten von 1948, 1953, 1961 und 1971.).

„Waren 1938 nur etwas mehr als 300.000 Menschen in der Industrie beschäftigt gewesen, so waren es 1967 bereits über 1,5 Millionen. Jugoslawien hatte damit die Phase des industriellen „Take-off“ erreicht, und rauchende Schloten gehörten fortan zu seinem Landschaftsbild.“¹⁸¹

Hier sieht Sundhaussen auch den Knackpunkt, indem er meint, dass es eine paradoxe Erscheinung ist, da auf der einen Seite die Modernisierung favorisiert wird, aber auf der anderen Seite, neben den alten Missständen auf dem Land und auch Großteils in der Stadt, die neue Belastung durch die industrielle Umweltverschmutzung hinzukommt.¹⁸²

„Während die schlimmsten hygienischen Missstände aus der Vergangenheit noch nicht beseitigt waren – weder auf dem Lande noch in einem Teil der Städte –, nahm die industrielle Umweltverschmutzung bereits ein Ausmaß an, das sowohl das ökologische Gleichgewicht als auch die Gesundheit der Menschen gefährdete. Unter der Überschrift „Die Vögel beginnen zu husten“ wies das angesehenes Belgrader Wirtschaftsmagazin „Ekonomika politika“ Ende 1970 darauf hin, dass die Luftverschmutzung in 44 jugoslawischen Städten einen Grad erreicht hatte, der weit über den international zulässigen Werten lag.“¹⁸³

Der Ausbau der Infrastruktur in Jugoslawien, vor allem auf dem ländlichen Gebiet, erreichte noch bis Ende der 1960er Jahre bei Weitem nicht alle Ortschaften, da etwa 10.000 kleine Siedlungen und Orte weder Schulen, Kultur- noch Gesundheitseinrichtungen besaßen. Dabei war auch hier der regionale Unterschied zwischen dem „reichen“ Norden und dem „armen“ Süden deutlich gegeben.¹⁸⁴

Dies spiegelte sich nicht nur in der Arbeitslosenquote wieder, die im Kosovo und Mazedonien bei über 20% lag und in Slowenien hingegen nahezu Vollbeschäftigung herrschte.¹⁸⁵ Auch die Analphabetenrate¹⁸⁶ war dementsprechend hoch in diesen südlichen Regionen und vor allem bei den Albanern, die mit 44% die Spitze in Jugoslawien stellten.¹⁸⁷

¹⁸¹ Zitat aus Sundhaussen, Nachfolgestaaten, S 133.

¹⁸² Vgl. Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 184.

¹⁸³ Zitat aus Sundhaussen, Nachfolgestaaten, S 142.

¹⁸⁴ Vgl. Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 184.

¹⁸⁵ Vgl. Sundhaussen, Nachfolgestaaten, S 143.

¹⁸⁶ „...but by 1987 there were still major differences, from 0.8 per cent illiteracy in Slovenia to 17.6 per cent in Kosovo.“ Aus Kunitz, What Yugoslavia means, S 258.

¹⁸⁷ Vgl. Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 185.

Dieses Entwicklungsgefälle, dass sich von der Zwischenkriegszeit bis zum eigentlichen Zerfalls Jugoslawiens wie ein roter Faden zog,¹⁸⁸ vergrößerte sich deutlich und zeigte am Ende die Diskrepanz, die so groß war, dass nicht einmal die reichen Bodenschätze in den armen Regionen was daran etwas ändern konnten.

„Erst wenn man das Bruttoinlandsprodukt der Bevölkerung vergleicht, wird das Entwicklungsgefälle wieder deutlich erkennbar. 1977 war es in Slowenien zwei Mal so hoch wie im jugoslawischen Durchschnitt und mehr als sieben Mal so hoch wie im Kosovo.“¹⁸⁹

Eine Studie aus dem Jahre 1963 zeigt, dass bei einer Zunahme des Pro Kopfeinkommens von \$15, ein jährliches Wachstum von 19% im Kosovo nötig sein würde, die als ärmste Region in Jugoslawien galt, und im Gegensatz dazu wäre in Slowenien, die als wohlhabenste Region in Jugoslawien galt, ein Wachstum von nur 3% nötig.¹⁹⁰

Tabelle 4: Regionales und nationales Einkommensgefälle^{191z}

NATIONAL, REPUBLICAN, AND REGIONAL INCOME*
(MILLIONS OF DINARS)

	1952	1958	1964	1970
Yugoslavia	8,721	18,337	55,935	142,909
Bosnia-Hercegovina	1,114	2,430	6,775	17,317
Montenegro	118	251	972	2,187
Croatia	2,179	4,991	14,705	38,673
Macedonia	430	954	3,163	7,398
Slovenia	1,484	3,070	8,935	22,973
All Serbia	2,946	6,642	21,386	53,732
Serbia Proper	2,027	4,295	13,893	35,750
Vojvodina	733	1,989	6,376	15,138
Kosovo-Metohija	185	358	1,117	2,844

* Derived from *Statistički Bilten*, No. 744 (October 1972).

Der Interessenskonflikt ist sehr deutlich zu sehen, weil die Umverteilung der Ressourcen und Finanzen zu einem Dauerthema wurde. Auch die Lohnfrage lässt sich durch Tabelle 4 deutlich veranschaulichen, da Kosovo die schwächste

¹⁸⁸ Vgl. Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 186.

¹⁸⁹ Zitat aus Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens, S 187.

¹⁹⁰ Vgl. Nicholas R. Lang, The Dialectics of Decentralization: Economic Reform and Regional Inequality in Yugoslavia. *World Politics*, Vol. 27, No. 3 (Apr., 1975), S 329.

¹⁹¹ Vgl. Lang, The Dialectics of Decentralization, S 329.

Einkommensregion war. In der Wirtschaftsreform von 1965¹⁹² gelang den entwickelten Staaten ein Teilsieg, was die Misgunst der „Armen“ auf sich zog.¹⁹³ Bei einer genaueren Betrachtung sehen wir das Entwicklungsgefälle als einen zwischennationalen Konflikt, da die Slowenen als „reichste“ und die Albaner im Kosovo als „ärmste“ Gruppe den Kreis schlossen.¹⁹⁴

Auch die Gründung des Bundesentwicklungsfonds im Februar 1965, bei der versucht wurde die unterentwickelten Regionen, mit einer bestimmten Abgabe durch die entwickelten Republiken, aufzubauen, konnte seine Ziele nicht verwirklichen.¹⁹⁵

Die Verfassung von 1963 verankert mehrere dieser Prinzipien, vor allem in Teil III, Artikel 27, wo es ausdrücklich angegeben ist, dass die gesamte Gemeinschaft den wirtschaftlich unterentwickelten Republiken alle Materialien und sonstigen Bedingungen gewährleisten muss, um ihre wirtschaftliche Entwicklung zum Wohle der harmonischen Entwicklung der Wirtschaft als Ganzes zu beschleunigen, und zu diesem Zweck bietet sie notwendige Mittel an und unternimmt weitere Maßnahmen.¹⁹⁶

Diese finanziellen und sozial-ökonomischen Diskrepanzen wirkten sich vor allem in der Versicherungssparten und auch in der medizinischen Versorgung aus, was durch die Dezentralisierung nicht vereinfacht wurde, sondern zu neuen Problemen führte.

2.2.2.2. Dezentralisierung und Selbstverwaltung

Nachdem Jugoslawien 1948 aus dem Kominform ausgeschlossen wurde, sah sich Jugoslawien gezwungen einen Mittelweg¹⁹⁷ zwischen dem sowjetischen Sozialismus

¹⁹² „In 1965 the Yugoslav government decided to put investments into the underdeveloped regions on a more permanent and autonomous basis instead of the annual or five-year plans.“ George W. Hoffman, The Problem of the Underdeveloped Regions in Southeast Europe: A Comparative Analysis of Romania, Yugoslavia, and Greece. *Annals of the Association of American Geographers*, Vol. 57, No. 4 (Dec., 1967), pp. 637-666, hier S 654. Vgl. auch Lang, *The Dialectics of Decentralization*, S 328.

¹⁹³ Vgl. Lang, *The Dialectics of Decentralization*, S 324.

¹⁹⁴ Vgl. Sundhaussen, *Geschichte Jugoslawiens*, S 187.

¹⁹⁵ Vgl. Hoffman, *Underdeveloped Regions*, S 656.

¹⁹⁶ Vgl. Hoffman, *Underdeveloped Regions*, S 652.

¹⁹⁷ Vgl. Eduard Neumeier, *Tito ohne Nachahmer. Eine Untersuchung über Jugoslawiens Sozialismus*. Artikel aus *Die Zeit*, Nr. 14, vom 1. April 1977, S 12.

und dem westlichen Kapitalismus zu gehen.¹⁹⁸ Dabei war dieser Ausschluss problematisch, da etwa die Hälfte des Außenhandels Jugoslawiens von der Sowjetunion abhängig war.¹⁹⁹ Zudem kamen die Dürrejahre 1950 und 1952,²⁰⁰ die den Ausstieg aus dem Bodenkollektiv²⁰¹ bewirkten und die Grundversorgung der Bevölkerung musste durch Importe vom Westen gewährleistet werden.²⁰² Das Geld für den Import wurde durch den Rohstoffhandel aus der südlichen Region aufgebracht.²⁰³

Die Dezentralisierung in Jugoslawien hat sich ab den 1950er Jahren in mehreren Phasen entwickelt.²⁰⁴ Den selbstverwaltenden Arbeiterschaften und Organisationen wurde weitreichende Selbstverwaltungsrechte zuerkannt, die aber trotzdem durch die staatliche Führung stark beeinflusst wurde.²⁰⁵

Durch die Planwirtschaft wurde in der ersten Phase,²⁰⁶ der Schwerpunkt auf die Schwerindustrie und der Kollektivierung in der Landwirtschaft gelegt.²⁰⁷ Es sollte eine gleichmäßige Entwicklung in allen Regionen des Staates erreicht werden, was sich auf Dauer als schwierig erweisen sollte.²⁰⁸

In dieser ersten kleinen Krise der Jahre 1950 und 1952, die sich vor allem durch Ernteausfälle bemerkbar machte, sah sich Jugoslawien vor der Herausforderung gestellt die Produktion für den internationalen Markt konkurrenzfähig zu machen. Daher wurde die exportierende Industrie in den nördlichen Regionen ausgebaut, wodurch die benötigten Investitionen in Mazedonien, Kosovo und Montenegro

¹⁹⁸ Vgl. Robert F. Miller, Theoretical and Ideological Issues of Reform in Socialist Systems: Some Yugoslav and Soviet Examples. *Soviet Studies*, Vol. 41, No. 3 (Jul., 1989), S 430-448, hier S 434, Siehe auch Kate Hudson, *Breaking the South Slav Dream. The Rise and Fall of Yugoslavia*. (London/Sterling, 2003). S 42.

¹⁹⁹ Vgl. Conrad, *Die Wirtschaft Jugoslawiens*, S 8.

²⁰⁰ Vgl. Zeljko Brkic, *Ökonomische Ursachen des Zerfalls Jugoslawiens und der Transformationsprozess in Kroatien 1990-2000*. Diplomarbeit in VWL Universität Trier, 2001. S 34, siehe auch Conrad, *Die Wirtschaft Jugoslawiens*, S 9.

²⁰¹ „*Offenkundig sind die Bauern in eine Art passiver Resistenz getreten, sowohl gegen die Kollektivierung, die bereits 18 Prozent der Agrarfläche erfasst hat, wie gegen die Ablieferungsvorschriften, die bei miserablen Preisen 50 bis 100 Prozent der Ernte vom Bauern fordern.*“ Aus H.A., *Bauern streiken in Jugoslawien*. Artikel aus *Die Zeit* vom 08.06.1950. Online unter <http://www.zeit.de/1950/23/bauern-streiken-in-jugoslawien> (12.02.2013), Siehe auch Hudson, *Breaking the South*, S 46.

²⁰² Vgl. Brkic, *Ökonomische Ursachen*, S 34.

²⁰³ Vgl. Conrad, *Die Wirtschaft Jugoslawiens*, S 55. Hier wird eine Auflistung aller wichtigen Rohstofflieferanten gemacht, die sich hauptsächlich in Bosnien-Herzegowina, Serbien, Kosovo und Mazedonien befanden.

²⁰⁴ „*Jugoslawiens Arbeiter-Selbstverwaltung.*“ Artikel aus *Der Spiegel*, Nr. 14/1973, S 137.

²⁰⁵ Vgl. Conrad, *Die Wirtschaft Jugoslawiens*. S 8.

²⁰⁶ Vgl. Brkic, *Ökonomische Ursachen*, S 29, siehe auch Lang, *The Dialectics of Decentralization*, S 313.

²⁰⁷ Vgl. Conrad, *Die Wirtschaft Jugoslawiens*, S 33-35.

²⁰⁸ Vgl. Lang, *The Dialectics of Decentralization*, S 313-314.

ausblieben.²⁰⁹ Somit wurde der Plan der ersten Phase verworfen, bei dem es darum ging alle Regionen gleichmäßig zu entwickeln.²¹⁰ Dies veränderte, durch die neu geschaffenen Rahmenbedingungen des Weltmarktes, die Politik innerhalb Jugoslawiens, bei der es darum ging Wettbewerbsfähig zu werden.²¹¹ Möglich konnte es dadurch werden, dass die Rohstoffe des Südostens so kostengünstig wie möglich dem Nordosten zur Verfügung gestellt wurden.²¹² Dabei entstand eine Entwicklungsdiskrepanz bei der die existierenden Industriegebiete weiter ausgebaut wurden, während die Entwicklung der ärmeren Regionen als Geldverschwendung gesehen wurde.

„Interessenkonflikte zwischen den Republiken führen auf diese Weise zu einer Zersplitterung des jugoslawischen Marktes in acht Teilmärkte mit der Folge von Produktivitätsverlusten und von Fehl-Allokationen der Produktionsfaktoren. Während die einzelnen Republikpläne lediglich den eigenen ehrgeizigen Zielen angepasst sind, kommt es auf Bundesebene zu Schwierigkeiten bei der Planung der Gesamtwirtschaft. Die Erfordernisse der Gesamtwirtschaft bleiben unbeachtet. Da ein freiwilliger interregionaler Wohlstandsausgleich auf der Basis von Absprachen zwischen den Republiken unterbleibt, werden bestehende Entwicklungsunterschiede nicht abgebaut, sondern im Gegenteil weiter zementiert und sogar vertieft. Der traditionelle Nord-Süd-Konflikt zwischen entwickelten und unterentwickelten Republiken verstärkt sich.“²¹³

1954 gab es eine erste Dezentralisierung,²¹⁴ bei der die Steuerung der Investitionen in die Hände der einzelnen Republiken gelegt wurde.²¹⁵ Zwar sollte damit der Föderalismus gestärkt werden, wobei aber die regionalen Interessen in den Vordergrund rückten und somit die Gräben zwischen den Regionen weiter vertieft wurden. Dies geschah aufgrund der Ungleichheit in der wirtschaftlichen Entwicklung, da die reichen Regionen ihr Geld für die eigene Weiterentwicklung

²⁰⁹ Vgl. Brkic, Ökonomische Ursachen, S 34.

²¹⁰ Vgl. Hudson, Breaking the South, S 46.

²¹¹ Vgl. Hudson, Breaking the South, S 48 und S 50.

²¹² Vgl. Brkic, Ökonomische Ursachen, S 34.

²¹³ Zitat aus Brkic, Ökonomische Ursachen, S 34. Originalzitat aus *Liliana Djekovic*, Der kurze Atem der Selbstverwaltung. Eine Volkswirtschaft zwischen Dauerkrise und gescheiterten Reformen, in: Furkes, Josip; Schlarp, Karl-Heinz (Hrsg.), Jugoslawien: Ein Staat zerfällt. Der Balkan - Europas Pulverfass. (Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1991), S 153-154.

²¹⁴ Vgl. Cedomir Vukmanovic, The System and Statistics in Yugoslavia Compared with Other Countries. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 43, No. 2, Part 2: Comparability in International Epidemiology (Apr., 1965), S 293.

²¹⁵ Vgl. Brkic, Ökonomische Ursachen, S 34.

verwendeten und somit die armen Regionen noch ärmer wurden.²¹⁶ Da der Föderalismus gleiche bzw. möglichst gleiche Bedingungen voraussetzt, oder zumindest die Bereitschaft zur Unterstützung der unterentwickelten Regionen durch die reichen Regionen im Staat als Voraussetzung für das Funktionieren dieses Staates sieht, kann der Föderalismus bei der gegebenen Ausgangsposition in Jugoslawien nicht auf lange Sicht funktionieren.

So wurden in dieser ersten Dezentralisierungsphase die unterentwickelten Regionen wie Bosnien-Herzegowina, Kosovo und Mazedonien weiterhin vernachlässigt und dienten lediglich als Rohstofflieferanten für die Schwerindustrie in Slowenien, Kroatien und Nord-Serbien.²¹⁷ Um den Schein der „sozialistischen Arbeitsteilung“ zu wahren, wurden in den südlichen Gebieten einige Fabriken aufgebaut, die aber kaum Produktionsergebnisse lieferten.

Durch die immer größer werdende Kluft zwischen dem Nordwesten und dem Südosten des Landes, kam es 1960 zur ersten politischen Krise innerhalb der Kommunisten in Jugoslawien, da sich der entwickelte Teil des Staates gegen den Ausbau des Südostens aussprach, weil deren Meinung nach dies eine unproduktive Vergeudung von Geldern wäre. In diesem Rahmen wurden neue Maßnahmen beschlossen, die für mehr Betriebsautonomie plädierten und marktwirtschaftliche Elemente aufnahmen und so die entwickelten Gebiete zu Lasten der unterentwickelten Regionen förderte.²¹⁸

1965 wurde eine neue Richtlinie verabschiedet, die den Dezentralisierungsprozess weiter ausbaute und den Republiken weitreichende Planungskompetenzen übergab. Wodurch die industrielle Überlegenheit Kroatiens und Sloweniens vorangetrieben wurde, was das wirtschaftliche Gefälle zwischen den Republiken weiter vergrößerte.²¹⁹

²¹⁶ Vgl. Hudson, *Breaking the South*, S 62-64.

²¹⁷ Vgl. Conrad, *Die Wirtschaft Jugoslawiens*, S 55. Hivzi Islami, *Fshati i Kosovës. Kontribut për Studimin Sociologjiko-Demokratik të evolucionit rural*. (Prishtinë, 1985), S 141-142. (Titel auf Deutsch: *Das Dorf des Kosovo. Ein Beitrag zum soziologisch-demographischen Studium der ruralen Evolution.*). Durch den ersten Fünfjahresplan (1957-1961), wurde in die Industrialisierung des Kosovo investiert, wobei aber nur in den Bereichen des Abbaus von Rohstoffen und nicht in den wichtigen Bereichen der Produktion und Verarbeitung.

²¹⁸ Vgl. Muhamed Saric and Victor G. Rodwin, *The Once and Future Health System in the Former Yugoslavia: Myths and Realities*. *Journal of Public Health Policy*, Vol. 14, No. 2 (Summer, 1993), S 220-237, hier S 221.

²¹⁹ Vgl. Hoffman, *Underdeveloped Regions*, S 654.

Die Schaffung des Ausgleichfonds, sollte die armen Regionen mit Geldern aus den reichen Republiken aufbauen und fördern, was aber zu einem Hauptstreitthema wurde, der innerhalb Jugoslawiens klare Linien zog, da der Nordwesten nicht für den Südosten zahlen aber diese Region weiterhin als billige Rohstofflieferant behalten wollte.

Als Anfang der 1970er Jahre erste wirtschaftliche Probleme zu erkennen waren, wurde deutlich, dass Jugoslawien nun auch Arbeitsmigration zulassen musste.²²⁰ Obwohl das Land weitgehend industrialisiert war, hatte es Probleme mit der hohen Verschuldung, sowie einer hohen Inflationsrate.²²¹

Die internationalen Kredite sollten Helfen die Industrialisierung noch weiter auszubauen, vor allem jene im Nordwesten die für den Export wichtig waren.²²² Um die Rückzahlung zu ermöglichen, waren der Ausbau des Exports von großer Bedeutung, der jedoch nicht mit den westlichen Staaten konkurrieren konnte, da diese zum Einen ihre Produkte und Märkte gegen andere Herstellerstaaten schützten und zudem war die weltweite Wirtschaftskrise ein wesentlicher Faktor für das Stagnieren der Weltmärkte. Zwar konnte Jugoslawien produzieren, aber es blieb am Ende auf den eigenen Produkten sitzen, wodurch sich ein Schuldenberg anhäufte.²²³

Innerhalb Jugoslawiens gab es große Interessenskonflikte, da Kroatien und Slowenien Mitte der 1970er Jahre versuchten die Zahlungen für die unterentwickelten Regionen einzustellen und dabei die Kontrolle über die Einnahmen der eignen Devisen erlangen wollten. Neben diesem Unterfangen, wurden auch die Löhne durch die Republiken und teilweise auch durch die Betriebe festgelegt. Diese unabhängige Entscheidungsform, führte zu einem starken Lohngefälle zwischen den Regionen, wobei Slowenien das höchste BIP und die höchsten Gehälter aufweist und Kosovo hingegen das Schlusslicht stellt. Dies wurde durch die erfolgreichen Betriebe im Nordwesten möglich, da sie die Dividenden an ihre Arbeiterschaft weitergaben.²²⁴

²²⁰ Vgl. Sundhaussen, Nachfolgestaaten, S 143-144.

²²¹ Vgl. Max Shain, Health Services in Yugoslavia. Medical Care, Vol. 7, No. 6 (Nov. - Dec., 1969), S 481-486, hier S 485.

²²² Vgl. Lang, The Dialectics of Decentralization, S 326.

²²³ Vgl. Stephen J. Kunitz, What Yugoslavia means, S 258.

²²⁴ Vgl. Lang, The Dialectics of Decentralization, S 329.

So wurden, durch diese neue Politik, unterschiedliche Lebensbedingungen geschaffen und verfestigt, die sich auch auf die Gesundheitsversorgung auswirkten. Durch die wachsende Auslandsverschuldung, machen sich schon Anfang der 1980er Jahre erste Anzeichen der Wirtschaftskrise bemerkbar.²²⁵ Gemessen am BSP ist Jugoslawien zu dieser Zeit das Land mit den meisten Schulden in Europa, was dazu führt, dass 1983 die Umverschuldungsverhandlungen mit dem internationalen Währungsfond begonnen wurden, der von Jugoslawien verlangte, dass es Lohnsenkungen, Preiserhöhungen, Entlassungen etc. vornehmen muss.²²⁶ Dies führte dazu, dass die Durchschnittslöhne zwischen 1981-1985, um etwa 40% abnahmen. Der innerjugoslawische Konflikt wird dadurch noch mehr verschärft. Vor allem bei der Frage der Rückzahlung der Schulden, sollten alle Republiken zu gleichen Teilen ihren Beitrag leisten. Obwohl von den Krediten der Nordwesten am meisten profitiert hatte, musste der Südosten ebenfalls seinen Teil tragen, was sie nicht in der Lage waren zu zahlen.²²⁷

„Ende der 1980er Jahre steuerte die politische und wirtschaftliche Krise Jugoslawiens auf ihren Höhepunkt zu. Die Auslandsverschuldung erreichte 1989 den Rekordwert von 16,5 Milliarden US-Dollar,²²⁸ die Inflation stieg im Dezember desselben Jahres auf 2700 Prozent.“²²⁹

Unter diesem Aspekt ist die Dezentralisierung und Entwicklung der medizinischen Versorgung zu betrachten, da sie vor allem regional organisiert wurde und von der Liquidität und der wirtschaftlichen Entwicklung abhängig war.

²²⁵ Vgl. Miller, Theoretical and Ideological Issues, S 437.

²²⁶ Vgl. Kunitz, What Yugoslavia means, S 259.

²²⁷ Vgl. Hudson, Breaking the South, S 56-57.

²²⁸ „As Aldcroft and Morewood point out, Yugoslavia, which by 1979 had a deficit on its current account of \$3.7 billion and by 1980 a foreign debt of \$18 billion, ‘had become dangerously vulnerable to variable-interest “roll-over” loans from the private sector and by 1981 was paying an average rate of interest of no less than 18.7 per cent on its debts, a far cry from the 7.3 per cent of 1972.’” Aus Hudson, Breaking the South, S 58-59.

²²⁹ Zitat aus Marie-Janine Calic, Gescheiterte Idee: Gründe für den Zerfall Jugoslawiens. In: Agilolf Keßelring (Hrsg.), Wegweiser zur Geschichte Bosnien-Herzegowina. (2. Aufl. Paderborn, 2007), S. 136-145, hier S 145.

2.2.2.3. Die Dezentralisierung im Gesundheitssystem

Die Dezentralisierung im Gesundheitswesen ist sehr komplex, da es zum Einen als geschlossenes System gesehen werden kann, sich aber politischen, sozialen und regionalen Einschränkungen fügen muss. Daher ist die Dezentralisierung in Jugoslawien besonders interessant, weil sich hier eine besondere Vielfalt durch die regionalen und sozialen Unterschiede bemerkbar machte.

“...decentralization may mean the transfer of authority over public enterprises from political officials to a relatively autonomous board; the development of regional economic inputs into national planning efforts; the transfer of administrative functions either downwards in the hierarchy, spatially or by problem; the establishment of legislative units of smaller size; or the transfer of responsibility to subnational legislative bodies, the assumption of control by more people within an economically productive enterprise, the hope for a better world to be achieved by more individual participation.”²³⁰

Die Gesundheitsversorgung in Jugoslawien durchlief ein ähnliches Stadium, wie die politische und soziale Veränderung, ausgehend vom Zweiten Weltkrieg. Es wurde versucht ein neues System zu schaffen, dass durch die limitierten Ressourcen nur bedingt möglich war. Dabei wurde zwischen 1945 und 1953 die Verstaatlichung des Gesundheitswesens nach dem sowjetischen Modell forciert.²³¹ Das Gesundheitsministerium hatte die Verwaltung der Gesundheitsversorgung inne, das die Finanzen und das Personal im ganzen Land zentral steuerte.²³² Dies wurde durch die erste Verfassung der Sozialistischen Föderativen Republik Jugoslawien vom 1946 festgeschrieben,²³³ was sich jedoch im Laufe der Zeit änderte, als im Jahre 1953²³⁴ eine neue Phase in Jugoslawien begann, die von der Dezentralisierung gekennzeichnet war.²³⁵ Dabei gab die Zentralverwaltung immer mehr Kompetenzen ab und die Selbstverwaltung im sozialen Bereich wurde ausgebaut. So wurden die Gesundheitsinstitutionen weitgehend unabhängig und hatten ihre eigenen

²³⁰ Zitiertes Zitat aus Anne Mills, J. Patrick Vaughan, Duane L. Smith und Iraj Tabibzadeh, Health System Decentralization. Concepts, issues and country experience. (World Health Organization, Geneva, 1990), S 16.

²³¹ Vgl. Joseph Frankel, Federalism in Yugoslavia. The American Political Science Review, Vol. 49, No. 2 (Jun., 1955), S 416-430, hier S 424.

²³² Vgl. Himmelstein, Lang und Woolhandler, The Yugoslav Health System, 424.

²³³ Vgl. Frankel, Federalism in Yugoslavia, S 422.

²³⁴ Vgl. Frankel, Federalism in Yugoslavia, S 427.

²³⁵ Vgl. „Gemeinsame Erklärung der UdSSR und Jugoslawien.“ Artikel online unter <http://www.deutsche-einheit-leipzig.de/index.php/inhalte-jugoslawien?start=10> (10.03.2013)

Verwaltungsgremien, sowie die Einführung von Expertenkomitees, die in allen wichtigen Fragen und Angelegenheiten konsultiert werden mussten.²³⁶ Eine Vielzahl von administrativen Funktionen wurden vom Gesundheitsministerium auf die Republiken und Gemeinden übergeben, wobei die Rolle des Ministeriums auf die Regulierung und Planung der Gesundheitsvorsorge für das allgemeine Interesse reduziert wurde. Auch die Frage der Finanzierung und Erhaltung des Gesundheitssystems wurde auf Gemeindeebene geklärt.²³⁷ Dieses sogenannte Sozialmanagement inkludierte auch die Verwaltung der Sozialversicherung, die keiner staatlichen Kontrolle unterstand und sich unter einem unabhängigen Mechanismus der Sozialverwaltung entwickelte. Diese rapide und etwas harsche Form der Dezentralisierung, änderte die sozial-politische Rolle der Republiken und vor allem der Gemeinden.²³⁸

In den 1960er Jahren, folgte eine weitere Periode der Transformation hin zur Selbstverwaltung und Selbstfinanzierung im Gesundheitssektor mit dem „Gemeindeorientierte Krankenversicherung“. Durch neue Gesetzesentwürfe auf föderaler und lokaler Ebene wurde der Prozess der Dezentralisierung im Gesundheitswesen weiter ausgebaut.²³⁹ Dies gab jedem Individuum die Freiheit seinen Arzt selbst auszuwählen. Das Recht auf Gesundheitsversorgung wurde zu einem Grundrecht für alle Bürger, und ein System von professioneller Betreuung wurde eingeführt. Die finanzielle Unabhängigkeit der Gesundheitsinstitutionen wurde durch Gesetze geregelt und die Versicherung reorganisiert, wobei die bisherigen Landkreise der Sozialversicherungsträger ersetzt wurden.²⁴⁰

Ab 1972 traten mehrere neue gesetzliche Änderungen in Kraft, die den Republiken und Gemeinden weitreichende Rechte einräumten, wie durch die Verfassung von 1974 und dem „Associated Labour Act“ (1976)²⁴¹, sowie dem „Law of Health

²³⁶ Vgl. Saric and Rodwin, *The Once and Future Health System*, S 222.

²³⁷ Vgl. Shain, *Health Services*, S 481.

²³⁸ Vgl. Saric and Rodwin, *The Once and Future Health System*, S 223.

²³⁹ Vgl. Gene S. Leonardson and Dimitar Mirčev, *A Structure for Participatory Democracy in the Local Community: The Yugoslav Constitution of 1974*. *Comparative Politics*, Vol. 11, No. 2 (Jan., 1979), S 189-203, hier S 191.

²⁴⁰ Vgl. Saric and Rodwin, *The Once and Future Health System*, S 224.

²⁴¹ Vgl. Dragoljub Durovic, „The Associated Labour Act.“ Artikel online unter http://www.fmsoares.pt/aeb/biblioteca/indices_resumos/resumos/008254.htm (31.1.2013), siehe genauere Details Dragoljub Durović, *The Associated Labour Act*. translated by Marko Pavičić. (Ljubljana, 1977).

Care“,²⁴² (1979). In dieser Zeit wurde versucht die Anbieter und Nutzer des Gesundheitssystems im Management und der Kontrolle der Gesundheitsvorsorge zu integrieren. Ein Entwicklungsprozess setzte ein, das als „Assoziierte Arbeit“ bekannt wurde, und auf die sozial kontrollierten Ressourcen gestützt war. Zwischen 1976 und 1980 wurden neue Gesetze in allen Republiken und Provinzen zur Gesundheitsversicherung und Vorsorge erlassen, bei der diese neuen Prinzipien berücksichtigt wurden.²⁴³

Diese Entwicklung wurde durch die Vermeidung des Marktprinzips, sowie einer zentralisierten Form der Gesundheitspolitik möglich, da das Ziel verfolgt wurde das neue Selbstverwaltungsmodell zu implementieren.

2.2.2.3.1. Finanzierung des Gesundheitssystems

Die Organisierung und Finanzierung des Gesundheitssystems wurde durch die Verwendung von lokalen Ressourcen ermöglicht, die auch das Funktionieren und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung bewirkten. Daher sind diese Ressourcen als direkte Verbindung zwischen dem Gesundheitssystem und der Wirtschaft, sowie den freiwilligen lokalen Steuern und Spenden zu sehen. Das Ziel war es den Zugang zur Gesundheitsversorgung auf allen Ebenen und jedem Bürger zu ermöglichen. Dabei sollten die Menschen dazu animiert werden sich um alle Entscheidungen, die sie betrafen, zu informieren und sich auch aktiv im Entwicklungsprozess zu beteiligen.²⁴⁴

Obwohl diese Ziele verkündet wurden, die den Anteil der Verbraucher in Entscheidungsgremien erhöhen sollten, blieb der Einfluss der Gemeinden und der Individuen schwach, da die meiste Planung noch immer von der Regierung bzw. quasistaatlichen Institutionen vorgenommen wurde. Aber die Finanzierung des Gesundheitssystems durch die sogenannten „selbst verwaltende

²⁴² Vgl. Lee und Hoare, Primary Health Care Service, S 52.

²⁴³ Vgl. Himmelstein, Lang and Woolhandler, The Yugoslav Health System, 425-426.

²⁴⁴ Vgl. Shain, Health Services, S 481.

Interessengemeinschaften“ (SIZ), die sowohl Verbraucher als auch Repräsentanten des Gesundheitssystems involvierte, zeigte sich vielversprechend.²⁴⁵

In Jugoslawiens gab es zwei Arten von Versicherungsträgern; zum Einen volkseigene Profit-Unternehmen in der Form von Sach- und Lebensversicherung, und volkseigene „selbst verwaltende Interessengemeinschaften“ (SIZ), die eine Krankenversicherung, eine soziale Sicherheit und Invalidenversicherung vorsahen.²⁴⁶

Die SIZ war von der jugoslawischen Verfassung von 1974 vorgesehen, eine nicht-staatlichen Institution zu sein, die das Prinzip für die Finanzierung von Gesundheit und anderen sozialen Diensten vertrat.²⁴⁷ Es wurde um ein definiertes Gebiet, in der Regel aus mehreren benachbarten Gemeinden (Kommunen) mit einer durchschnittlichen Bevölkerung von 50.000 organisiert.²⁴⁸ Es wurde von zwei Räten der gewählten Delegierten - einen Rat von Anbietern und einem Rat der Verbraucher geregelt. Im Gesundheitsbereich fungiert das SIZ als Krankenkasse. Mitarbeiter des Gesundheitswesens waren im Konzil der Anbieter vertreten und legten Vertreter im Rat der Verbraucher fest.²⁴⁹

Die überwiegende Mehrheit der Jugoslawen arbeitete im sozialen Sektor. Im Gegensatz zu dem Grundgedanken des gesellschaftlichen Eigentums, ergab es sich, dass die Finanzierung des Gesundheitswesens die traditionelle Unterscheidung zwischen den „Arbeitnehmern“ und den „Arbeitgebern“, in der Tat, im sozialen Sektor zu finden war. Die Krankenversicherung war auf der Seite der Arbeitnehmer das Vorteilspaket für jeden Einzelnen. Die Lohnsteuer wurde auf einer verpflichtenden Grundlage erhoben. Etwa 8% des Lohns jedes einzelnen Mitarbeiters wurde abgezogen und zusammen mit dem Arbeitgeberanteil, wurde die Summe an die örtlichen Einheiten des Gesundheitswesens zugewiesen. Die Arbeitgeber trugen zu einer Gesundheitsversorgungssteuer auf der Basis des Gesamtumsatzes des Unternehmens bei.²⁵⁰

²⁴⁵ Vgl. Saric and Rodwin, *The Once and Future Health System*, S 221.

²⁴⁶ Vgl. Saric and Rodwin, *The Once and Future Health System*, S 224.

²⁴⁷ Vgl. Leonardson and Mirčev, *A Structure for Participatory Democracy*, S 191.

²⁴⁸ Vgl. Robert F. Miller, *Theoretical and Ideological Issues* S 447.

²⁴⁹ Vgl. Saric and Rodwin, *The Once and Future Health System*, S 225.

²⁵⁰ Vgl. Shain, *Health Services*, S 484.

Freiwillige Beiträge für die Gesundheitsvorsorge waren auch für eine große Gruppe von privaten Landarbeitern zwingend. Aufgrund unzureichender Prämien, wurde ein wesentlicher Teil des Versicherungsrisikos für diese Gruppe durch Zuschüsse aus den kommunalen Regierungen getragen. Nur im nicht-landwirtschaftlichen Privatsektor, der nur einen Bruchteil der jugoslawischen Wirtschaft ausmachte und aus kleinen Unternehmen und Freiberuflern bestand, wurde die Krankenversicherung auf freiwilliger Basis organisiert.²⁵¹

Das System der Bewertung aller Klassen der Mitarbeiter war gemeindeorientiert: es wurde von den Teilnehmern die Zahlung erwartet - unabhängig von ihrer individuellen Auslastungen - für alle Kosten die im Gesundheitswesen entstanden. Im Bezug auf die Leistungen, stellte das Gesundheitssystem eine umfassende und flächendeckende Versorgung sicher.

Aber die Qualität der Dienstleistungen unterschied sich signifikant von einem Teil des Landes zum Anderen. Die Differenz ergab sich aus der Tatsache, dass die Löhne im ganzen Land von der Lohnsteuer variierten, die von den einzelnen Gemeinden erhoben wurden. Innerhalb jeder Republik, gab es Ungleichheiten zwischen den einzelnen Krankenkassen, deren Unterschiede über eine Quersubventionierung gemildert, und durch einen speziellen Fond der Republiken finanziert wurden. Die Gesundheitsinstitutionen verhandelten mit den lokalen Behörden über die jährlichen Haushaltspläne.²⁵²

When providing services for the population living outside the area, providers were allowed to charge the patient's SIZ on a fee-for-service basis. Municipal government reserved the right to intervene in the event that the two parties reached what was vaguely defined as a "socially harmful" contract.²⁵³

In der Praxis wurde die Autonomie der regionalen Institutionen in der Beziehung zum Staat stark eingeschränkt. Prämien zwischen Vertretern von Anbietern und Konsumenten wurden von der Verwaltungseinheit der Regionen vereinbart, die durch die lokale Regierung genehmigt, und dann von den Räten abgesegnet wurden.

²⁵¹ Vgl. Himmelstein, Lang and Woolhandler, The Yugoslav Health System, 425.

²⁵² Vgl. Hoffman, Underdeveloped Regions, S 654.

²⁵³ Vgl. Saric and Rodwin, The Once and Future Health System, S 226.

Der maximale jährliche Leistungsbeitrag in den Fonds, durch die Arbeitnehmer und Arbeitgeber, wurde von den Republiken und der Bundesregierung geregelt.

3. Kosovo und die Entwicklung der medizinischen Versorgung bis 1990

Nachdem die Entwicklung im Kosovo sich weitgehend unter dem jugoslawischen Durchschnitt bewegt hat, kann die Zwischenkriegszeit Jugoslawiens mit der Situation im Kosovo nach 1945 verglichen werden, da die Umstände und der Entwicklungsstand ähnlich waren. Es muss erwähnt werden, dass es im Jahre 1940 im Kosovo 5 Krankenhäuser und 390 Krankenhausbetten gab, 36 Ambulanzen für unterschiedliche Gesundheitsbereiche und 5 Seuchenstationen, von denen nur drei in Betrieb waren.²⁵⁴ In all diesen Gesundheitsinstitutionen gab es 38 Ärzte, 20 Apotheker (privat), ein Stomatologe²⁵⁵ und ein weiteres medizinisches Personal von etwa 85 Personen, die den Großteil ihres Wissens aus ärztlichen Kursen bezogen haben.²⁵⁶

Auch nach dem Zweiten Weltkrieg setzte sich der schlechte Gesundheitszustand von der Vorkriegszeit im Kosovo fort, da die Bevölkerung unter verschiedene Epidemien litt, die vor allem Säuglinge und Kinder in Mitleidenschaft zogen und für deren hohe

²⁵⁴ Vgl. Oliver Jens Schmitt, Kosovo: Kurze Geschichte einer zentralbalkanischen Landschaft. (Stuttgart, 2008), S 272.

²⁵⁵ „Die Stomatologie ist laut gesetzlicher Definition die "Wissenschaft der Heilkunde der Krankheiten der Mundhöhle, also der Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten". Die zusammen hängenden Körperteile von Zähnen, Mund und Kiefer werden als so genanntes Stomatognathes System bezeichnet. Die Stomatologie gilt als medizinisches Teilgebiet. Der Stomatologe ist ein auf diesem Gebiet ausgebildeter Facharzt." In "Stomatologen Behandeln Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen". Online unter http://www.paradisi.de/Health_und_Ernaehrung/Heilberufe/Stomatologen/ 28.01.2013)

²⁵⁶ Vgl. Çerkin Bytyçi, Prim. Dr. Daut Mustafa. Në 90-vjetorin e lindjes së prim. dr. Daut Mustafës. (Prishtinë, 2009), S 23. (Titel auf Deutsch; Prim. Dr. Daut Mustafa. Zur 90-jährigen Geburt des prim. dr. Daut Mustafa.).

Sterblichkeitsrate verantwortlich waren. Es waren Krankheiten wie Malaria,²⁵⁷ Fleckfieber²⁵⁸, Bauchtyphus²⁵⁹, Dysenterie²⁶⁰, weitere Arten von Darmkrankheiten, Tuberkulose, Masern, Meningitis, Diphtherie²⁶¹, etc., die zu den Epidemien der ersten zwei Dekaden nach dem Zweiten Weltkrieg gehörten.²⁶²

Dieser Herausforderung stand eine schlechte und unzureichende medizinische Versorgung gegenüber, da es im Kosovo zu Beginn des Jahre 1946 im gesamten Territorium nur 5 Krankenhäuser mit 333 Betten gab, wodurch etwa 0,4 Betten auf 1.000 Einwohner kamen. In diesen arbeiteten 9 Ärzte (von denen keiner ein Albaner war), 15 Apotheker, 6 Techniker, 11 Epidemiologen und 27 weitere Mitarbeiter mit niedriger medizinischer Qualifikation.²⁶³

Die starke wirtschaftliche Entwicklung Anfang der 1950er Jahre im Kosovo stimulierte den Wunsch nach einer größeren Ärztezahle und weiterem medizinischem Personal. Hier wurden zwischen 1956 und 1960 gute Erfolge erzielt, da wichtige Investitionen in diesem Bereich getätigt wurden. Es wurde eine bessere und effektivere Arbeit für die Ärzte und dem medizinischen Personal gesichert und präventive Gesundheitsvorsorgen wurden vermehrt umgesetzt. Die Zahl der

²⁵⁷ Vgl. Isuf I. Dedushaj, Vaksiniimet kundër sëmundjeve ngjitëse. Vaksinoprofilaksa. (Prishtinë, 1994), S 15. (Titel auf Deutsch: Impfungen gegen ansteckende Krankheiten. Vorsorgeimpfungen) 1946 waren 100.000 von Malaria und etwa 20.000 an Fleckfieber und etwa jeder zweite Todesfall war zu dieser Zeit auf Epidemien zurückzuführen.

²⁵⁸ „Das Fleckfieber (auch als "Laus-bourne Typhus" bekannt), häufige Epidemien die Kriege und Naturkatastrophen folgen. Der Erreger wird durch den menschlichen Körper Laus, die Sie mit Fieber, Kopfschmerzen, Erschöpfung, Schüttelfrost und Hautausschlag verlassen übertragen. Diese Art von Typhus ist am häufigsten als „Schiff Fieber“ bekannt oder als „Gefängnis Fieber“, weil sie selbst in beengten Verhältnissen vorkam, nämlich an Bord von Schiffen und im Gefängnis.“ Siehe „Arten von Typhus und ihre Symptome.“ Artikel online unter <http://de.forme.co.il/arten-von-typhus-und-ihre-symptome/> (02.02.2013)

²⁵⁹ „Die Symptome bei Typhus abdominalis bei Babys und Kindern beginnen schleichend. Je jünger ein Kind ist, desto weniger ausgeprägt sind die Krankheitssymptome.“ Dr. med. Petra May, „Typhus abdominalis bei Baby & Kind – Symptome“. Artikel online unter <http://www.gesundheitsportal-privat.de/Krankheiten/Typhus/Symptome/Typhus-abdominalis-bei-Baby+Ki-9093.html> (02.02.2013)

²⁶⁰ „Als Dysenterie (veraltete dt. Bezeichnung Ruhr, Dissenterie, Syn. bakterielle Enteritis) wird im engeren Sinne eine entzündliche Erkrankung des Dickdarms bei einer bakteriellen Infektion (Bakterienruhr) bezeichnet. Im weiteren Sinne werden hierunter auch Durchfallerkrankungen auf der Grundlage von Infektionen mit Parasiten (z. B. Amöben, Lamblien) oder Viren verstanden.“ Siehe <http://de.wikipedia.org/wiki/Dysenterie> (02.02.2013)

²⁶¹ Vgl. Dr. Dragosllav Bugarinoviç, Difteriti. (Die Diphtherie). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1962, Nr. 2, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 21-23.

²⁶² Vgl. Bytyçi, Dr. Daut Mustafa, S 27. Siehe auch Xhevat Hasani, Tone Berisha, Sistemi Shëndetësor i Kosovës. Mjekësia popullore dhe ritualët. Doracak për punonjësit shëndetësorë dhe psikosocial. (Zürich, 2000), S 14. (Deutsch: Xhevat Hasani, Tone Berisha, Das Gesundheitssystem des Kosovo. Volksmedizin und ihre Rituale. Handbuch für Arbeitende im Gesundheitsbereich und psychosozialen Bereich.)

²⁶³ Vgl. Fazli Kajtazi, Diçka për format dhe disa probleme të luftës kundër tuberkulozit. (Etwas über die Arten und einigen Problemen im Kampf gegen die Tuberkulose). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 12, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 223-224, hier S 223. Mit mehr als 930.000 Einwohnern gibt es nur 6 Kliniken (Dispanzer) und sehr begrenzte Kapazitäten mit unzureichendem Kader.

Gesundheitspunkte hat seit 1955 zugenommen und weist im Jahre 1960 etwa 232 Ambulanzen (punkte shëndetsore), 226 Ärzte, 409 Krankenpfleger und etwa 600 weitere Personen im medizinischen Bereich auf.²⁶⁴

Die medizinische Grundversorgung gewährleistete 8 Gesundheitsstationen (stacione shëndetësore/zdravstvene stanice) in den Städten, drei in den Dörfern, eine antituberkulöse Klinik und zum stomatologischen Schutz standen drei Zahnärzte und ein Stomatologe zur Verfügung.²⁶⁵

Tabelle 5: Ärzte¹ auf 100.000 Einwohner in den Regionen. 1952-1984²⁶⁶

Region	Physicians/100,000 (Yugoslavia = 100)					Physicians/ 100,000
	1952	1961	1971	1981	1984	1984
Less developed regions	45	59	65	72	75	152.3
Bosnia-Hercegovina	41	57	63	73	75	153.1
Kosovo	30	35	38	40	46	94.5
Macedonia	59	72	87	95	97	197.5
Montenegro	57	75	76	81	80	162.8
More developed regions	125	120	119	116	115	234.4
Croatia	132	124	114	115	112	227.5
Serbia Proper	122	120	121	119	122	247.6
Slovenia	151	141	129	123	117	238.8
Vojvodina	96	97	114	106	102	208.6
Yugoslavia	100	100	100	100	100	203.7

Sources: Federal Statistical Office (various years); Federal Institute for Public Health (various years)

Note: ¹ Including stomatologists.

Die Situation lässt sich durch zwei Tabellen (5 und 6) genauer erläutern, bei der es deutlich wird, dass Kosovo auch im Bereich der ärztlichen Versorgung der Bevölkerung innerhalb Jugoslawiens das Schlusslicht darstellte und weit hinter den anderen Republiken hinkte. Kosovo hatte über die Jahre hinweg immer das Schlusslicht gestellt. Die Zahl der Ärzte war bescheiden da bis Ende der 1960er Jahre etwa 479 Ärzte und 2403 Personen im Pflegedienst im Kosovo tätig waren.²⁶⁷

²⁶⁴ Bora Ristić, Disa Probleme të mbrojtjes preventive në krahinën tonë. (Eine Probleme des präventiven Schutzes in unserer Provinz). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 3, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 44-45, hier S 44.

²⁶⁵ Vgl. Bytyçi, Dr. Daut Mustafa, S 30. Siehe auch Schmitt, Kosovo, S 272.

²⁶⁶ Vgl. Mark G. Field, Success and Crisis in National Health Systems. A comparative approach. (London, 1989), S 179.

²⁶⁷ Ärzte Gesamt - 197 (1955), 349 (1966), 627 (1975); Davon Spezialisten - 27 (1955), 20 (1966), 79 (1975); Pflegepersonal Gesamt - 582 (1955), 1172 (1966), 2458 (1975); Davon mit hoher und mittlerer Ausbildung - 249 (1955), 747 (1966), 2295 (1975). S 326-327 und 329.

Vojvodina war unter den besser entwickelten Regionen als Schlusslicht und konnte im Laufe der Jahre bis in die 1980er hinein aufholen und über den Durchschnitt kommen, während Kosovo weit abgeschlagen hinter Montenegro, Mazedonien und Bosnien-Herzegowina blieb und sich dem Durchschnitt weiter entfernte. Auch die Versorgung durch Krankenhausbetten ist nicht anders gewesen, da Kosovo weit abgeschlagen zu den anderen Republiken gewesen ist, da im Kosovo im Jahre 1968 auf 1000 Einwohner etwa 2,87 Betten zur Verfügung stehen, während in Slowenien 8,2 Betten zur Verfügung standen.²⁶⁸

Tabelle 6: Krankenhausbetten auf 10.000 Einwohner nach Regionen: 1952-1983²⁶⁹

Region	General hospital beds/10,000 (Yugoslavia = 100)					General hospital beds/10,000
	1952	1960	1970	1980	1983	1983
Less developed regions	66	71	80	83	83	33.2
Bosnia-Herzegovina	57	59	75	85	86	34.1
Kosovo	49	73	63	57	59	23.6
Macedonia	90	86	98	91	93	36.9
Montenegro	89	109	96	108	104	41.5
More developed regions	115	114	111	110	110	43.7
Croatia	137	117	113	114	115	45.8
Serbia Proper	102	109	99	101	102	40.4
Slovenia	145	155	164	147	141	56.1
Vojvodina	77	83	91	91	92	36.1
Yugoslavia	100	100	100	100	100	39.8

Source: Federal Statistical Office (various years)

Zu Beginn der Siebziger und Ende der Sechzigerjahre „existierten im Kosovo für 1,2²⁷⁰ Millionen Einwohner sieben Krankenhäuser mit 3128 Betten²⁷¹; dazu neun Geburtsstationen mit 104 Betten; 21 sogenannte ‚Gesundheitshäuser‘ („Shtëpi e shëndetit/Dom zdravlje“), 38 Ambulanzstationen, 126 sogenannte ‚Punkte‘ mit ärztlicher Versorgung („Punkte/Punktovi“),²⁷² weitere Einrichtungen zur Bekämpfung von

²⁶⁸ Vgl. Schmitt, Kosovo, S 272.

²⁶⁹ Vgl. Field, Success, S 180.

²⁷⁰ 1971 hatte Kosovo 1.243.693 Einwohner. Vgl. Popullsia dhe Ekonomi, S 5.

²⁷¹ 1966 (3019 Betten), 1975 (3865 Betten), Vgl. Vjetari Statistikor i KSA të Kosovës 1979. Krahina Socialiste Autonome e Kosovës Enti Krahinor i Statistikës. (Prishtinë, Dhjetor 1979), S 326.

²⁷² 1966 (151 Ambulanzen und Punkte – werden zusammen aufgelistet), 1975 (230 Ambulanzen und Punkte) Vjetari 1979, S 326.

Tuberkulose²⁷³ und Geschlechterkrankheiten, 52 Zahnambulanzen²⁷⁴ und 75 Apotheken²⁷⁵.“²⁷⁶

Es gab bis in die 1970er Jahre Probleme mit Epidemien wie Malaria, Tuberkulose (bis in die 1980er) und dem Ausbruch der Variola Vera (1972), bei letzterem konnte dank einer Immunisierung der Bevölkerung durch die Pflichtimpfung größerer Schaden vermieden werden.²⁷⁷ Diese Krankheiten waren meist mit der weitverbreiteten Armut im Land verbunden, wo zudem die schlechte Ernährung und das mangelnde Hygieneverständnis tragend waren.²⁷⁸

Der Ausbau der medizinischen Versorgung ging zwar schnell voran, konnte zum Einen jedoch nicht mit dem Bevölkerungswachstum²⁷⁹ mithalten und auf der anderen Seite war die innerjugoslawische Wirtschaftskrise ab den 1970er Jahren für das Ausbleiben von Investitionen im Gesundheitssektor verantwortlich.

„Der Aufbau der Gesundheitswesens wirkte sich besonders bei der albanischen Bevölkerung aus: Noch 1964 hatte es nur 50 albanische Ärzte und 333 albanische Pfleger gegeben – 1970 war deren Zahl auf (immer noch äußerst bescheidene) 99 Ärzte und 643 Pflegebeschäftigte gestiegen. In den Siebzigerjahren veränderte die erste Generation von an der Medizinischen Fakultät der Universität Prishtina ausgebildeten Ärzten diese Verhältnisse.“²⁸⁰

Diese allgemeine Situation des Kosovo in der medizinischen Versorgung uns vor Augen führend, werde ich einen regionalen Einblick gewähren, bei der auch der soziale Aspekt berücksichtigt wird, der neben der medizinischen Versorgung ein wichtiger Faktor ist, da sich die Ärzte vor allem auch mit alten Gewohnheiten und Traditionen der Bevölkerung beschäftigen mussten,²⁸¹ und auch die Konkurrenz unter den Ärzten zudem die Situation verschlechterte.

²⁷³ 1966 (11 Tuberkulosezentren), 1975 (19 Tuberkulosezentren). Vgl. Vjetari 1979, S 326.

²⁷⁴ 1966 (69 Ambulanzen), 1975 (58 Ambulanzen). Vgl. Vjetari 1979, S 326.

²⁷⁵ Die Zahl der Apotheken scheint in den Statistiken in den Jahren 1966 (35 Apotheken) und 1975 (51 Apotheken), die hier nicht bestätigt werden können. Vgl. Vjetari 1979, S 327.

²⁷⁶ Zitat aus Schmitt, Kosovo, S 272.

²⁷⁷ Vgl. Schmitt, Kosovo, S 273.

²⁷⁸ Vgl. Interview Dr. Jagxhiu

²⁷⁹ 4.000-6.000 Geburten alleine in Prizren pro Jahr in einem einzigen Krankenhaus im Großraum Prizren Angabe zu Geburten vgl. Interview Dr. Besimi, mit einer Bevölkerung von etwa 161.000 (1961) und 217.000 (1971). Vgl. Popullësia dhe Ekonomia, S 10, S 26, S 31 und S 36.

²⁸⁰ Zitat aus Schmitt, Kosovo, S 273.

²⁸¹ Vgl. Interview Dr. Dr. Besimi

„Dr. Dauti hatte viele Feinde unter den Ärzten, da es wenige Ärzte gab, bei denen eine Spezialisierung möglich war. Da jeder ein Spezialist werden wollte, wer sollte dann in den Dörfern arbeiten?“²⁸²

Deswegen war es Dr. Dauti ein Anliegen den Ausbau der medizinischen Versorgung so gut wie Möglich voranzutreiben, damit die ländliche Bevölkerung auch in den Genuss der Gesundheitsvorsorge kommen konnte.

3.1. Kurze Geschichte zur medizinischen Entwicklung im Großraum Prizren

Die medizinische Versorgung von Prizren lässt sich bis auf die Zeit der Nemanjiden zurückverfolgen und bekam das erste Krankenhaus zur Zeiten Stefan Dusan's, die er neben der Kirche Hl. Erzengel errichten ließ. Dieses Krankenhaus gab den Mönchen und den Klosterschwestern eine bevorzugte Behandlung, und hatte nur 12 Betten die ausschließlich für Invaliden gedacht waren.²⁸³ Ein italienischer Volksmediziner soll damals tätig gewesen sein und eine Apotheke war neben dem Krankenhaus, die alle Arzneien selbst herstellte.

Während der osmanischen Besetzung hatten die Krankenhäuser die Rolle der Unterbringung von Personen mit Behinderungen, von Invaliden und von armen Menschen. Das „medizinische“ Personal bestand mehrheitlich aus Seelsorger, die für Behandlungen die italienische Literatur und empirische Medizin verwendeten. So arbeiteten in der Abwesenheit von Medizinern Volksärzte, die ihre Erfahrungen aus früheren Generationen mitgenommen hatten. Die Menschen jener Zeit waren nicht gebildet genug um den Unterschied zwischen der professionellen Medizin und Laienmedizin zu erkennen, und baten deshalb öfters um Hilfe bei traditionellen

²⁸² „Dr. Dauti ka pase bile shume anmik nga mjeket, se ka pas shume pake mjeke per me dhan specializimin, se cdokush po don me u be specialist dhe neper fshatra kush me punu?“ Zitat aus dem Interview von Dr. Jagxhiu

²⁸³ Vgl. Spitali i Parë në Prizren. (Das erste Krankenhaus in Prizren) Artikel online unter <http://www.spitali-prizren.com/Fillimi.aspx?tabindex=7&tabid=8> (11.02.2013)

Heilern, Imame, Priester und Kaffeesatzlesern (fallexhinjet) und an Schreinen (Gräber heiliger Personen).²⁸⁴

Die Stadt Prizren wurde damals für die Herstellung von Medikamenten, durch die Muslime (myshemave), bekannt. Bis in das frühe neunzehnte Jahrhundert gab es keinen qualifizierten Arzt. Die Zivilbevölkerung wurde von Volksärzten oder teilweise angelernten Ärzten behandelt, während die türkischen sanitären Einrichtungen für die eigenen Bedürfnisse, in der ganzen Region tätig waren. Hier war die Familie der Parlic's die neben 3 Generationen von traditionellen Heilern auch drei Generationen von qualifizierten Ärzten hatte.²⁸⁵

„Es ist die Rede über einen Arzt der vor 150 Jahren gelebt hat. Sein Name ist Zaharije – Zaka Parlic, genannt Zaka Heqim. Viele Dinge sind über ihn in Vergessenheit geraten. Es ist bekannt, dass er in Prizren oder der Peripherie auf die Welt gekommen ist. Als junger Mann ist er in die Türkei zur Ausbildung gegangen. Aber es ist nicht bekannt wie es die Ausbildung gemacht hat. Manche behaupten, dass er es mit Mühe geschafft hat. Zaharije hat sich durch seine Ruhe und Ausstrahlung vom Rest unterschieden. Hat die höheren Schulen der Medizin absolviert und wurde Militärarzt in der türkischen Armee. Ist in seiner versklavten Heimat zurückgekehrt. Hat einige Zeit in Peja gelebt und dann in Prizren. Es ist auch bekannt, dass sein Bruder ein ausgebildeter Apotheker war.“²⁸⁶

Das erste Krankenhaus in Prizren wurde 1871 in einem Ort namens Islahane eröffnet, das "Haus der Nächstenliebe" bedeutet. Später hatte das Krankenhaus eine Lazarett-Funktion und besaß fast 100 Betten.²⁸⁷ Auf der einen Seite deckte die Zahl der Betten nicht die Bedürfnisse der Patienten, insbesondere nicht während den unterschiedlichen Epidemien, und auf der anderen Seite wurde das Krankenhaus nicht ausreichend von den Patienten genutzt, denn wie wir bereits erwähnt haben war sich die Bevölkerung nicht über diese Krankenhausleistungen bewusst und auf

²⁸⁴ Vgl. Dr. Hidajet Lutfiu, Rreze drite në Mjekësinë Prizrenase. Monografi. (Prizren, 2005), S 15-16. (Titel auf Deutsch: Sonnenstrahlen in der Prizrener Medizin)

²⁸⁵ Vgl. Dr. M. Ristiq, Nga historia e medicinës në Prizrenin e vjetër. (Aus der Geschichte der Medizin vom alten Prizren.). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 1, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 8.

²⁸⁶ „Asht fjala për një mjek që ka jetue para nja 150 vjetëve. Emni i tij është Zaharije – Zaka Pralij, i quejtun Zaka Heqim. Shum gjana janë harrue për të. Dihet se ka lindë në Prizren ose në rrethinat e tij. Si djal i ri ka shkue në Turqi dhe është shkollue. Por nuk dihet se si është shkollue. Disa thonë se e ka marrë me zor. Zaharije është dallue atje si njeri i zellshëm dhe i urtë. Ka krye shkollat e nalta të medicinës dhe është bá mjek i ushtrisë turke. Asht këthye në vendin e robnuem. Nji kohë ka jetue në Pejë e mandej në Prizren. Dihet se edhe vllau i tij ka qenë i shkolluem barnator.“ Aus Ristiq, Nga historia e medicinës, S 8.

²⁸⁷ Vgl. Spitali i Parë në Prizren.

diese Weise wurde dann das Krankenhaus für die Herstellung von verschiedenen Kräutern verwendet.²⁸⁸

Gegen Mitte des 19. Jahrhunderts eröffnete der Apotheker Shkodran Mikel, nachdem er einen pharmakologischen Kurs in Italien absolviert hatte, die erste reguläre Apotheke in der Stadt. Nach dem Tod von Mikel, eröffneten der Volksarzt Zarija und sein Sohn Simën eine andere Apotheke. Erst 1885 kommt der erste ausgebildete Apotheker, der Grieche Nicholas Papadopulo in die Stadt und später wird noch eine Apotheke vom Arzt Ahmet Efendi eröffnet.²⁸⁹

Obwohl sich die Medizin zu diesem Zeitpunkt begann signifikant zu verbessern, waren die Menschen nicht glücklich, da sie es gewohnt waren sich von Laienärzten heilen zu lassen. Diese weltlichen Ärzte praktizierten einfache medizinische Arbeiten wie z.B. Zähneziehen, Beschneidung (cirkumcizione) und manchmal auch kleinere chirurgische Eingriffe.²⁹⁰

Im Jahre 1912 wurde das Krankenhauspersonal von Islahanes in das Unterstufengymnasium „Ruzhdije“ verlegt, während das Krankenhaus „Islahane“ in eine Kaserne umgewandelt wurde. Dieses Krankenhaus arbeitete mit dem wenigen, vorbereiteten medizinischen Kader, so gut es ihnen möglich war.²⁹¹

Nach der Kapitulation des Osmanischen Reiches blieb das Krankenhaus ohne ausreichendes Personal, wodurch wieder Zaria mit seinem Sohn die Arbeit aufnahm, aber auch diese wurden später durch das Regime entfernt, weil ihre Arbeit sehr primitiv und auf einem niedrigen Niveau war.

Aufgrund des Fehlens von medizinischem Personal, um chirurgische Eingriffe vorzunehmen, war die Mortalität von Patienten sehr groß gewesen. Während dieser Zeit waren die Kinder diejenigen, die am stärksten gelitten haben, weil sie vom Darmentyphus, Masern, Malaria, Tuberkulose etc. heimgesucht wurden.²⁹²

Im Folgenden finden Sie betont die Entwicklungen, die in der Medizin von Prizren erfolgten:

²⁸⁸ Vgl. Lutfiu, Reze drite, S 23-24.

²⁸⁹ Vgl. Lutfiu, Reze drite, S 25.

²⁹⁰ Vgl. Lutfiu, Reze drite, S 26.

²⁹¹ Vgl. Lutfiu, Reze drite, S 26-27.

²⁹² Vgl. Lutfiu, Reze drite, S 27.

Die bakteriologische Klinik wurde am 8. April 1923 in einem Ort namens „Saraj“, wo sich heute die Fabrik zur Herstellung von Medikamenten, Farmakos, befindet, errichtet.²⁹³ Im selben Jahr wurde auch eine Klinik der Epidemiologie eröffnet. Das Haus zur Gesundheitsversorgung und das Haus zur Behandlung für Kinder wurde im Jahre 1927 eröffnet.²⁹⁴

Durch die Elektrifizierung der Stadt Prizren im Jahre 1929, wurden neue und bessere Bedingungen geschaffen um die medizinische Versorgung zu sichern. So wurde die chirurgische Abteilung im Jahr 1929 (bzw. 1930 im vollem Ausmaß genutzt) durch die Einweihung des neuen kleinen Operationssaals eröffnet. Als erste Chirurgen die in Prizren gearbeitet haben, waren Dr. Asim Kulevic (der bis 1936 gearbeitet hat) und Dr. Ibrahim Dacic – ein Chirurg der die Universalchirurgie eingeführt hat (Allgemeinchirurgie, Gynäkologie) und seine Operationen mit Lokal-, Spinal- und Etheranästhesie durchführte.²⁹⁵ Im selben Jahr wurden der Dienst der Internen und der Infektologie aufgenommen.

Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges kam der italienische Chirurg Dr. Luciano Motroni ins das Krankenhaus von Prizren. Mit ihm gewann die Prizrener Medizin einen Experten, der sein Wissen an viele Generationen weitergab, die in den unterschiedlichen Zentren im Kosovo arbeiteten.²⁹⁶

In der ersten Periode nach dem Zweiten Weltkrieg wurde auch der Kampf gegen die Tuberkulose begonnen, wo dank Prim. Dr. Daut Mustafa die erste Großinitiative im Kosovo unternommen wurde und die erste Klinik in Prizren zum Schutz gegen diese Krankheit gegründet wurde.²⁹⁷ Auch der Dienst der Gynäkologie und der Geburtshilfe begann im Jahre 1950 ihre Arbeit.²⁹⁸

Mit der Ausnahme der unermüdlichen Arbeit der Kader von 1948 bis 1951, nahmen sie eine wichtige Rolle bei der Ausbildung der neuen Generationen ein. Neben der unermüdlichen und harten Arbeit, hat Dr. Dauti acht Jahre (1968-1976) lang die Leitung des Krankenhauses inne gehabt. In dieser Zeit wurde nicht nur die

²⁹³ Vgl. Lutfiu, Rreze drite, S 29.

²⁹⁴ Vgl. Lutfiu, Rreze drite, S 33.

²⁹⁵ Vgl. Spitali i Parë në Prizren.

²⁹⁶ Vgl. Bytyçi, Dr. Dauti, S 35-36.

²⁹⁷ Vgl. Bytyçi, Dr. Dauti, S 23.

²⁹⁸ Vgl. Lutfiu, Rreze drite, S 34-35.

Infrastruktur des Krankenhauses verbessert, sondern auch der Aufbau eines neuen Kaders für die Stadt.²⁹⁹

Eine wichtige Rolle für die Entwicklung des Krankenhauses von Prizren haben auch die Veteranen der Mediziner von Prizren gespielt: Dr. Reshat Opoja, Dr. Talat Gorani, Dr. Sherif Besimi (Pädiatrie), Dr. Xhemal Hyseini (Interne), Dr. Durak Rada, Dr. Salajdin Jagxhiu (Lungenspezialist), Dr. Xhelal Xhibo (Infektologie), Dr. Durmish Celina (Epidemiologie), Dr. Sylejman Arapi (Augenheilkunde), Dr. Ramiz Krasniqi, Dr. Jelldeze Gorani (Gynäkologin), Dr. Emrush Sagdati (Radiologe) und viele andere.³⁰⁰

3.2. Änderung des Bewusstseins über medizinische Versorgung von 1960 bis 1990

Die ältere Bevölkerungsschicht im Kosovo war sich über die Möglichkeiten der medizinischen Versorgung nicht zur Gänze bewusst und hatte auch größtenteils kaum eine Ahnung was vor allem in der Stadt vor sich ging. Dies traf hauptsächlich für die weibliche Bevölkerung zu, da diese zum Einen kaum aus den Ortschaften in die Stadt gehen konnte, und auf der anderen Seite war die hohe Analphabetenrate dafür verantwortlich, dass die Menschen in vielen medizinischen Fragen unwissend blieben. Im Laufe der Jahre zeigte sich jedoch ein Wandel im Bewusstsein der neuen Generationen, da sie sich des Öfteren auch in medizinischer Behandlung begaben. Früher spielte die Hausmedizin eine wichtige Rolle, obwohl sie meistens keine Effekte erzielte, weil die kranke Person nicht nach einer spezifischen Krankheit beurteilt, sondern nur als „krank“ gesehen wurde.³⁰¹ Daher wurden die gängigen

²⁹⁹ Vgl. Bytyçi, Dr. Dauti, S 64.

³⁰⁰ Vgl. Spitali i Parë në Prizren. Siehe auch Bytyçi, Dr. Dauti, S 67-68.

³⁰¹ Vgl. Interviews Asije, Umrije. *„Bei Brüchen haben wir einen aus der Ortschaft gebeten sich darum zu kümmern, der sich etwas damit auskannte. Socken in Essig eingetaucht um die Temperatur zu senken. Wir haben einfach alles als Krank definiert, wenn es jemanden nicht gut ging.“*

Methoden angewendet, wie in Essig eingetauchte Socken bei Fieber, oder Einränken von Brüchen etc.

Ein Arztbesuch war auch mit sozialem Druck verbunden, da in den Orten die Dorfgemeinschaft jeden Schritt beobachtete und die üble Nachrede teilweise für Frauen problematisch werden konnte.

3.2.1. Möglichkeit eines Arztbesuches im Wandel der Zeit

Obwohl in den Städten und manchen Ortschaften eine medizinische Versorgung garantiert war, ist sie trotzdem für andere Dorfbewohner aus der näheren Umgebung schwer zugänglich gewesen, da in Gegenden wie Has, Opoja und anderen Gebirgsregionen, durch die fehlende Infrastruktur zu einem wesentlichen Problem wurde.³⁰² Die Stadtbevölkerung konnte durch die Nahversorgung und der gegebenen Infrastruktur die Vorzüge der medizinischen Versorgung genießen und leichter in Anspruch nehmen. In Gebirgsregionen und abgelegenen Ortschaften hingegen, war ein Arztbesuch nicht nur mit hohen Kosten verbunden, sondern auch mit körperlichen Strapazen, wodurch die Kranken manchmal auf dem Weg ins Krankenhaus bzw. auf dem Weg in die Stadt, verstorben sind.³⁰³

Zwar wurden Impfkationen und Untersuchungen der Bevölkerung in organisierter Form von Ärzteteams aus Prizren unternommen, die aber nur eine geringe Effektivität erzielen konnten, da die Kapazitäten fehlten um die gesamte Bevölkerung regelmäßig in den Dörfern aufzusuchen und zu behandeln. Vor allem in den 1960er Jahren war dies das Hauptproblem für den Großraum von Prizren, da es galt etwa 160.000 Menschen mit dem wenigen Ärztepersonal (gerade mal eine handvoll Ärzte*) zu versorgen, die zudem hauptsächlich in der Stadt gebraucht wurden.³⁰⁴

³⁰² Vgl. Interview Dr. Lutfiu

³⁰³ Vgl. Interview Asije.

* laut Jagxhiu's Aussage

³⁰⁴ Vgl. Interview Dr. Jagxhiu

Die Impfkationen, vor allem gegen die unterschiedlichen Epidemien³⁰⁵ wurden systematisch vorgenommen und von Ärzteteams durchgeführt,³⁰⁶ wobei zu diesen Aktionen Ärzte aus anderen teilen Jugoslawiens beordert wurden, um Abhilfe zu verschaffen.³⁰⁷

„Die Föderal Immunisierungs-biologische Kommission erlaubt die Verteilung des sogenannten inaktiven Impfstoffs gegen die Grippe, die meist im Frühjahr in Form einer Epidemie erscheint.“³⁰⁸

Ansonsten hatten die Ärzte die Verpflichtung regelmäßige Kontrollbesuche in den Ortschaften zu machen, die manchmal mit abenteuerlichen Erfahrungen verbunden werden konnten.³⁰⁹

Der Winter stellte im Allgemeinen ein großes Problem für die Bergregionen dar, da diese keine ausgebaute Infrastruktur, sondern nur provisorische Wege hatten, die zumeist nur in den wärmeren Jahreszeiten begehbar waren.³¹⁰ So kam es nicht selten vor, dass manche Regionen längere Zeit wegen Schneefall kaum zugänglich waren und die medizinische Versorgung nicht gewährleistet werden konnte.

„Gestern bis war Prizren bis 12 Uhr isoliert. ... Seit zwei Tagen hat die Industrie in Gjakova wegen den Schäden an der elektrischen Leitung nicht gearbeitet. ... Gjakova wurde seit 2 Tagen weder von der Post, noch von der

³⁰⁵ Vgl. Së shpejti vaksinimi me BSZH. (Sehr bald die Impfung mit BCG) Artikel aus „Rilindja“ vom 26. Oktober 1965, S 7. Siehe auch Sh. M. Vaksinimi eksperimental kundër gripit. (Experimentalimpfung gegen die Grippe) Artikel aus „Rilindja“ vom 14. Mai 1965, S 7.

³⁰⁶ Vgl. Interview Dr. Bytyçi

³⁰⁷ Vgl. Interview Dr. Jagxhiu

³⁰⁸ „Komisioni imunobiologjik federativ lejoi lëshimin në qarkullim të t'ashtuquejtunës vaksinë t'inaktivizuese kundër gripit, që ma së shpeshti paraqitet në pranverë në formë t'epidemisë.“ U lëshue në çarkullim vaksina kundër gripit. (Die Impfung gegen die Grippe wurde im Umlauf gebracht.). Artikel aus „Rilindja“ vom 21.10.1965, S 6.

³⁰⁹ Vgl. Interviews Dr. Jagxhiu, Dr. Bytyçi, Dr. Besimi

³¹⁰ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 203-204. Es wurden viele Grundschulen errichtet und fast alle Dörfer elektrifiziert, obwohl es noch viele Dörfer gab die bis in die 1980er Jahre hinein, keine Elektrizität hatten. Viele Dörfer wurden durch Straßen mit der Stadt- oder Zentrum der Gemeinde verbunden. Es wurden viele Brücken gebaut und einigen Dörfern an der Wasserversorgung angeschlossen, wobei dies mithilfe des Beitrags der Dorfbewohner selbst, möglich gemacht wurde. Auf der anderen Seite gab es eine große Anzahl von Dörfern, die nicht über die Einrichtungen und grundlegende Lebens- und Sozialsysteme, wie Strom, Straßen, Gesundheitswesen, Kultur, etc. verfügten. Der Mangel an Infrastruktur und städtische Einrichtungen, vor allem in den Dörfern verstreut in den Bergregionen, hat bis in die 1980er und sogar 1990er Jahren hinein, vor allem im Winter diese Ortschaften vom Leben und der sozialen Entwicklung isoliert.

*Presse erreicht. Der Verkehr ist weiterhin zwischen Prizren-Brezovica-Skopje - Prizren-Peja und Prizren-Dragash gestört.*³¹¹

Der Ausbau der Infrastruktur wurde geplant und teilweise umgesetzt, da zum Einen der wichtigste Verkehrsweg zwischen Prizren und Suhareka zwischen 1964-65 asphaltiert wurde und auf der anderen Seite die Elektrifizierung der Region in Angriff genommen wurde.³¹²

So wurde durch den Ausbau des Verkehrsnetzes und der Einführung von regionalen Buslinien der Besuch zum Arzt erleichtert und konnte von der jüngeren Generation vermehrt in Anspruch genommen werden. Billusha, mein Geburtsort, wurde 1978 durch eine Buslinie an die Stadt Prizren direkt verbunden.³¹³ Auch die Zahl der Besuche ärztlicher Institutionen nahm stetig zu, da Aufklärungsarbeit durch Ärzte und dem Roten Kreuz unternommen wurden und so auf Gefahren hingewiesen wurde die neben Komplikationen von Hausgeburten und anderen möglichen Problemen bei Krankheiten entstehen können.³¹⁴

Die Änderung des Bewusstsein über die Rolle der medizinischen Versorgung im Kosovo ging auch mit der Ausbildung einher. Es wurde immer wichtiger die eigenen Kinder in die Schule zu schicken, wobei die jüngeren Frauen und Mädchen dieses Privileg, vor allem am Land, nicht genießen konnten. Dies hatte oft mit der Tradition zu tun, bei der vorgesehen ist, dass die Frau den Haushalt zu regeln hat und sich um die Familie kümmern muss. Daher bleibt wenig Zeit für eine Ausbildung oder einen Beruf.

„If I take for my bride a working woman, she won't get home until three, and won't be able to do the work that brides do. E djegin bukën tuj lexue gazetën [They burn the bread while they're reading the newspaper]. If I take a typical girl with primary schooling when I come home in the evening everything will be under control (Nexhmi).³¹⁵

³¹¹ „Dje deri n'orën 12 edhe Prizreni ka qenë i izoluem. ... Tash dy ditë në Gjakovë industria nuk ka punue për shkak të damtimit të përcuesve t'energjisë elektrike. ... Në Gjakovë dy ditë nuk ka mbërri as posta, as shtypi. Komunikacioni asht ende i ndërpreme në relacionet Prizren-Brezovicë-Shkup, - Prizren-Pejë dhe Prizren-Dragash.“ Zitat aus M. Randobrava, Bora shkaktoi dame të mëdha Metohisë. (Der Schnee verursachte große Schäden in Mitohia.). Artikel aus „Rilindja“ vom 15.1.1966, S 1.

³¹² Vgl. M.R., Së shpejti në komunikacion rruga e asfaltueme Prizren – Suharekë. (Sehr bald wird die Kommunikationsstraße zwischen Prizren und Suhareka ausgebaut.). Artikel aus „Rilindja“ vom 10.11.1965, S 9.

³¹³ Vgl. Interview Asije.

³¹⁴ Vgl. Interview Dr. Jagxhiu.

³¹⁵ Zitiertes Zitat aus Janet Susan Reineck, The Past as Refuge: Gender, Migration and Ideology among Kosovo Albanians. (unpublished PhD dissertation, Berkeley: University of California, 1991), S 175.

Auf der anderen Seite war die traditionelle Haushaltsführung eine wichtige Angelegenheit, an der alle Frauen teilnehmen mussten und zudem ist der innerhäusliche Konkurrenzkampf zwischen den Frauen ein wesentlichen Bestandteil der so gut wie möglich vermieden werden musste.

„It's difficult having an educated bride in the house, showing off her knowledge. She will end up getting a job, will get up and leave in the morning without looking after the housework. She ruins the rendi i maxhës [the order of the flour bin – the work rotation among women]. It causes problems for the other brides in the house. And if she really achieves something, becomes a doctor or something, then it's a problem of jealousy between the women. If she's too good they get jealous. If she has weaknesses they are more tolerant (Ridvan).“³¹⁶

Durch die Verschlechterung der Wirtschaftslage hat sich die Situation für die Frauen weiter verschlechtert und eine Ausbildung war keine Option für die Landbevölkerung mehr geworden, da es galt die Ehre zu wahren und sich nicht in den Verruf zu bringen. Es gab nun keinen Grund mehr eine Ausbildung zu machen, da die Berufsperspektiven nicht gegeben waren.

„Before, when a boy or a girl went to school, you knew they would get a job. Now we don't want girls to go, because they lose their moral standing when there's no reason for it. After high school they are left neither here nor there – without a job or a husband (Sabri).“³¹⁷

Dies führte auf der anderen Seite zu Vorurteilen gegenüber jungen Frauen, die eine Ausbildung machen wollten, da die Nachrede sehr groß war. Nicht nur gegenüber jungen Mädchen die ihre Lebensziele verwirklicht sehen wollten, sondern auch gegenüber anderen Mitgliedern einer Dorfgemeinschaft, die in die Stadt gingen um einen Arzt zu konsultieren.

³¹⁶ Zitiertes Zitat aus Reineck, The Past as Refuge, S 175.

³¹⁷ Zitiertes Zitat aus Reineck, The Past as Refuge, S 170.

3.2.2. Gesellschaftliche Hürden

Die üble Nachrede und der schnell zugeschriebene negative Ruf waren für die Landbevölkerung ein wesentliches Problem, da unnötige Vorurteile aufgebaut wurden. Andererseits waren die Moralvorstellungen so streng und spielten in der albanischen Gesellschaft eine wichtige Rolle, was leicht zu Problem führen konnte. Meist war die Nachrede mit Anschuldigungen verbunden, dass Frauen, die zum Arzt gehen, in Wirklichkeit nicht krank seien, sondern wegen dem Arzt ins Krankenhaus fahren würden.³¹⁸

Die Männer hatten zudem die Wertvorstellung, dass ihre Frauen nicht von Männern untersucht werden dürfen, weil dies die Würde der Frau verletze und Schande über sie gebracht hätte. So war es für Frauen in ländlichen Regionen ein großes Problem sich medizinischen Untersuchungen zu unterziehen, da es an weiblichen Ärztinnen im Land mangelte. Daher erwähnte Dr. Besimi in seinem Interview, dass er immer darauf hingewiesen habe, dass die Töchter eine Ausbildung machen sollen, damit sie dann ihre eigenen Mütter untersuchen können, da es immer wieder Probleme in manchen Berufen gab, die von Männern ausgeübt wurden.³¹⁹

„Der Grund ist dass es kein Benehmen gibt, wie z.B. ‚Wie kann sich eine Frau vor dem Arzt entblößen.‘ Ich erinnere mich an ein Ereignis aus dem Jahre 1965 (September), als eine Frau aus einem der Dörfer von Prizren gekommen war um das Auto zu holen damit sie in die Stadt gebären gehen konnte. Als sie in die Ambulanz kam, konnte ich sehen, dass das Kopf des Kindes zu sehen war, aber der Ehemann ließ mich nicht einsteigen. Fragte mich wohin ich unterwegs sei? Ich sagte, dass ich in Prizren in der Gynäkologie beschäftigt bin. Aber er ließ mich nicht die Untersuchung machen. Ich sagte ihm, dass sein Kind sobald er losfährt auf dem Rasen auf die Welt kommen wird. Und so war es dann auch, das Kind kam auf dem halben Weg auf die Welt. Wir haben auch eine Hebamme damals in Vranik gehabt. Wir sind ein kleines Land und sehr zurückgeblieben gewesen. Mehr oder weniger ungebildet.“³²⁰

³¹⁸ Vgl. Interviews Asije, Umrije.

³¹⁹ Vgl. Interview Dr. Besimi

³²⁰ „Arsyeja eshte qe nuk ka maryfet, si per shembull „Qysh me u shplue gruja para nje mjekut.“ Me kujtohet nje rast me 1965 (shtator) kur erdh nje grue nga nje fshat te Prizrenit per me marr kerrin me shkue me lind. Kur hyn ne ambulancat une e pash qe koka e femijes po del, edhe ai i ati nuk po me len me hy mbrapa. Me tha ku po don me hy ti? I thash qe jam staz ne Prizren, ne Gjinekologji. Edhe ai s'me la s'me la, edhe i thash qe ka me te lind femija sa te dalish qaty ne pazhik. Edhe ashtu u be, i ka lind femija ne gjysem te rruges. Mirepo kemi pase Mami edhe atehere me 1965 ne (Vranik). Por vend i vogel i mbrapametun jemi. Pak a shume pa nivel.“ Interview Dr. Besimi.

So ist es verständlich und nachvollziehbar, dass sich die Ärzte vermehrt für eine Sensibilisierung der Gesellschaft einsetzten, um diese dazu zu bewegen ihre Kinder und vor allem die Töchter in medizinischen Schulen zu schicken.

„Die Hebamme ging zu den Dörfern um die Impfungen durchzuführen und ihre Routineuntersuchungen zu machen. Dort hielt sie auch Vorträge über unterschiedliche Themenbereiche und auch über die Dringlichkeit der Ausbildung von Mädchen, damit man uns nicht extra aus Belgrad welche schicken muss, oder jene zu uns schickt, die uns schlecht behandeln.“³²¹

Dadurch würde auch die Arbeit erleichtert und das Vertrauen der Menschen in die Institutionen würde im Laufe der Jahre in ein positives Licht rücken. Da die Menschen in den abgelegenen Regionen nicht einmal wussten, dass es Ausbildungsinstitutionen gab.³²²

Aber die Ausgangssituation für junge Albaner im Allgemeinen war nicht leicht, auch nicht für die Männer, da sie als wichtige Arbeitskraft zu Hause bzw. auf dem Feld oder in der Viehzucht benötigt wurden. Es war daher schwer sich dem Willen der Familie zu widersetzen, damit auch die Familie nicht im Verruf der Nachbarn geriet. Es war nicht üblich dem Wunsch der Familie nicht Folge zu leisten.³²³

Für Mädchen war es nach der Ausbildung oft ein Problem sich mit der neuen Realität zu identifizieren und wieder in den Haushalt zurückzugehen. Der gesellschaftliche Druck drängt sie wieder in eine isolierte Rolle einer ländlichen Frau.

„The girls who were my students used to greet me on the street. Once they are closed back behind four walls, they act as if they don't know me. They are afraid of talk to me; the rreth doesn't permit it. They become just like the others.“³²⁴*

So war es nicht verwunderlich, dass sich die Hausgeburten im Kosovo, unter diesen Umständen so lange hielten und erst durch weite Aufklärungsinitiativen allmählich

³²¹ „Edhe shkojke neper fshatra per vaksinime, per shiqime sistematike edhe aty mbajshin tema te ndryshe dhe biseda se siq duhet me i que femijte tan neper shkolla te mesme, farmazik e krejte e krejte, ne menyre qe mos te na vijne prej Beogradit ose me shkue me na i que ata mjeket qe nuk vyjne gjat me na cakatu krejte.“ Interview Dr. Besimi.

³²² Vgl. Reineck, The Past as Refuge, S 164.

³²³ Vgl. Reineck, The Past as Refuge, S 165.

* Das Umfeld

³²⁴ Zitiertes Zitat aus Reineck, The Past as Refuge, S 172.

das Bewusstsein sich änderte und auch das Vertrauen in die Institutionen stieg. In erster Linie ging es darum der Dorfgemeinschaft keine Möglichkeit zu geben, über die eigene Person zu reden. So waren viele Frauen gezwungen sich dem gesellschaftlichen Druck zu beugen und unter widrigsten Umständen die Kinder auf die Welt zu setzen. Ihr Anliegen war es nicht ins Auge zu Fallen (Mos me ra n'sy). Auf der anderen Seite wusste die ältere Generation auch nicht, welche medizinischen Versorgungsmöglichkeiten es in der Stadt gab.³²⁵

Erst mit der Generation der 1960er Jahre änderte sich auch das Bewusstsein, da die Gesundheit in dieser Generation in den Vordergrund gestellt wurde, und zudem Bildungsinitiativen in Schulen Aufklärungsarbeit über Hygiene, Gesundheit, Erste Hilfe etc. leisteten.³²⁶

Die Nachrede spielte nicht mehr so eine wichtige Rolle, wie es für die ältere Generation der Fall war. Es galt sich die Chancen zu nutze zu machen, die ihnen nun durch die Bildungsinstitutionen der 1960er und vor allem der 1970er gegeben wurden, da es in Jugoslawien wichtig wurde die Rolle der Frauen in der Wissenschaft aber auch im Bildungsbereich zu verbessern.

“Das zweite Jugoslawien machte im Bereich von Bildung und Wissenschaft einen gewaltigen Sprung nach vorn. Waren 1948 noch ein Viertel der Bevölkerung (im Alter über 10 Jahren) Analphabeten gewesen (11 % bei den Männern und 30 % bei den Frauen), so waren es 1981 „nur“ noch 9,5 % der Bevölkerung (4,1 % der Männer und 14,7 % der Frauen). Bei Kriegsende hatte fast die Hälfte der über 10 Jahre alten Bevölkerung keine Schulbildung besessen. 1953 waren es 42,1 %, 1981 „nur“ noch 17,3 %. Der Anteil der Personen mit Mittlerer Reife an der Gesamtbevölkerung vervierfachte sich zwischen 1953 und 1981, derjenige der Akademiker – der Absolventen von Höheren und Hochschulen – verfünffachte sich.”³²⁷

Durch dieses neue Bewusstsein und dem Bestreben nach Ausbildung, war die neue Generation auch über die möglichen Folgen von Krankheiten, fehlender medizinischer Versorgung etc. informiert und so wurden die Barrieren der Nachrede überwunden und die Besuche bei den Ärzten nahmen eine neue Entwicklungsphase

³²⁵ Vgl. Interview Sherife.

³²⁶ Vgl. Dr. Miomir Kërshiq, Sëmundtjet ma të shpeshta të fëmijve të moshës shkollore. (Die häufigsten Krankheiten der Kinder im Schulalter). Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1961, Nr. 2, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 32-33, hier S 33.

³²⁷ Zitat aus Sundhaussen, Nachfolgestaaten, S 151.

an.³²⁸ So war dank dem Ausbau der medizinischen Versorgung eine bessere Möglichkeit gegeben worden einen Arztbesuch zu unternehmen.³²⁹

So änderte sich auch der Zugang zum Verständnis der Hausgeburten und der Krankenhausgeburten. Viele junge Frauen zogen es vor ihr Kind in einem Krankenhaus auf die Welt zu bringen.

3.2.3. Geburten

Nicht nur diese Traditionen haben einen wichtigen Teil dazu beigetragen, dass Kinder zu Hause auf die Welt gebracht wurden, sondern auch die allgemeine Situation im Land selber, da es weitgehend an ländlichen Geburtskliniken fehlte und zudem die Möglichkeit die Kliniken in der Stadt zu besuchen mit vielen Problemen verbunden war.

„Um ins Krankenhaus nach Prizren zu gehen, war es wegen den schlechten Straßen schwierig. Über den Winter hinweg war diese blockiert und ein Ereignis ist hier zu nennen, als mein jüngster Bruder geboren wurde, haben wir unsere Mutter auf einen Schlitten gegeben und mussten den Weg vom Schnee befreien, aber als wir in Duhle ankamen rief der Chef der Ambulanz die Rettung, die dann gekommen ist und uns abholte damit wir ins Prizrener Krankenhaus kommen.“³³⁰

So wurde der Jüngste seiner Brüder als Einziger in einem Krankenhaus auf die Welt gebracht, während die anderen zu Hause geboren wurden. Für andere wiederum waren nicht nur die fehlenden Transportmöglichkeiten und die Entfernung ein großes Problem, sondern auch die religiösen Wertvorstellungen, die für die damalige Gesellschaft nicht außer Acht zu lassen sind.

³²⁸ Vorsorgeuntersuchungen von Frauen zwischen 1955 und 1988 – 1.400 (1955), 3.000 (1966), 32.000 (1970), 52.000 (1975), 73.000 (1980), 89.000 (1984), 98.000 (1988). Vor allem die Zahl der Schwangerschaftsbesuche war von 400 (1955) auf 22.000 (1988), gestiegen. Vgl. Vjetari, 1976, 1979, 1984, 1989.

³²⁹ Gab es 1955 nur 10 Untersuchungsinstitutionen für Frauen, die etwa 32.000 (1955) Besuche verzeichnete, waren es 73 (1988) Untersuchungsinstitutionen für Frauen die 284.000 (1988) Besuche verzeichneten. Vgl. Vjetari, 1976, 1979, 1984, 1989.

³³⁰ „Për me shku në spital në Prizren ka qenë shumë e vështir për shkak që rruga ka qenë e keqe. Gjatë dimrit ajo u bllokoi dhe në një rast kur vëllau i vogël ka lindur e kemi vu nanën me një sajë e kemi qelë rrugën prej borës, mirëpo kur kemi mbërritur në Duhël aty shefti i ambulantës e ka thirrur ndihmën e shpejt dhe ka ardhur e na ka marrur e na ka dërguar në Prizren në spital.“ Interview Rrezja.

„Damals waren Krankenhäuser nur wenigen bekannt. Wegen der Distanz und der religiösen Vorstellungen (Havale - Schleier), konnten die Menschen nicht in die Krankenhäuser gehen. Alles sind zu Hause auf die Welt gekommen, während nach 1974 alle Kinder im Krankenhaus auf die Welt gekommen sind.“³³¹

Der Grund für die spätere Einsicht, warum die Geburten in den Krankenhäusern stattfanden, war mit der Erfahrung und neuem Wissen verbunden, die logisch und nachvollziehbar erschienen, dass diese nicht mehr zu Hause erfolgen sollten, da die hygienischen Verhältnisse schlecht waren und zudem bei jeder Komplikation ein Arzt eingreifen konnte.³³² Dies war eines der Hauptgründe warum die medizinische Dienstleitung immer mehr in Anspruch genommen wurde. Auch die Zunahme der albanischen Ärzte, ab den 1970er Jahren, war mitunter ein wesentlicher Grund dafür gewesen.³³³ Das Vertrauen in den staatlichen Institutionen war bei der neuen Generation größer und auch die Wichtigkeit sich neuem nicht zu verschließen war ein tragender Faktor dafür.

Auf der anderen Seite war der Ausbau der Infrastruktur wichtig, da diese im Laufe der 1960er Jahre eine langsame, aber deutliche Verbesserung erfuhr. Es kam nicht selten vor, dass die Menschen mit großen Hürden in die Stadt gebracht werden mussten, wobei auch manche die Strapazen des Weges nicht überlebten.³³⁴

Zudem wusste die ältere Generation, vor allem jene die vor dem Zweiten Weltkrieg geboren waren, nicht, welche Gefahren eine Heimgeburts mit sich brachte. Auch wenn die Männer von den Möglichkeiten in der Stadt wussten, wurde von den Frauen viel erwartet. Es war gängig zu sagen, dass eine starke Frau ohne Probleme ein starkes Kind auf die Welt bringen kann, ohne dabei große Mühe zu haben. So gehörte es zum Alltag dieser Generation, dass die Frau ihr Kind mit Hilfe einer Verwandten auf die Welt brachte, und wenige Tage später die Pflichten im Haushalt fortsetzte und dem gewohnten Tagesablauf nachging.

³³¹ „Në atë kohë, shumë pak njerëz dinin për spitale. Për shkak të largësise dhe bindjeve fetare (havale), njerezit nuk mund të shkonin në spital. Të gjithë kanë lindur në shtëpi, ndërsa, që të gjithë fëmijet pas vitit 1974 kanë lindur në spitale.“ Interview Pulaj.

³³² Vgl. Interview Pulaj.

³³³ Vgl. Interview B. Gashi.

³³⁴ Vgl. Interview Asije.

„Heute war ich Holz im Wald machen und am nächsten Tag ist meine erste Tochter auf die Welt gekommen, dann bin ich zwei-drei Tage im Kinderbett gelegen und musste danach wieder im Haushalt arbeiten. Die Nachbarinnen haben mir bei der Geburt geholfen. Mein 5. Kind wurde im Winter geboren und 4 Tage später musste ich in den Wald Holz machen gehen, nachdem die Männer entweder im Ausland oder anderweitig beschäftigt waren.“³³⁵

“Ich bin von der Feldarbeit mit Schmerzen nach Hause gekommen und am nächsten Tag brachte ich meinen ersten Sohn auf die Welt.“³³⁶

Es ist deutlich zu erkennen, dass die Zahl und Art der Geburten mit sozio-ökonomischen Entwicklungen zusammenhängt, da sich gut entwickelte Regionen wie Slowenien, Kroatien und Vojvodina unter dem jugoslawischen Durchschnitt bei der Geburten befanden, während die wirtschaftlich schlecht entwickelten Regionen wie Kosovo weit über dem jugoslawischen Durchschnitt lagen.³³⁷ Die Geburten wurden in Regionen wie Kosovo mehrheitlich zu Hause unter sehr schwierigen und zumeist auch Lebensgefährlichen Bedingungen durchgeführt, wodurch sich auch die hohe Sterberate erklären lässt.

„Laut den serbisch-jugoslawischen demographisch-statistischen Angaben, wurden bis Mitte der 1980er Jahre mehr als die Hälfte der Geburten außerhalb von Gesundheitsinstitutionen realisiert (zu Beginn der 1950er etwa 95%) und auch genauso viele ohne professionelle Hilfe (zu Beginn der 1950er Jahre etwa 92%), wobei die Situation bei der albanischen Bevölkerung noch gravierender als im kosovarischen Durchschnitt war.“³³⁸

Die Kinder- und Säuglingssterblichkeit blieben auch in der 1960er mit 123 Todesfälle auf 1000 Neugeborene immer noch sehr hoch.³³⁹ Die hohe Sterberate bei der weiblichen Bevölkerung findet entweder in den ersten Jahren oder in der Periode der Reproduktion statt, die durch die schlechte medizinische Versorgung aber auch der

³³⁵ Interview Sherife.

³³⁶ Interview Asije.

³³⁷ Vgl. Hivzi Islami, Evolucioni dhe transicioni Demografik. (Pejë, 1999), S 149. (Titel auf Deutsch: Die demographische Evolution und Transition).

³³⁸ „Sipas të dhënave të statistikës demografike serbo-jugosllave, deri në vitet e 80-ta rreth gjysma e numrit të lindjeve në Kosovë realizoheshin jashtë institucioneve shëndetësore (në fillim të viteve të 50-ta madje rreth 95%) dhe po aq pa ndihmë profesionale (në fillim të viteve të 50-ta rreth 92%), ndërsa te popullata shqiptare gjendja në këta indikatorë ishte edhe më e pavoritshme se mesatarja kosovare.“ Islami, Evolucioni, S 152.

³³⁹ Vgl. Shain, Health, S 482.

vielen Geburten außerhalb von Gesundheitsinstitutionen ohne professionelle Hilfe und wegen der traditionellen Sichtweise der Bevölkerung, gefördert wird.³⁴⁰

“Ich habe mein Kind auf die Welt gebracht und dann die Hausarbeit einfach weitergemacht. Als die anderen Familienmitglieder nach Hause kamen, haben sie das Neugeborene Kind, dass ich vor Kurzem auf die Welt gebracht hatte, gesehen.”³⁴¹

Die jüngere Generation ging mit der medizinischen Entwicklung mit und achtete nach der Geburt auf die reguläre Bettruhe, da diese sich nicht unnötigen Gefahren aussetzen wollte, obwohl bis in die 1990er Jahre hinein immer noch über 30% der Frauen ihre Kinder zu Hause auf die Welt brachten.³⁴²

Die Zahl der Krankenhausgeburten nahm ab den 1960er Jahren deutlich zu, da auch die Möglichkeit gegeben war. Es hatte es in Prizren für die gesamte Region ein einziges Krankenhaus mit Geburtsstation gegeben, bei der drei Ärzte im Schichtwechsel arbeiteten und etwa 130 Betten für Neugeborene zur Verfügung hatten.³⁴³ Jährlich kamen bis zu 4.000 - 6.000 Kinder im Prizrener Krankenhaus auf die Welt.³⁴⁴

Hierbei war die Bildungsinitiative ein wichtiger Indikationsmotor, die dazu beigetragen hat den Wandel in der Gesellschaft zu beschleunigen.

³⁴⁰ Vgl. Islami, Evolucion, S 159 und 162-163.

³⁴¹ Interview Umrije.

³⁴² Vgl. Islami, Evolucion, S 156. Die Gründe für die hohe Sterblichkeit der Neugeborenen bzw. Kleinkinder sind unterschiedlicher Natur, wie das stark unterentwickelte medizinische Versorgungsnetz und die damit in Verbindung stehenden Hausgeburten, da professionelle Hilfe und die fehlende Versorgung diese begünstigte. Somit haben bis in die Mitte der 1990er Jahre hinein etwa 1/3 der Frauen ihre Kinder fern von medizinischen Institutionen auf die Welt gebracht. Der fehlende Schutz der Mütter war hier ein wesentlicher Faktor für die hohe Sterblichkeit bei gebärenden Frauen. Die sozio-ökonomischen Faktoren waren zudem eine weitere Last, die auf Kosten der Gesundheit der Frauen und Kinder ging.

³⁴³ Vgl. Objektet e shëndetsisë. (Gesundheitseinrichtungen). Artikel aus „Rilindja“ vom 23.12.1965, S 8. Siehe auch Interview Dr. Bislimi.

³⁴⁴ Vgl. Interview Dr. Besimi.

3.2.3.1. Von Heimgeburt zur Krankenhausgeburt als Wandel des Bewusstseins und Vertrauens

Durch die vermehrte Ausbildung der jungen Frauen nach den 1960er Jahren, entwickelte sich auch ein Bewusstsein über die Gefahren von Hausgeburten, aber auch das Verständnis über Hygiene änderte sich allmählich.³⁴⁵ Es ist von wesentlicher Bedeutung, dass die Frauen hier durch Bildung bessere Lebensverhältnisse forderten und auch sich selbst um diese bemühten. Leider war aber die Perspektive der Frauen, vor allem auf dem Land, noch immer sehr eingeschränkt gewesen, dass durch Traditionen getragen wurde.³⁴⁶ Eine Frau sollte ihren Beitrag zur Erhaltung des Haushalts beitragen und konnte daher nur mit großen Hindernissen sich einem anderen Lebensstil als die eigenen Eltern widmen. Die Hausgeburten fanden bis im Ende der 1980er Jahre noch immer in großem Ausmaß zu Hause statt, da etwa 1/3 der Neugeborenen nicht in Krankenhäusern als Geboren verzeichnet wurden.³⁴⁷ Zum Einen war die Unwissenheit über die Gefahren einer Hausgeburt in den ruralen Gebieten immer noch weit verbreitet, aber auch die Umstände und die Armut förderten diese Umstände, da jeder Aufenthalt und Krankenhausbesuch mit Kosten verbunden war, die teilweise nicht aufgebracht werden konnten.³⁴⁸

Aber auch die patriarchale Tradition kommt in den ländlichen Regionen zum Tragen, die zudem mit der schon genannten Vorstellung der Ehre in Verbindung steht.³⁴⁹ Aber der Ausbau der medizinischen Versorgung zwischen 1960 und 1990, ermöglichten einen leichteren Zugang zu einer Geburtsstation, die bei finanzieller Möglichkeit auch in Anspruch genommen wurde. Zwar waren die ärztlichen

³⁴⁵ Vgl. Mimoza Dushi, Femra dhe evolucioni i lindshmërisë në Kosovë. Akademia e Shkencave dhe e Arteve e Kosovës. Botime të veçanta XCVIII Seksioni i Shkencave Shoqërore. Libri 32. (Prishtinë, 2009), S 88.

³⁴⁶ Vgl. Dushi, Femra, S 90.

³⁴⁷ Vgl. Islami, Evolucioni, S 156. Die Gründe für die hohe Sterblichkeit der Neugeborenen bzw. Kleinkinder sind unterschiedlicher Natur, wie das stark unterentwickelte medizinische Versorgungsnetz und die damit in Verbindung stehenden Hausgeburten, da professionelle Hilfe und die fehlende Versorgung diese begünstigte. Somit haben bis in die Mitte der 1990er Jahre hinein etwa 1/3 der Frauen ihre Kinder fern von medizinischen institutionen auf die Welt gebracht. Der fehlende Schutz der Mütter war hier ein wesentlicher Faktor für die hohe Sterbrate bei gebärenden Frauen. Die sozio-ökonomischen Faktoren waren zudem eine weitere Last, die auf Kosten der Gesundheit der Frauen und Kinder ging.

³⁴⁸ Vgl. Interview Asije und Umrije.

³⁴⁹ Vgl. Interview Dr. Besimi.

Dienstleistungen bis 1990 kostenlos zur Verfügung gestellt worden,³⁵⁰ aber die Transportmöglichkeiten waren mit Kosten verbunden, die je nach Region und Verkehrsmöglichkeit auch hoch sein konnten.

Wichtig war für das Vertrauen in die medizinische Versorgung, dass es einen wesentlichen Prozess in der Ausbildung der jungen Frauen im medizinischen Beruf gab, der teilweise auch, vor allem in der Stadt, von den Familien gefördert wurde.³⁵¹

„If we just had educations... We have passed through a time when for a slight illness people died because they were afraid to go to the doctor. Now that Albanians girls have gone to school there are female doctors and nurses and people go to the hospitals without fear... And the education of females would advance the whole people, because their education of their children has great importance.“³⁵²

3.2.4. Möglichkeiten und Kapazitäten der medizinischen Versorgung

Die medizinische Versorgung war für die Zentren gesichert und konnte diese weitgehend abdecken, aber die ländlichen Regionen waren meist unterbesetzt und hatten wenige Kapazitäten aufzuweisen. Es kam auch vor, dass ganze Gemeinden nur einen einzigen Arzt hatten, der sich um mehr als 20.000 Menschen kümmern musste, da der Mangel an medizinischen Institutionen, z.B. in der Gemeinde von Malisheva, ein Problem für die Bevölkerung geworden war, da für etwa 20.000 Einwohner nur eine Gesundheitsstation in der Stadt Malisheva mit einer Hilfsstation (Punkt) in der Ortschaft Kijev die Versorgung abdecken mussten. Der Arzt Dr. Kadri Zenelaj war als einziger Arzt für die gesamte Region zuständig, bei dem innerhalb von sechs Monaten, im Jahre 1965, 10.000 Patientenbesuche verzeichnet wurden.³⁵³

³⁵⁰ Vgl. A.Z., Kryqi i kuq po u ndihmon të pasiguruemve materialisht. (Das Rote Kreuz hilft den unversicherten auch in Materieller hinsicht.). Artikel aus „Rilindja“ vom 3.4.1965, S 8. Das Rote Kreuz hatte neben der Bildungsinitiative und der Aufklärungsarbeit, auch die Aufgabe sich um die unversicherte Bevölkerung zu kümmern, und deren Gesundheitsbedürfnisse zu decken, die neben der Gesundheitsvorsorge auch materieller Natur waren.

³⁵¹ Vgl. Reineck, The Past as Refuge, S 179.

³⁵² Zitiertes Zitat aus Reineck, The Past as Refuge, S 179.

³⁵³ Vgl. O. Z., Mjeku Kadri asht i palodhshëm. (Der Arzt Kadri ist unermüdlich.). Artikel aus „Rilindja“ vom 20.10.1965, S 8.

Nicht nur in Malisheva, sondern auch in Rahovec gab es Probleme mit der medizinischen Versorgung, da die systematische Abdeckung der Gemeinde nicht erfolgen konnte, weil es an Personal und Mittel mangelte.³⁵⁴

Durch den Ausbau der asphaltierten Straßen und der Verbesserung der Anbindung zwischen der Ortschaft Xërxë und Rahovec, wurde die Ambulanz besser erschlossen und somit auch der Zugang zur medizinischen Versorgung in dieser Gemeinde verbessert.³⁵⁵

In Zym, einer Ortschaft in der Gemeinde von Prizren, wurde die Ambulanz, die dort seit 1960 existiert, in ein neues Objekt verlegt, damit eine qualitativ bessere medizinische Versorgung garantiert wird. Diese Ambulanz sollte die Region von Has abdecken und stellte zwei Ärzte ein, von denen einer in Zym und der andere in Rogovë e Hasit tätig war.³⁵⁶ In der Ortschaft Rogovë e Hasit, war der Arzt zwar zur Verfügung gestellt worden, aber dieser verrichtete die Arbeit nicht wie es von der Bevölkerung gewünscht wurde, da er seine Zeiten flexibel einteilte und kaum in der Ambulanz anzutreffen war.³⁵⁷

Um den Dorfbewohnern in den abgelegenen Bergregionen in der Gemeinde von Prizren eine bessere medizinische Versorgung, vor allem im Winter, zu ermöglichen und zu garantieren, wurde der Ausbau der Ambulanzen (Punkte) in der Gemeinde von Prizren vorangetrieben, und die Ortschaften Jabllanica, Korishë, Lubinjë e Poshtme erhielten 1965 ihre eigenen medizinischen Kontrollpunkte (Gesundheitspunkte), wodurch auch die Nachbarortschaften an die medizinische Versorgung angeschlossen wurden und nicht mehr nach Prizren zur Vorsorgeuntersuchungen fahren mussten.³⁵⁸ Somit wurde die Arbeit der Ärzte

³⁵⁴ Vgl. Z. Z., Mbrojtja shëndetsore në nivel t'ultë. (Der Gesundheitsschutz auf einem niedrigem Niveau.) Artikel aus „Rilindja“ vom 4.3.1965, S 13.

³⁵⁵ Vgl. U ndërtue rruga kah shtëpia shëndetsore. (Die Straße zur Gesundheitsstation wurde gebaut.) Artikel aus „Rilindja“ vom 15.12.1965, S 8.

³⁵⁶ Vgl. A. Zenelaj, Shërbimi shëndetsor i Zymit kaloi në ndërtesë të re. (Die Gesundheitsversorgung von Zym wurde in ein neues Objekt verlagert.) Artikel aus „Rilindja“ vom 8.8.1964, S 5.

³⁵⁷ Vgl. Mjeku po e shërbimi jo si duhet. (Zwar gibt es einen Arzt, aber keine Versorgung wie sie vorgesehen ist.) Artikel aus „Rilindja“ vom 10.4.1965, S 9.

³⁵⁸ Vgl. M., Edhe Jabllanicasit kërkojnë punktin shëndetsor. (Auch die Jabllanizer wollen eine Ambulanz.) Artikel aus „Rilindja“ vom 22.12.1965, S 9. Siehe auch Ndihma shëndetsore edhe nëpër katunde malore. (Die Gesundheitsversorgung auch in den Bergdörfern.) Artikel aus „Rilindja“ vom 14.1.1966, S 8.

teilweise erleichtert, obwohl der Zugang zu den Ortschaften weiterhin problematisch blieb.³⁵⁹

„Ich erinnere mich an einen interessanten Fall. Es war ein Bajramtag im Winter, im Februar und es war sehr kalt, da musste ich zu einer Ortschaft unter dem Cylen. Es kam ein alter Mann das Pferd zur Mühle der Stadt und ich steige aufs Pferd und mache mich auf dem Weg. Es sagte mir, ich solle schon vorgehen, er würde nachkommen, da er langsam gehen würde und etwas krank sei. Auf dem Rücken des Pferdes mache ich mich auf dem Weg, aber als ich sehe, dass er nirgends war, wartete ich auf ihn. Doktor sagt er, geh vor, ich komme schon nach. Der Patient liet an Atem und Herzbeschwerden. So ließ ich auf dem Rücken des Pferdes und ich ging ihm nach.“³⁶⁰*

Allein im Jahre 1964 wurden 1,05 Mrd. Dinar für den Bau des Gesundheitssystems bereitgestellt. Dabei wurden 40 Gesundheitsobjekte im Laufe des selben Jahres fertig gestellt, während an 10 weiteren mit dem Bau begonnen wurde.³⁶¹

Während dem Ausbau des Gesundheitssystems zu dieser Zeit, ist auch das allgemeine Krankenhaus von Prizren zu erwähnen,³⁶² welche zur 20-jährigen Befreiungsfeier von Prizren eröffnet wurde.³⁶³

Das neue Krankenhaus wurde mit Kapazitäten ausgestattet, um die gesamte Region vom Großraum Prizren und auch die Bedürfnisse der Einwohner der Nachbargemeinden abzudecken. Zumindest für die Stadt selbst ist dies eine Bereicherung und die Gesundheitsversorgung ist dadurch garantiert und stark verbessert worden.³⁶⁴

³⁵⁹ Vgl. Interview Lutfiu. Wir hatten kaum die Möglichkeiten die Menschen in den Krankenhäusern ausreichenden zu versorgen, geschweige den in den Dörfern zu besuchen. Es wurden kaum Möglichkeiten geboten Besuche in den Dörfern zu machen.

* Ein hoher Berg im Süden der Stadt Prizren an dessen Auslauf sich die Altstadt befindet.

³⁶⁰ „Më kujtohet një rastë që ka qen shumë interesant. Ka qen ditë Bajrami, në dimër, ftoht, dikur në Fror, dhe u dujke me shkue në një fshat nër Cylenin. Vjen një njeri e bjerë kalin te mullini, dhe i hypi kalit e nisem për rrugë. Ai më thotë nisu ti ngadal se unë do vijë më ngadal përmas, sepse më ngadal eci dhe jam i semuar pakës. Nisem me kali, dhe po e shof që nuk po mundet me më njekë, dhe e pres. Doktor thotë nisu ti se une vijë ngadal mbrapa. Pacienti ka qen i semur nga frymemarrja dhe zemra. Ai në kali dhe unë në këmbë mërrim në atë fshat.“ Interview Dr. Bytyçi.

³⁶¹ Vgl. Po ndërtohen edhe 50 objekte shëndetsore. (Es werden weitere 50 Gesundheitseinrichtungen gebaut.) Artikel aus „Rilindja“ vom 19.1.1966, S 6.

³⁶² Vgl. Po ndërtohen edhe 50 objekte shëndetsore, S 6.

³⁶³ Vgl. Stanoje Aleksiqi, Inauguroi Spitalin e Ri. (Stanoje Aleksic weihte das neue Krankenhaus ein.) Artikel aus „Rilindja“ vom 18.11.1964, S 1-2.

³⁶⁴ Vgl. Spitali i ri u ba për „mjekim“. (Das neue Krankenhaus wurde für ärztliche Behandlungen errichtet.) Artikel aus „Rilindja“ vom 5.1.1966, S 9.

Bild 1³⁶⁵



Auch der Ausbau der Gesundheitsvorsorge im Bereich der Tuberkulose in Prizren wird intensiviert, da einige Unternehmen einen Großteil der Kosten übernehmen um die neue Klinik zu bauen. Für die Verbesserung des Gesundheitswesens wird auch die Herstellung von Medikamenten nach Prizren verlagert, wo der Medikamentenhersteller „Farmakosi“ gebaut wurde.³⁶⁶

Es ist aber deutlich zu sehen, dass im Kosovo und vor allem in Prizren viele Krankheiten nicht behandelt werden konnten, und somit mussten die Patienten nach Prishtina, Skopje oder Belgrad vermittelt werden.³⁶⁷ So entstanden jährlich Unkosten von über 100 Millionen Dinar, da mehr als 48.000 Patienten außerhalb des Kosovo bzw. nach Prishtina zur Behandlung gebracht werden mussten.³⁶⁸

³⁶⁵ Aus „Rilindja“ vom 17.11.1965, S 9.

³⁶⁶ Vgl. Në Prizren do të ndërtohet dispanzeri i ri antituberkular. (In Prizren wird eine neue Antituberkularklinik gebaut werden.) Artikel aus „Rilindja“ vom 28.5.1965, S 6.

³⁶⁷ Vgl. Interview Dr. Bislimi.

³⁶⁸ Vgl. Sh. M., Qysh me i rrallue udhëtimet e të sëmunëve?. (Wie können wir die Behandlungsreisen der Kranken minimieren?). Artikel aus „Rilindja“ vom 6.10.1964, S 6.

Die Versorgung durch Gesundheitspunkte für die Gemeinde Prizren war sehr gering, da nur jede dritte Ortschaft einen Zugang zu dieser hatte.

„Solange ich Direktor war, hatten wir Gesundheitsstationen, also etwa 28 Gesundheitsstationen in der Gemeinde von Prizren in Zhur, Hoqe, Lubishte, Gjonaj, Zym, Karashingjergj, Zhup, in der Nähe von Gjakova in Pirana, Krushe, Hoqa e Madhe und den großen Städten. Von 1983-1988 war ich Direktor.“³⁶⁹

Diese Umstände sind auf den akuten Ärztemangel zurückzuführen, da die Spezialisierung eines medizinischen Berufes nur in den großen Zentren wie Belgrad, Zagreb, Lubljana, Skopje möglich war und nicht im Kosovo. Diese Hindernisse in der medizinischen Ausbildung wurden zudem durch die politische Situation geschaffen, und so wurde der albanischen Bevölkerung im Kosovo erst spät die Möglichkeit eröffnet eine medizinische Schule im Kosovo selbst besuchen zu können.

3.2.5. Medizinische Ausbildung im Kosovo

Zu Beginn der 1950er Jahre gab es im Kosovo kein medizinisches Gymnasium und auch keine Krankenpflegerschule, weder in der Hauptstadt Prishtina noch in Prizren.³⁷⁰ Das erste medizinische Gymnasium wurde im Jahre 1959 in Prishtina durch eine Bürgerinitiative gegründet und hatte im Laufe von wenigen Jahren einige junge angehende Ärzte hervorgebracht.³⁷¹

„Diese Schule hat heute 608 Schüler und Schülerinnen – Mediziner, Laboranten und Geburtshelfer. Bis dato haben 263 Personen diese Schule absolviert, von denen sind 210 Mediziner und 93 Apotheker. Sie leisten eine gute Arbeit zum Gesundheitsschutz der Bevölkerung.“³⁷²

³⁶⁹ „Sa isha drejtor kemi pas punkte shëndetësore, por rreth 28 punkte shëndetësore në komunën e Prizrenit, në Zhur, Hoqë, Lubishtë, Gjonaj, Zym, Karashingjergj, Zhup, ka Gjakova në Piranë, Krushe, Hoqa e Madhe, në qytetet ë medha. Prej 1983-1988 kam qen drejtor.“ Interview Dr. Jagxhiu.

³⁷⁰ Vgl. Interview Dr. Jagxhiu.

³⁷¹ Vgl. Y.B., Shkolla e mesme e medicinës u vendos në godinë të re. (Das medizinische Gymnasium wurde in eine neues Objekt verlegt.). Artikel aus „Rilindja“ vom 1.10.1965, S 7.

³⁷² „Kjo shkollë ka sot 608 nxanës e nxanse – medicinarë, laborantë e akusherë. Deri më tash e kryen këtë shkollë 263 vetë, prej të cilëve 210 medicinarë e 93 farmaceutë. Ata po bajnë një punë të mirë për mbrojtjen e shëndetit të popullsisë.“ Aus; Y.B., Shkolla e mesme, S 7.

Die Ausbildung konnte nur durch ein Praktikum abgeschlossen werden, wo die Schüler in der Gemeinde von Prishtina verteilt wurden, um dort ihren Dienst zu verrichten. Somit konnten die Schüler des medizinischen Gymnasiums erst dann ihre Diplome erhalten, wenn sie ihr Praktikum in den Dörfern der Gemeinde von Prishtina absolviert hatten. Dabei mussten sie persönliche Betreuung mehrerer Familien übernehmen und alltägliche Untersuchungen für 6 Wochen durchführen. Außerdem wurde von ihnen verlangt, dass sie Erste Hilfkurse in den Dorfschulen abhalten.³⁷³

Für Prizren hingegen stand nur ein allgemeines Gymnasium für die gesamte Region vom Großraum von Prizren (Gemeinden; Prizren, Suhareka, Rahovec, Malishevë, Dragash/Opoja) zur Verfügung, wodurch der Andrang sehr groß war und die Zahl der Aufnahmen, durch einen Numerus Clausus, limitiert war. Eine medizinische Ausbildung als Pfleger oder Krankenschwester, konnte nur in den anderen Republiken oder der autonomen Provinz Vojvodina gemacht werden.

„Damals, 1954, ging ich zum Studieren nach Zagreb. Ich inskribierte mich dort, da es in Belgrad damals Aufnahmeprüfungen gab, und nach Zagreb gingen jene Studieren die mittelmäßige Noten hatten. Ich hatte damals die medizinische Mittelschule in Novi Sad absolviert.“³⁷⁴

Die späteren Generationen konnten sich dann jedoch auch in Kosovo das medizinische Grundwissen aneignen, wobei die Aufnahme auch im medizinischen Gymnasium in Prishtina mit Mühe und Kosten verbunden war. Die Spezialisierung im medizinischen Bereich konnte weiterhin nicht im Kosovo erfolgen, da es an den nötigen Kapazitäten fehlte, weil eine Spezialisierung von drei Ärzten betreut werden musste. So mussten die Spezialisierungen in Belgrad, Skopje, Zagreb, Sarajewo und Ljubljana gemacht werden.³⁷⁵

³⁷³ Vgl. B. Olloni, Medicionarët në praktikë. (Pfleger im Praktikum). Artikel aus „Rilindja“ vom 8.4.1965, S 9.

³⁷⁴ „Atëherë shkova në Zagreb me studjue, me 1954. U regjistrova se Beogradi kishte provim pranues, e në Zagreb shkonin ata me nota të shkëlqyeshme që e kanë nkrye të mesmen. Se të mesmën une e kam nkrye në Novi Sad. Shkollën e mjekesisë të mesmën e kam nkrye atje.“ Interview Dr. Jagxhiu.

³⁷⁵ Vgl. Interview Dr. Lutfiu.

„Die Spezialisierungen wurden außerhalb von Kosovo gemacht. In Skopje bis 1969³⁷⁶ bis die Fakultät in albanischer Sprache in Prishtina gegründet wurde. Sieben Jahre war der Durchschnitt der Spezialisierung.“³⁷⁷

So musste die erste Nachkriegsgeneration der Mediziner ihre Spezialisierungen in den wichtigen Zentren Jugoslawiens absolvieren. Der Grund war, dass es im Kosovo an Personal fehlte um eine Spezialisierung zu ermöglichen.

„Meine Spezialisierung habe ich in Belgrad absolviert, da es in Prishtina keine Möglichkeit gab. Erst 1970/71 wurde die medizinische Fakultät eröffnet, aber die meisten Spezialisierungen konnten bis 1975/76 nicht in Prishtina gemacht werden. Ab 1975 konnten einige Spezialisierungen auch in Prishtina gemacht werden, wie in der Inneren Medizin, für Lungenfacharzt, Infektiologie und Pädiatrie. Für Neurologie, Kardiologie u.a. mussten die Spezialisierungen weiterhin außerhalb von Kosovo gemacht werden.“³⁷⁸

Durch die Spezialisierungsmöglichkeiten entstand auch ein neues Selbstbewusstsein in der albanischen Gesellschaft, weil durch die neue albanische Kader die Kritikerin erfüllt wurden und somit die neue Generation von Albanern ausgebildet werden konnte. Dies musste aber lange auf sich warten lassen und dauerte mehr als zehn Jahre nachdem die medizinische Fakultät in Prishtina aufgemacht worden war.

„Damals wurde die Spezialisierung in Belgrad, Zagreb, Ljubljana, Skopje gemacht. Es waren mindestens drei Professoren nötig um eine Prüfungskommission zu gründen. Ab den 1980er Jahren waren dann auch jegliche Spezialisierungen im Kosovo möglich.“³⁷⁹

So wurde auch der Wunsch der Bevölkerung sich von den eigenen Landsleuten untersuchen zu lassen größer und die Konsultierungen nahmen stärker zu, da es

³⁷⁶ Am 17.Juni 1969, wurde die medizinische Fakultät in Prishtina gegründet, wobei sie ihre Arbeit erst im Dezember desselben Jahres begann und die ersten Vorlesungen im Gebäude der Philosophischen Fakultät von Prishtina abgehalten wurden. Siehe unter <http://mjekesia.uni-pr.edu/> (14.02.2013)

³⁷⁷ „Specializimet jan b  jasht  Kosov s. N  Shkup deri me 1969 deri kur u hap fakulteti në gjuhën Shqipe në Prishtinë, 7 vjetë ka qen mesatarisht .“ Interview Dr. Besimi.

³⁷⁸ „Specializimin e kam bërë në Beograd, se nuk ka pas në Prishtinë. Me 1970/71 u hap fakulteti i mjekesis . Shumica e specializimeve ka zgjat, dhe prej 1975/76 kanë fillue disa specializime në Kosovë. Interno (1975), për mushkëri, infektologji dhe pediatri kanë mujtë me u bërë në Prishtinë. Neurokirurgjia, Kardiologjia kan  qen jasht  Kosov s.“ Interview Dr. Jagxhiu.

³⁷⁹ „At her  u b  Specializimi n  Beograd, Zagreb, Lubljan, Shkup. U desht me i pas  m  s  pakti tre profesora p r t  krijue komisionin p r provimin. Prej viteve 1980a kan  mujt  me u b  specializime edhe n  Kosov .“ Interview Dr. Besimi.

leichter war mit einem albanischen Arzt zu kommunizieren und diesem auch mehr Vertrauen entgegen zu bringen.

„Was hat eine fremder Arzt bei uns zu suchen, wenn ich die Möglichkeit habe den eigenen Arzt zu haben. ‚Unser Arzt, für unser Volk‘.“³⁸⁰

Aber die Ausbildung im Allgemeinen war für Kosovo eine große Hürde, vor allem in den ländlichen Regionen und zudem für junge Frauen am allerschwierigsten.

3.2.6. Ausbildungsmöglichkeiten und Hürden

Für die Menschen war früher war alles Besser, mit der Ausnahme, dass es damals keine Schule gab. Man sprach nicht einmal darüber, da die Menschen in Wirklichkeit nicht wussten was sie bedeutete. Diese Einstellung war von der Zwischenkriegszeit bis in die 1960er Jahre hinein, vor allem in den ländlichen Regionen, noch immer weit verbreitet.³⁸¹

Durch die neuen Möglichkeiten sich einer Ausbildung widmen zu können, änderte sich jedoch langsam die Sicht auf das Bildungswesen. Aber es galt immer noch viele Hürden zu überwinden,³⁸² da die neue Generation sich an alte Traditionen gebunden fühlte und auf der anderen Seite sie auch in der Landwirtschaft gebraucht wurden.³⁸³ So war es in den ersten Jahrzehnten normal, dass viele der Schüler den Abschluss nicht schafften, da sie vorzeitig einen Abbruch dieser unternahmen, weil sie als Arbeitskraft gebraucht, oder im Fall der Mädchen, diese schon verlobt wurden und somit eine Ausbildung als unnötige Zeitverschwendung gesehen wurde.³⁸⁴

³⁸⁰ „Çka po kërkon naj mjekë nga vendi tjetër me ardh te na, pasi e kam mundësinë me bë mjekun tim. ‚Mjeku i ynë, për popullin tanë‘.“ Interview Dr. Besimi.

³⁸¹ Vgl. Reineck, The Past as Refuge, S 164.

³⁸² Vgl. R. Zogjani, Për një përfshimje ma të gjanë e aktiviteteve të gjallë të femnave. (Für eine breitere und aktivere Teilnahme der Frauen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 5.11.1964, S 6. Das Problem der Lebensweisen und der Bruch mit alten Gewohnheiten ist ein präsentenes Konfliktpotential, dass schwer zu vermeiden ist, da die jungen Generation ihre Wünsche bei der älteren Generation durchsetzen möchte.

³⁸³ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 172.

³⁸⁴ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 172. Im Jahre 1964/65 haben 34.844 die Volksschule begonnen, von denen nur 16.316 die 8-jährige abschlossen, wobei 63,41% davon männlich waren und nur 36,58% weiblich.

Diese Einstellung vor allem gegenüber den Mädchen und ihrer „Funktion“, die sie zu erfüllen hatten führte meist dazu, dass ihre Ausbildung vorzeitig beendet wurde.³⁸⁵

Dabei war es wichtig sich einer bessere Zukunftsperspektive zu widmen, die den Eltern nicht gewährleistet worden war, um sich so einem neuen Lebensstiel zu widmen, der neben einer besseren Berufschance auch mit einem gesunderen Leben verbunden werden konnte.

„I was the only boy in my family who went to school. I went against my father's wishes. After I finished the fourth grade I had to stay home to take care of the sheep. While the sheep were grazing, I would sneak off and go to school. I couldn't go home after school; I had to go to the sheep, and didn't dare to go home lest my rust be detected. I stayed one night at a friend's, another night at another friend's, until finally my father got wise to me. After deceiving him like this, how could I ask him to buy me pants, shoes, a book, a pencil? I went to school just as I gone with the sheep, looking like a shepherd. When I went to high school in town I slept in cold basement rooms, living on cornbread and beans. I took a satchel of cornbread from home to last me the week. If it got moldy, I cut off the mold and ate the rest. It was like that for most of my generation (Hyri).“³⁸⁶

Die Gründung von neuen Schulen,³⁸⁷ in albanischer Sprache, führte dazu, dass die Analphabetenrate im Laufe der Jahre von etwa 90% (1950) auf etwa 30% in den 1970er Jahren sank.³⁸⁸ Die Zahl der Analphabeten bei den Frauen war jedoch immer noch sehr hoch.³⁸⁹

³⁸⁵ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 172.

³⁸⁶ Zitiertes Zitat aus Reineck, The Past as Refuge, S 165.

³⁸⁷ Vgl. R. Zogjani, Për një përfshimje më të gjatë, S 6. Auch auf Bundesebene wurde diese Form der Ausbildung und Fortbildung forciert, und die Zahl der Schulen rapide vergrößert, damit junge Frauen und Mädchen auch andere Möglichkeiten für ihre Zukunft offen haben. Siehe auch Islami, Fshati i Kosovës, S 170-171. Im Kosovo gab es im Jahre 1971 1.453 Ortschaften (Dörfer und inklusive Städte), die sehr lange in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht isoliert waren und bis in die 1980er Jahre hinein größtenteils nicht an eine Infrastruktur angeschlossen waren, wie Straßen, Kanalisation, Strom etc. Diese Umstände führten dazu, dass viele Ortschaften noch immer über keine Ausbildungsinstitutionen verfügten. Zwar stieg die Zahl der Schulen in den Orten von 258 (1938/39 – alle in serbischer Sprache) auf 701 (1957/58). Aber der rapide Ausbau dieser Institutionen kam durch die schlechte Wirtschaftslage ins Stocken und 1981/82 hatte Kosovo 908 Schulen, wobei die Städte mehr als eine Volksschule aufweisen, und somit die Zahl der Schulen nicht direkt auf die Anzahl der Ortschaften übertragen werden kann. Andererseits war der Besuch der Schulen in den Nachbarortschaften durch die Entfernung und auch der schlechten Anbindung eine große Herausforderung, da das Gelände meist hügelig und kaum begehbar war.

³⁸⁸ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 160. Die Analphabetenrate im Kosovo war im Jahre 1921 nahezu 100%, und ist bis 1981 auf etwa 17,4% gesunken.

³⁸⁹ Vgl. Dushi, Femra, S 87.

Es gab neben jener Meinung, dass die Ausbildung keine Bedeutung für die jungen Menschen habe, auch jene die sich für eine Ausbildung ihrer Kinder stark machten, indem sie sich ein Beispiel an jenen Kulturen nahmen, wo sie als Gastarbeiter tätig waren.

„My father worked for twenty-five years in a Beograd factory. He always said that we had better get an education so that we could get local jobs and stay at home.”³⁹⁰

Durch die Initiative der Eltern und auch dem Eigeninteresse etwas besseres zu erreichen, stieg auch das Interesse an einer höheren Ausbildung bei der jungen Generation, in den 1960er Jahren deutlich an.³⁹¹ So hatte Kosovo zwar in den 1970ern immer noch die höchste Analphabetenrate im jugoslawischen Vergleich, konnte aber auf der anderen Seite die höchste Dichte an Studierenden in Jugoslawien vorweisen, die sich bei etwa 30 Studierende auf 1000 Einwohner bewegte.³⁹²

Eine deutliche Diskrepanz in der Ausbildung der Geschlechter war regional, aber auch zwischen Stadt und Land sehr stark.³⁹³ Die Mädchen aus den ländlichen Regionen bekamen kaum eine Möglichkeit höhere Schulen zu besuchen, wohingegen jene die in der Stadt lebten, vermehrt die Schulen aufsuchten. Hier ist vor allem in den traditionell geprägten ländlichen Regionen die Arbeitskraft der Frau wichtig, auf die nicht verzichtet werden kann.³⁹⁴ Auch die Insistierung von Ärzten und der gebildeten Schicht, dass die jungen Mädchen vermehrt Schulen besuchen sollten, erreichten nicht viele Menschen.³⁹⁵

Auch die Perspektivlosigkeit ab den späten 1970er Jahren, die sich durch die neue wirtschaftliche Lage ergab, stellte die Frauen hinten an, da diese sich nicht um eine Ausbildung bemühen sollten, für die es später dann keine Arbeit gibt. Dabei stand auch die Ehre der jungen Mädchen im Vordergrund, da kein Anlass für eine hohe

³⁹⁰ Zitiertes Zitat aus Reineck, *The Past as Refuge*, S 167.

³⁹¹ Vgl. Dushi, *Femra*, S 90. Die konservative Weltsicht die über Jahrhunderte geprägt wurde und die untergeordnete Stellung der Frauen geschaffen hatte, war noch immer in den Köpfen vieler Menschen, und stellte durch diese Haltungen ein ernsthaftes Hindernis für ihre soziale Betätigung.

³⁹² Vgl. Reineck, *The Past as Refuge*, S 166.

³⁹³ Vgl. Drita Bakija-Gunga, *Gratë e Kosovës në periudhën e ndërtimit socialist (1945-1978)*. (Prishtinë, 1986), S 113-114.

³⁹⁴ Vgl. Dushi, *Femra*, S 94.

³⁹⁵ Vgl. Interview Dr. Besimi.

Ausbildung gesehen wurde, wenn diese so oder so wieder zwischen vier Wänden enden und wie die Ungebildeten ihren Alltag im Haushalt haben werden.

Wenn auf die Töchter eine Arbeit nach der Ausbildung warten würde, wären die Eltern dafür sie eine Ausbildung machen zu lassen, aber nachdem sie mit der Schule oder einer höheren Lehranstalt fertig werden, müssen sie sich wieder der Hausarbeit widmen, da es keine Berufsmöglichkeiten gab.³⁹⁶ Es ist alles damit verbunden, dass es zwar die Kleinindustrie gibt,³⁹⁷ die aber von 100 Bewerbern nur 5 annimmt und somit der Großteil arbeitslos bleibt. Bei den Mädchen ist es nicht anders bestellt, da jede 10te einen Job nach der Ausbildung bekommt. Daher müssen sie Arbeiten wie vor 100 Jahren verrichten, weil dies auch stark mit der Armut verbunden ist.³⁹⁸ Eine fertige Ausbildung ohne Berufsmöglichkeiten, schränkt auch die Heiratsmöglichkeit ein, da eine arbeitende Frau zumindest in ihrer Arbeitsstätte einen möglichen Partner finden kann.³⁹⁹

Durch die aussichtslose Situation der jugoslawischen Wirtschaft im Laufe der 1970er und 1980er Jahre, ist der Grund für die Ausbildung der Mädchen verloren gegangen, da es nun als unnötige Geldverschwendung gesehen wird, wenn sie eine Ausbildung machen.

"Why would you send a girl at school if you weren't sure she would have work afterwards? Just to keep her at home? Just to spend money needlessly? Don't you realize how much it cost the head of the house to send a girl to school? People don't have the money for that investment – to pay for a place to stay in Prizren, for food, books, paper, clothes – if there is no promise of work afterwards. What good is an education if again she ends up closed behind four walls? She is left half finished – this is ruination."⁴⁰⁰

Die Ironie in dem Ganzen ist es, dass auf der einen Seite eine Ausbildung der Mädchen gefordert wird, aber wenn die Zukunftsperspektiven nicht gegeben sind, ist dieser Schritt für viele als Zeitverschwendung gesehen worden und zudem mit dem Problem verbunden, dass die Familie entehrt würde, weil die Mädchen sich auch Abenteuern hingeben würden.

³⁹⁶ Vgl. Islami, Fshati, S 190. Hier spricht der Autor von etwa 11,1% beschäftigte im Kosovo im Jahre 1980 und etwa 240.000 die auf der Suche nach Arbeit waren.

³⁹⁷ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 200.

³⁹⁸ Vgl. Dushi, Femra, S 90.

³⁹⁹ Vgl. Reineck, The Past as Refuge, S 180.

⁴⁰⁰ Zitiertes Zitat aus Reineck, The Past as Refuge, S 180.

“No one will send their daughter if there is no work. It seems to them just like sending them to have an adventure (an affaire), and to end up at home anyway. And no one comes to ask for your daughter (in marriage). There are many examples of girls who have finished high school and wind up behind four walls, just like the girls who has only finished the eighth grade, and the one in high school doesn't know any more.”⁴⁰¹

Die große Zahl der ausgebildeten Jugendlichen im Kosovo ab 1970 führte, mit der immer größer werdenden Krise in Jugoslawien, zu einer hohen Arbeitslosenquote unter Akademikern und gut ausgebildeten Fachkräften.

“There is no future for young people. There is no work. A boy finishes high school and signs up at the employment bureau, but there are no results. And there is nothing to do at home – a little wood to gather, a bit of wheat to harvest. They don't know where to turn. If they finish college they will end up doing physical labor as migrants anyway. They know that even if they get work in Kosova, it won't be enough to adequately support a family.”⁴⁰²

Die Ausbildung sollte auf der anderen Seite als erster Schritt für die Emanzipation der Bevölkerung gesehen werden, da das Verständnis für die Gesundheit nur dadurch verbessert werden konnte. Auch die Zusammenhänge zwischen Hygiene und Gesundheit wären leichter zu erkennen, wenn die Frauen eine bessere Schulbildung erhalten würden.

3.3. Hygiene

3.3.1. Rolle von Hygiene für die Gesundheit

Die Hygiene, also die Lehre von der Verhütung von Krankheiten und der Erhaltung der Gesundheit, spielt in allen Bereichen des Lebens eine wichtige Rolle. So etwa bei der Mundhygiene⁴⁰³, Schlafhygiene⁴⁰⁴, Psychohygiene⁴⁰⁵, Umwelthygiene⁴⁰⁶, Arbeitshygiene⁴⁰⁷, usw.

⁴⁰¹ Zitiertes Zitat aus Reineck, The Past as Refuge, S 180.

⁴⁰² Zitiertes Zitat aus Reineck, The Past as Refuge, S 165.

⁴⁰³ Vgl. Univ.-Prof. DDr. Siegfried Kulmer, Professionelle Mundhygiene. Artikel online unter http://www.netdoktor.at/health_center/zaehne/mundhygiene.htm. (10.03.2013)

Schlafhygiene beinhaltet z.B. den geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus, so wie das richtige Schlafen, und alles was damit zusammenhängt. Dazu zählt u.a., dass man vor dem Schlafen gehen immer denselben Ritus vollzieht (wie etwa noch ein Glas Milch trinken, oder ähnliches), wodurch man den Körper bereits vor dem eigentlich Schlafen gehen bereits darauf „vorbereitet“, dass man sich kurz darauf zur Bettruhe begibt. Aber auch das richtige Umfeld beim Schlafen gehört zur Schlafhygiene. Wie in etwa, dass man darauf achtet, dass der Raum angenehm temperiert und abgedunkelt ist, und auch kein (vermeidbarer) Lärm die Nachtruhe stört.⁴⁰⁸

Arbeitshygiene wiederum umfasst Dinge, welche für ein gesundes, und angenehmes Arbeiten bzw. Arbeitsklima wichtig sind. Das Erkennen von möglichen Risiken am Arbeitsplatz, oder das richtige, ergonomische Arbeiten, und viele weitere Dinge gehören allesamt zum Bereich der Arbeitshygiene.⁴⁰⁹

Es lässt sich also bereits an diesen paar Beispielen leicht erkennen, dass es viele Formen und Bereiche der Hygiene in unserem Leben gibt. Besonders wichtig ist sie vor allem in Medizinischen, sowie in Gesundheits-, und Krankenpflege Berufen, wo hygienisches Arbeiten einen sehr hohen Stellenwert inne hat.⁴¹⁰

Aus diesem Grund herrschen in Krankenhäusern, Pflegeheimen, etc. besonders strenge Pflegemaßnahmen, welche das richtige, hygienische Arbeiten vorgeben.

3.3.2. Hygiene im Verständnis der kosovarischen Bevölkerung

Die Gesundheit ist ein wichtiger Faktor im Leben eines Menschen. Jedes Individuum wird sich immer bewusster über die Rolle der Gesundheit im eigenen Leben. So hat die Schule die Pflicht die junge Generation auf die Wichtigkeit der Gesundheit

⁴⁰⁴ Vgl. Schlafhygiene: Checkliste für die Nacht, Artikel vom 03.12.2007. Online unter http://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/schlafen/schlafhygiene-checkliste-fuer-die-nacht_aid_228050.html. (12.03.2013)

⁴⁰⁵ Vgl. Psychohygiene. Artikel online unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Psychohygiene>. (12.03.2013)

⁴⁰⁶ Vgl. <http://www.meduniwien.ac.at/umwelthygiene/>. (11.03.2013)

⁴⁰⁷ Vgl. Arbeitshygiene. Artikel online unter <http://www.aaa-sprigade.de/ah.html>. (11.03.2013)

⁴⁰⁸ Vgl. Schlafhygiene

⁴⁰⁹ Vgl. Arbeitshygiene

⁴¹⁰ Vgl. Arbeitshygiene

hinzuweisen. Es soll die Lebensbedingungen und der Lebensstil verbessert und verändert werden, damit die Gesundheit nicht darunter leidet.⁴¹¹

Durch Verschmutzungen und unhygienische Verhältnisse, kann eine Unzahl von Krankheiten entstehen die für die menschliche Gesundheit sehr gefährlich sind.⁴¹²

Durch die hohe Analphabetenrate in der albanischen Bevölkerung, war auch das Wissen über Hygiene kaum gegeben. Für viele Menschen gab es keinen Zusammenhang zwischen unhygienischen Verhältnissen und Krankheiten.

„Auch die Hygiene war auf einem niedrigen Niveau, da es an Wissen mangelte, weil die Analphabetenrate damals sehr hoch war. Somit hat es bis in die 1970er keine Entwicklung gegeben.“⁴¹³

Hier spielte außerdem die traditionelle Art des Lebens eine wichtige Rolle, da es üblich war in großen Familienverbänden auf engstem Raum zusammen zu leben. Die Übertragung von ansteckenden Krankheiten und das Auftreten von Epidemien war daher ein großes Problem.⁴¹⁴ Der Versuch die Bevölkerung durch Zeitungsartikel auf hygienische Verhältnisse aufmerksam zu machen, war nicht von Erfolg gekrönt, da kaum jemand diese gelesen hat. Erst durch das Fernsehen konnten weite Teile der Bevölkerung erreicht werden.⁴¹⁵

Die schlechten hygienischen Zustände sind jedoch aus einem anderen Gesichtspunkt zu betrachten, weil neben dem fehlenden Wissen über die Bedeutung von Hygiene auch die fehlende Infrastruktur ausschlaggebend war. Vor allem in den Dörfern musste man sich daher unterschiedlichen Herausforderungen stellen.⁴¹⁶

3.3.2.1. Hygienische Verhältnisse im Kosovo (vor allem am Land)

„Pastërtia është gjysma e shëndetit.“

⁴¹¹ Vgl. Edukimi shëndetsor në shkollë. (Gesundheitsausbildung in Schulen). Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1961, Nr. 9, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 163-164, hier S 163.

⁴¹² Vgl. Sadik Shala, Ndysinat dhe sëmundjet. (Verschmutzungen und Krankheiten). Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1961, Nr. 3, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 55-56, hier S 55.

⁴¹³ „Edhe pastërtia ka qen në nivelin e ulët sepse vetëdisimi ka munguar, pasi analfabetizmi ka qen shumë i nalt gjat asaj kohe. Kështu që nuk ka pasë zhvillim deri në vitetë e 1970a.“ Interview Dr. Bytyçi.

⁴¹⁴ Vgl. Otasheviq, Higjiena, S 157.

⁴¹⁵ Vgl. Interview Dr. Jagxhiu.

⁴¹⁶ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 201.

Hygiene ist die halbe Gesundheit.

Dadurch dass im Kosovo etwa 70% der Gesamtbevölkerung des Landes in den 1960ern am Land lebten, war das Problem der Hygiene ein weitverbreitetes Phänomen. Die Zahl der Infektionskrankheiten und Epidemien war dementsprechend hoch gewesen. Die häufigsten Krankheiten, die durch Verschmutzung und der Abwesenheit von Hygiene auftreten, sind alle Formen von Darminfektionen, Typhus, Ruhr etc.⁴¹⁷

Dabei sind persönliche Hygiene und Hygiene der Kleidung von großer Bedeutung, da sie mindestens einmal die Woche komplett gereinigt gehören und der Körper mindestens 1-2 mal die Woche komplett gewaschen, damit solche Krankheiten sich nicht ausbreiten können. Dabei sind das tägliche Waschen der Haare, des Gesichts und das Putzen der Zähne ein wichtiger Faktor.⁴¹⁸

Zwar unterscheidet sich ein Dorf von einer Stadt durch seine natürlichen Vorteile, wie die saubere Luft, weniger Staubbelastung durch Verkehr und anderen Vorzügen, trifft dies jedoch nicht auf die Dörfer im Kosovo zu. Die hygienischen Zustände in den Dörfern hatten katastrophale Ausmaße angenommen und führten unweigerlich zu Gesundheitsproblemen.⁴¹⁹

„Die Hygiene war auf einem niedrigen Niveau, da damals an Kanalisationen nicht einmal gedacht wurde. In Fällen des Typhus oder der Gelbsucht kamen Ärzte aus Suhareka und desinfizierten unsere Kleider, wobei wir auch eine andere Methode verwendeten, indem unsere Mutter die Kleider in kochendes Wasser gab um sie sauber zu bekommen.“⁴²⁰

Nicht nur die Straßenverhältnisse waren noch auf einem sehr unterentwickeltem Niveau,⁴²¹ sondern auch der Zustand der Häuser.⁴²² Obwohl es in den 1960ern erste Ansätze zur Verbesserung der Hygiene in den Dörfern gab, war sie bei weitem noch

⁴¹⁷ Vgl. Sadik Shala, Ndysinat dhe sëmundjet, S 55.

⁴¹⁸ Vgl. Shala, Ndysinat, S 55.

⁴¹⁹ Vgl. Otasheviq, Higjiëna, S 157.

⁴²⁰ „Higjiëna nuk ka qenë në nivel të duhur, kanalizimet as që nuk mund të paramendoheshin në atë kohë. Në disa raste të përhapjes së tifos apo sarillakit vishin mjekt nga Suhareka e na tymosnin teshat e neve per tu desinfektuar, kurse edhe ni metod e perdorshim ne na qitke teshat nana e na i shtike ne val te nxeht per tu pastru.“ Interview Rrezja.

⁴²¹ Vgl. Interview Asije.

⁴²² Vgl. Interview Dr. Bytyçi und Sherife.

unzureichend, da es zwar eine bessere Wasserversorgung gab, aber weiterhin die Probleme der Kanalisation und Müllentsorgung nicht beseitigt wurden.⁴²³

„Die bekannten Angelegenheiten der Assoziation, die auch schwer lösbar für die Städte sind (die Eliminierung der Abwasser, Mist, Müll, etc.), - werden immer größere aktuelle Probleme, nicht nur für die Dörfer sondern auch für die Natur. Die sanitäre Installierung in den Häusern der Dörfer, sind das Problem von fast jeder Familie.“⁴²⁴

Die häusliche Hygiene ist ein wesentlicher Bestandteil für ein gesundes Leben, und daher sollten sich die Einrichtung der sanitären Anlagen mindestens 50m vom Brunnen entfernt und außerhalb des Hauses befinden, da in vielen Dörfern weiterhin Wasser aus Brunnen geschöpft wurde, die jedoch unzureichend isoliert und vor Keimen geschützt waren.

„Most villages have running water brought in by canal systems developed in the late 1960s and early 1970s, but many houses still collect water from courtyard wells.“⁴²⁵

Auch die Stromversorgung wurde im Großraum von Prizren im Laufe der 1960er und 1970er Jahre gesichert,⁴²⁶ auf dem die Gesundheitsinstitutionen aufbauen konnten, da wichtige Apparaturen andernfalls für Untersuchungen nicht verwendet werden konnten.⁴²⁷

Trotz der Modernisierung des Versorgungsnetzes blieb das Problem der Hygiene ein akutes Problem, da vor allem die Wasserversorgung durch Brunnen mangels Isolierung und des unachtsamen Umgangs mit der Umwelt und der Müllentsorgung, dazu beitrugen, dass viele Infektionskrankheiten sich durch das Trinkwasser rapide verbreiteten.⁴²⁸

⁴²³ Vgl. Otasheviq, Higjiena, S 157.

⁴²⁴ „Çështjet e njohura mirë të asanacionit, që janë njësoj të vështira për zgjidhje edhe në qytete (eliminimi i ujërave të ndytë, plehut, bërllogut, etj.), - po bëhen problema akoma më aktual, jo vetëm në fshat po edhe në natyrë. Instalimet sanitare nëpër shtëpitë e fshatit janë problem gati i çdo familjeje.“ Dr. J. M., Ambienti i fshatit dhe shëndeti. (Das Umfeld des Dorfes und die Gesundheit), Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1975, Nr. 1, (Prishtinë, 1975, 1-12), S 1-3, hier S 2.

⁴²⁵ Zitat aus Reineck, The Past as Refuge, S 28.

⁴²⁶ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 106.

⁴²⁷ Vgl. Reineck, The Past as Refuge, S 29.

⁴²⁸ Vgl. Mihaljo Davidoviq, Randësija e nevojtores hingjenike. (Die Wichtigkeit einer hygienischen Toilette), Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1962, Nr. 10, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 174-175, hier S 174.

„In vielen Dörfern ist das Wasser ein großes Problem. Fast jeden Sommer verbreiten sich kleinere oder größere Epidemien durch das Wasser. Intestinalen Typhus, Paratyphus und Dysenterie sind die sogenannten intestinalen hydro Infektionen, weil die Ausbreitung durch Schmutzwasser erfolgt. Eingeweidewürmer gelangen auf diese Weise in den menschlichen Körper.“⁴²⁹

Durch den schlechten Umgang mit der Entsorgung vom Schmutzwasser und auch Abfällen aus der Land- und Viehwirtschaft, die meist in der Nähe von Brunnen abgelagert werden, führt die schlechte Isolierung der Brunnen dazu, dass sich dort ein regelrechter Bakterienherd ansammelt, wo die Abfälle durch das Grundwasser hineinfließen und so wieder in den menschlichen Körper gelangen und dadurch der eigenen Gesundheit durch die Unachtsamkeit geschadet wird.⁴³⁰ Daher ist es wichtig den Brunnen von unnötigen Verschmutzungen zu schonen.⁴³¹ Daher ist es wichtig die Menschen in dieser Hinsicht zu sensibilisieren, weil ein gesundes Umfeld für die Kinder nur dann geschaffen werden kann, wenn sich die Eltern sich dessen auch bewusst sind, dass sie durch ihren Lebensstil und der Vorsorge (Hygiene, gesunde Nahrung etc.) einen Einfluss auf die Gesundheit der Kinder haben.⁴³²

Der Versuch die Wasserversorgung für den Großraum von Prizren zu sichern, wurde mit dem angesetzten Bau einer Hydrozentrale über der Ortschaft Zhur⁴³³ angestrebt, das jedoch bis dato (2013) noch nicht umgesetzt wurde.⁴³⁴ Neben der Wasserversorgung war jedoch auch das Essen ein wichtiger Faktor für die Gesundheit. Vor allem im Winter war es von Bedeutung sich nährreich zu versorgen, damit der Körper nicht geschwächt werde, da im Sommer und Herbst durch die

⁴²⁹ „Në shum katunde uji asht problem i madh. Gati çdo verë çfaqen epidemi ma të vogla ose ma të mëdha që përhapen me anë t'ujit. Tifoja e zorrëve, paratifoja dhe dizenterija janë t'ashtuqejtunat infektimet hidrike të zorrëve, sepse përhapen prej ujit të ndytë. Edhe parazitët e zorrëve mbërrijnë në këtë mënyrë n'organizmin e njeriut.“ Dr. K. Danilloviq, Higjena e ujit në katund. (Die Wasserhygiene im Dorf). Artikel aus Rilindja vom 8.10.1964, S 8.

⁴³⁰ Vgl. M. Davidoviq, Higjiena e puseve (bunarëve). (Die Hygiene der Brunnen.), Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1961, Nr. 7, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 136-137, hier S 136.

⁴³¹ Vgl. Tomislav Popoviq, Pusi higjenik kusht për shëndetin tonë të mirë. (Die Hygiene des Brunnen eine wichtige Bedingungen für unsere Gesundheit.), Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1962, Nr. 9, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 129-130, hier S 129.

⁴³² Vgl. Kërxihiq, Sëmundtjet, S 33.

⁴³³ Vgl. M. R., Hidrocentrali „Zhur“ do të ndërtohet. (Das Wasserkraftwerk von Zhur wird gebaut werden.). Artikel aus „Rilindja“ vom 26.3.1965, S 2. Das Wasserkraftwerk von Zhur, sollte mehr als 135 Megawatt produzieren und die Wasserversorgung von Prizren sichern und somit eines der wichtigsten Grundbedürfnisse abdecken, da die Menschen meist das gleiche Wasser zum Trinken und Kochen verwendeten wie zur Bewässerung der Felder.

⁴³⁴ Vgl. Reineck, The Past as Refuge, S 28.

Ernte die Versorgung etwas besser war, obwohl sie da auch sehr Nährstoffarm gewesen ist.⁴³⁵ Obwohl die Stadt durch die Landbevölkerung ernährt wird, sind die Bauern jene, die das schlechtere und magere Essen für sich behalten, weil sie die Produkte wie Käse, Weizen, Mais, Tomaten, Milch, Eier etc. verkaufen müssen, um wichtige Kosten die im Haushalt anfallen abzudecken.⁴³⁶

So konnten wichtige Nahrungsmittel begrenzt für die Familie auf die Seite geschafft werden. Fleisch vor allem war ein seltenes Gut, da sich dies meist nur reichere Familien leisten, oder nur jene, die selber ein Kalb oder Rind für das kommende Jahr entbehren konnten. Es wurde selten ein Tier geschlachtet (posek), außer zu besonderen Anlässen wie Hochzeiten oder wichtigen Festen, wie dem Bajram-fest, wo ein Schaf als Opfertier für die Familie das Fleisch brachte.⁴³⁷

Für den Winter wurde hingegen Obst und Gemüse eingelegt und als Pekmez (Marmalade), Reqel (Kompot), Turshi (eingelegtes Gemüse – Tomaten, etc.) und andere haltbar gemachte Nahrungsmittel, die neben Brot als Grundnahrung für den Winter in den Dörfern galten.⁴³⁸ Jagen gehörte unter anderem auch zu einer Art der Beschaffung von proteinreichem Essen, was nur zur Jagdsaison möglich war, da ansonsten hohe Strafen drohten.

Neben der Nahrung spielt auch die Unterkunft eine wesentliche Rolle für die Gesundheit, da die Hygiene eine tragende Säule in den Häusern ist. Die Häuser und deren Ausstattung war auch nach dem Zweiten Weltkrieg bis in die 1960er primitiv gehalten worden, da es weder einen Holzboden noch sanitäre Einrichtungen gab, und die Häuser meist aus Lehm und Steinen gebaut wurden. Meist schlief die ganze Familie in ein bis zwei Zimmer zusammen auf dem Boden, da es keine Betten und andere Schlafutensilien gab.⁴³⁹ Man stellte die Schlafunterlagen aus

⁴³⁵ Vgl. Interview Asije.

⁴³⁶ Vgl. Dr. M. Shtambuk, Ushqimi i dimnit në katund. (Winternahrung im Dorf), Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1963, Nr. 1, (Prishtinë, 1963, 1-12), S 12.

⁴³⁷ Vgl. Interview Asije und Sherife.

⁴³⁸ Vgl. Shtambuk, Ushqimi, S 12.

⁴³⁹ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 213. Die Situation der Wohneinheiten bzw. Häuser in den Dörfern war in einem miserablen Zustand, da sich das Wohnverhalten bis in die 1960er Jahre nicht geändert hatte. Zum Einen wurden kleine Wohneinheiten gebaut, die aus Materialien errichtet wurden, die von der nahen Umgebung zur Verfügung gestellt wurden, wie Steine, Lehm, Holz etc., die nicht nur eng sondern auch ohne jegliche sanitäre Einrichtungen waren. Mehr als die Hälfte der Bevölkerung schlief weiterhin auf dem Boden (1955 etwa 57%), ohne ausreichende Schlafutensilien. Zwar änderte sich die Situation in den Städten, da diese hygienischere

landwirtschaftlichen Produkten her, wie aus Roggen oder Weizenhalmen die Herstellung von Matratzen und anderen Unterlagen bewerkstelligt wurde, die dann tagsüber einfach im Freien oder in einer Ecke aufbewahrt werden konnten.⁴⁴⁰

„During that time our house had earthen floors like the other houses around us. Our father was a wood-worker, but how would it have looked if we put down a wooden floor, and the others didn't? Conspicuous! Of course the horses stalls had wooden floors to keep the horses from getting muddy. But the people? Lots of things just didn't occur to us.“⁴⁴¹

Die Zahl der Haushalte, die eine Installation hatten, war bis in den 1970er Jahren in einem schlechten Zustand im ganzen Land. Es gab nur einige Häuser in den Dörfern die alle Grundbedürfnisse abgedeckt hatten, da ihnen zwar Strom zur Verfügung gestellt wurde, aber die sanitären Anlagen fehlten in über 80% der Haushalte.

Tabelle 7⁴⁴²

Wohnort	Jahr	Gesamt	Wasser, Strom und Kanalisation	Wasser und Strom	Nur Strom	Ohne Installationen
Stadt	1971	60.000	4%	35,40%	57,80%	3,00%
	1981	87.627	63,40%	16,00%	19,10%	1,30%
Land	1971	120.432	0,10%	2,70%	60,20%	37,00%
	1981	139.991	7,30%	10,00%	74,40%	8,00%

Der Versuch sich dem Wandel der Zeit anzupassen war in den Dörfern schwieriger als dies in den Städten oder größeren Zentren der Fall war. Es ist deutlich der Druck der Gemeinschaft zu sehen, der sich auch auf die aus der Diaspora kommenden ausgeübt wurde, wenn diese neue Ideen umsetzen wollten.⁴⁴³

Durch den Ausbau der Infrastruktur und der Migration lernten die Menschen neue hygienische Verhältnisse kennen und versuchten diese auch in die Ortschaften zu

Bauweisen bevorzugten und sanitäre Einrichtungen in den Häusern miteinbezogen, aber das Wohnen und Leben im Dorf änderte sich auch in den 1960er Jahre nicht stark

⁴⁴⁰ Vgl. Interview Dr. Bytyçi und Sherife.

⁴⁴¹ Zitiertes Zitat aus Reineck, *The Past as Refuge*, S 153.

⁴⁴² Vgl. Islami, *Fshati i Kosovës*, S 215.

⁴⁴³ Vgl. Interview Dr. Bytyçi. Erst durch die Diaspora kam ein neues Verständnis für Architektur und einem gesunden Leben auf.

tragen. Dabei ist es wichtig zu sehen in welchem Zeitraum dieser Prozess abgeschlossen wurde.⁴⁴⁴

3.4. Medizinische Aufklärung als Faktor für Vorbeugung vom Krankheiten

Da sich Kinderkrankheiten in unterschiedlicher Form bemerkbar machen, ist es wichtig dies den Eltern so zeitig wie möglich aufzuzeigen und zu informieren. Die Information über unterschiedliche Krankheiten kann durch Zeitschriften oder auch Kurse erfolgen, indem Themen der Hygiene und auch Krankheiten, Epidemien etc. wie die Diphtherie, Masern⁴⁴⁵, Scharlach, Husten, Halsinfektionen, Kinderlähmung, Trauma, Tuberkulose,⁴⁴⁶ Wachsen der Zähne und Kariesprobleme, Anämie (Blutarmut), adenoide Vegetationen (Mandel), Myopie (Kurzsichtig), der Kropf, Epilepsie, Nervenschwäche, besprochen werden.⁴⁴⁷

Da die Kinder in gewisser Weise Angst vor Ärzten und Untersuchungen haben, müssen die Eltern sich im Verhalten gegenüber der Behandlung ändern, da bei der Untersuchung des Kindes alle Familienmitglieder sich um den Arzt versammeln. So bekommt das Kind das Gefühl, dass hier etwas nicht stimmt.⁴⁴⁸

Daher ist die Ausbildung ein wichtiger Faktor im Werdegang des Menschen und trägt zu einem besseren Gesundheitsverständnis, vor allem bei der jungen Generation bei.⁴⁴⁹ Auch das Bewusstsein für ein größeres Vertrauen in die Gesundheitsinstitutionen wird durch die neuen Erkenntnisse gestärkt.⁴⁵⁰

⁴⁴⁴ Vgl. Reineck, *The Past as Refuge*, S 153.

⁴⁴⁵ Vgl. Dr. Miomir Kërxihiq, Fruthi. (Masern). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 11, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 205-206, hier S 205.

⁴⁴⁶ Vgl. Dr. Miomir Kërxihiq, Sëmuntjet ma të shpeshta të fëmijve të moshës shkollore. (Die häufigsten Krankheiten der Kinder im Schulalter). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 1, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 6-7.

⁴⁴⁷ Vgl. Kërxihiq, Sëmuntjet ma të shpeshta, S 32.

⁴⁴⁸ Vgl. St. St., Femija e mjeku. (Das Kind und der Arzt). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 2, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 31.

⁴⁴⁹ Vgl. Zdravko Otasheviq, Edukimi shëndetsor në shkolla. (Die Gesundheitsausbildung in den Schulen). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 11, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 203-204, hier S 203.

⁴⁵⁰ Vgl. N.D., Kurset për arsimimin shëndetsor – formë e preferueshme preventive. (Kurse zur Gesundheitsausbildung – bevorzugte Art zur Prävention.). Artikel aus „Rilindja“ vom 22.1.1966, S 4.

„Die Gesundheitserziehung in Schulen sollte Teil jedes Programms sein. Die Lehrer sind nicht die Einzigen, die dies planen und umsetzen sollten. In den Schulen gab es das Rote Kreuz, Jugendorganisationen, Landwirtschafts- und Haushaltsabteilung etc. All diese Programme beinhalteten auch die Gesundheitserziehung. Die Gesundheitserziehung in den Schulen hatte auch ihre Eigenarten, die von der Selbstorganisation und den vielfältigen Interessen abhängig waren, sowie von den Beziehungen die während der Schulbildung entwickelt wurden.“⁴⁵¹

Der Ausbau des Bildungssystems wurde durch neue Gesetze gefördert und sollte in erster Linie zur Bekämpfung der Analphabetenrate dienen. Neben der Schulpflicht wurden jedoch viele Lese- und Schreibkurse (Analphabetenkurse), sowie weitere Kurse im Bereich der Hygiene, Gesundheit, Pädagogik, Landwirtschaft etc., organisiert, damit die ältere Generation auch herangezogen werden konnte. So können wir die Rolle der Volksschulen als Basis für die soziale und kulturelle Emanzipation der Landbevölkerung sehen, da sie nicht nur das Lesen und Schreiben förderte, sondern auch ein Ort für Innovationen, Initiativen und Aufklärung im Dorf ist.⁴⁵²

Auf der anderen Seite sollte die Emanzipation der Frau, durch die Organisierung solcher Analphabetenkursen, oder auch Gesundheitskurse gefördert werden.⁴⁵³ Auch der Ausbau des Gesundheitssystems, das Verbot der Burka, und das Heiratsverbot unter 18 Jahren und dem Verbot von Polygamie, sollten hier dienlich sein. Es sollte die Frau eine Möglichkeit bekommen eine Karriere zu machen und auch im öffentlichen Leben teilzunehmen.⁴⁵⁴

Seit 1952 haben diese Gesundheitskurse positive Effekte bei der Ausbildung von jungen Mädchen erzielt und auch die Existenz von Gesundheitsinstitutionen in die Köpfe der Menschen geholt, da die Zwischenkriegszeitgeneration sich dessen kaum

⁴⁵¹ „Edukimi shëndetsor në shkolla duhet të jetë pjesë përbasë e çdo programi. Arsimitarët nuk janë të vetmit që r planifikojnë dhe zbatojnë. Në shkollat tona egziston organizata e Kryqit të kuq, organizata e rinis, seksioni i bujqësis dhe amvisnis dhe shumë të tjerë. Të gjitha këto programe përmbajnë edhe edukimin shëndetsor. Edukimi shëndetsor në shkolla ka dhe specificitetet e veta, të cilat mvaren si prej vetorganizimit dhe interesave të shumfishta, poashtu edhe prej marrëdhajeve të krijueme gjatë jetës shkollore.“ Otasheviq, Edukimi shëndetsor, S 204.

⁴⁵² Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 161.

⁴⁵³ Vgl. Dushi, Femra, S 80.

⁴⁵⁴ Vgl. Dushi, Femra, S 79.

bewusst war.⁴⁵⁵ So besuchten in den unterschiedlichen Bildungsinstitutionen etwa 160.000 Schüler und Studierende,⁴⁵⁶ wobei in den Jahren zwischen 1953 und 1961 etwa 80.000 Mädchen in den Dörfern, die Gesundheitskurse absolvierten.⁴⁵⁷

Die gemachten Analyse während der 1950er Jahre zeigten, dass die Zahl der Personen, die es geschafft hatten die Grundlagen des Schreiben und Lesen in den Alphabetisierungskursen zu erlernen, in Wirklichkeit sehr klein waren, und im Großen und Ganzen wurden die Effekte die ganze Zeit überschätzt.⁴⁵⁸

Dies begründete sich nicht nur dadurch, dass diese Kurse einen Charakter einer Kampagne hatten, sondern auch eine Reihe von denen, die lesen und schreiben gelernt hatten, hatten keine Gelegenheit, dieses zu benutzen und blieben daher Analphabeten,⁴⁵⁹ vor allem auf dem Lande, was sich durch die hohe Prozentzahl der erwachsenen Analphabeten veranschaulichen lässt.⁴⁶⁰

So mussten teilweise Vorträge und auch Filme über Gesundheitsrisiken und Ansteckungskrankheiten in den Dörfern abgehalten werden,⁴⁶¹ um auf Gefahren hinzuweisen und dieser besse zu veranschaulichen und bildhaft zu untermauern, sodass jede Gruppe, auch die ältere und größtenteils ungebildete Schicht der Bevölkerung erreicht werden konnte.⁴⁶²

Das Interesse bei jungen Mädchen an Gesundheitskursen teilzunehmen wurde im Laufe der Zeit immer größer, da sie diese als Alternative für eine Fortbildung nutzten, weil diese in den Dörfern angeboten wurden.⁴⁶³ Zwar gibt es die Einsicht, dass diese Kurse immer wichtiger werden, aber die Nachfrage kann nicht zur Gänze

⁴⁵⁵ Vgl. N.D., Kurset për arsimimin shëndetsor, S 4. (1964 1.923 und 1965 2.143 Mädchen)

⁴⁵⁶ Vgl. Kajtazi, probleme të luftës kundër tuberkulozit, S 223.

⁴⁵⁷ Vgl. Kajtazi, probleme të luftës kundër tuberkulozit, S 224.

⁴⁵⁸ Vgl. Dushi, Femra, S 89. Siehe auch Islami, Fshati, S 178-182.

⁴⁵⁹ Vgl. Islami, Fshati, S 181.

⁴⁶⁰ Vgl. Dushi, Femra, S 90.

⁴⁶¹ Vgl. Interview Dr. Besimi.

⁴⁶² Vgl. Sh. Gj., Kryqi i kuq po zhvillon aktivitetetë gjanë. (Das Rote Kreuz unternimmt große Aktionen.) Artikel aus „Rilindja“ vom 10.1.1966, S 8.

⁴⁶³ Vgl. H.H., Gjithnji e ma shum vajza në kurset shëndetsore. (Immer mehr Mädchen in den Gesundheitskursen.) Artikel aus „Rilindja“ vom 1.8.1964, S 8. Siehe auch Nazif Hysa, As kurse shëndetsore, as analfabetike. (Weder Gesundheitskurse noch Analphabetenkurse.) Artikel aus „Rilindja“ vom 18.12.1965, S 7. Siehe auch Në Mushnikovë përfundoj punën kurse shëndetsor. (In Mushnikovë beendete der Gesundheitskurs seine Arbeit.) Artikel aus „Rilindja“ vom 19.5.1965, S 7.

abgedeckt werden, da die Bezahlung der Lehrkräfte schlecht, im Vergleich zum Aufwand der Zeit war.⁴⁶⁴

In manchen Gemeinden konnte wegen finanziellen Kapazitäten die Nachfrage nach Gesundheitskursen besser abgedeckt werden,⁴⁶⁵ weil die gegebene Infrastruktur es möglich machte einen Großteil der jüngeren Mädchen (Frauen) die Absolvierung von Erste Hilfe- und Gesundheitskursen zu garantieren.⁴⁶⁶

Die Möglichkeit einen Kurs zu besuchen, war aber auch durch die spätere Perspektivlosigkeit und der „Zeitverschwendung“ ein Hindernis.⁴⁶⁷ Auch der effektive Nutzen daraus, konnte nicht gezogen werden, da die Analphabetenrate bei Frauen bis in die 1980er Jahre hinein wesentlich höher als bei den Männern war.⁴⁶⁸

3.5. Impfungen

3.5.1. Impfungsgeschichte und Entwicklung im Kosovo

Die Impfung ist die beste und effektivere Methode gegen Krankheiten und die einzige Methode, um die Zahl der Todesfälle, die durch ansteckende Krankheiten verursacht wird, zu verringern bzw. verhindern.⁴⁶⁹

„Die Impfungen sind immunisierungs-biologische Präparate die unter besonderen Bedingungen gewonnen werden, die, nachdem sie in den menschlichen Körper eingeführt werden die Schaffung einer aktiven spezifischen Immunität provozieren. Somit sind Impfstoffe Antigene, die das Ziel haben einen spezifischen Widerstand im Körpers gegen bestimmte Krankheiten zu schaffen.“⁴⁷⁰

⁴⁶⁴ Vgl. R.S, Kur do të fillojn punën kurset shëndetsore? (Wann werden die Gesundheitskurse ihre Arbeit beginnen?). Artikel aus „Rilindja“ vom 8.1.1965, S 8.

⁴⁶⁵ Vgl. H. Hasanramaj, Së shpejti fillojnë punën 25 kurse shëndetsor. (Bald werden 25 Gesundheitskurse ihre Arbeit beginnen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 9.12.1965, S 8.

⁴⁶⁶ Vgl. B. Olloni, Kryqi i kuq shënoj rezultate të mira. (Das Rote Kreuz erzielte gute Erfolge.). Artikel aus „Rilindja“ vom 11.12.1964, S 12. Siehe auch M. Rushiti, Dy vjetë punë të frytshme. (Zwei Jahre erfolgreiches Arbeiten.). Artikel aus „Rilindja“ vom 17.12.1965, S 7.

⁴⁶⁷ Vgl. Dushi, Femra, S 88.

⁴⁶⁸ Vgl. Islami, Fshati i Kosovës, S 160.

⁴⁶⁹ Vgl. Dedushaj, Vaksinimet, S 13.

⁴⁷⁰ „Vaksinat janë preparate imunobiologjike të përfituara në kushte speciale të cilat pasi që të futen në organizmin e njeriut provokojne krijimin e imunitetit specifik aktiv. Pra, vaksinat janë antigjene të cilat aplikohen me qëllim të krijimit të rezistencës specifike të organizmit ndaj shkaktarëve të caktuar të semundjeve ngjitëse.“ Dedushaj, Vaksinimet, S 13.

Schutz der Bevölkerung vor Infektionskrankheiten stammt aus alten Zeiten, die auf Zeichnungen, Notizen, Briefe, und Legenden basiert.

Die Schutzimpfung gegen Infektionskrankheiten im Kosovo, ist gesetzlich vorgeschrieben. Das Amt für Gesundheitsschutz stellt das gesetzlich vorgeschrieben Impfungsprogramm zusammen, welches dann durch das Gesundheitsministerium des Kosovos genehmigt wird. Dieses Programm enthält die Arten von Impfstoffen, Impfkalender, d.h. die komplette Prozedur der verpflichteten Impfungen und Auffrischungsimpfungen.⁴⁷¹

Diese gesetzlich verpflichteten Impfungen sind gegen: Tuberkulose, Polio, Diphtherie, Tetanus, Husten, Mumps.

Diese sieben Arten von Impfungen sollten unbedingt an alle Kinder nach dem dritten Tag der Geburt bis zum Alter von 19 Jahren durchgeführt werden. Je nach epidemiologischer Indikation, sind auch diese Arten von Impfstoffen gesetzlich vorgeschrieben: Abdominaltyphus, Tollwut, Grippe und Hepatitis.⁴⁷² Diese obligatorische Impfung wird in drei Phasen umgesetzt:

I. Vorbereitungsphase

II. Immunisierung und Umsetzungsphase

III. oder Auswertungs-, bzw. Evaluierungsphase der Ergebnisse.

Im Kosovo, gab es mit Ausnahme von Erlebten Krieg und Terror, im Jahr 1946 etwa 100.000 an Malaria und etwa 20 000 an Typhus (Laus) Erkrankte, und jeder zweite Todesfall wurde durch ansteckende Krankheiten verursacht. Die effizientere Methode zur Bekämpfung dieser Krankheiten war die Impfpflicht, die im Jahr 1948 gegen die Tuberkulose begann, dann im Jahr 1950 gegen Diphtherie, 1955 gegen Tetanus, 1959 gegen Husten und in den Jahren 1960-61 mit DiTePer. Dann im Jahr 1961 gegen Polio, im Jahr 1971 gegen Masern und 1981 gegen Mumps oder Mumps-Epidemie. Im Vergleich zur damaligen Zeit, gibt es heute eine bemerkenswerte Verbesserung, wobei zu erwähnen ist, dass seit 1980 kein aufgezeichneter Fall von Diphtherie, und von 1983 bis 1999 keinen Fall von Kinderlähmung gegeben hat und

⁴⁷¹ Vgl. Dedushaj, Vaksinimet, S 31.

⁴⁷² Vgl. Dedushaj, Vaksinimet, S 32.

so sind die Fälle von Erkrankungen und Mortalität durch Husten und Masern deutlich reduziert.⁴⁷³

3.5.2. Impfungen zur Bekämpfung von Krankheiten und Epidemien

Als im 19. Jahrhundert die Gründe für viele Infektionskrankheiten gefunden wurden, konnten Erfolge in der Bekämpfung dieser erzielt werden. Da aber die Verbesserung der Hygiene und des Lebensstandards einige Infektionskrankheiten nicht verhindern konnte, mussten neue Methoden gefunden werden, um diese zu bekämpfen.⁴⁷⁴

Seit Anfang der 1950er Jahre wurde die Impfkation im Kosovo zu Jahresbeginn durchgeführt, bei der in erster Linie die Immunisierung der Kinder stand.⁴⁷⁵ Dabei wurden bei der jährlichen Impfkation mehr als 340.000 Kinder und Jugendliche gegen Infektionskrankheiten immunisiert.⁴⁷⁶

Dr. Durmish Celina setzte sich dafür ein, dass die Umsetzung und Durchführung dem Beispiel von Dragash folgen sollte, wo zwischen 95-98% der Kinder geimpft wurden und somit schon in den 1960er Jahren, viele der dort üblichen Epidemien nicht mehr vorzufinden waren.⁴⁷⁷ Die Impfkationen wurden im großen Stil durchgeführt, bei der versucht wurde die gesamte Bevölkerung zu erfassen, um so die mögliche Verbreitung von Epidemien zu verringern. Krankheiten wie Typhus, Tuberkulose, Malaria und Pocken gehörten zu den großen Problemen, die bis in die 1960er Jahren größtenteils ausgeremert worden waren. Vor allem Krankheiten die nur zu bestimmten Jahreszeiten auftraten und epidemische Ausmaße annahmen,

⁴⁷³ Vgl. Dedushaj, Vaksinimet, S 15.

⁴⁷⁴ Vgl. Dr. Hrvoje Ćurin, Vakinimi – mjet i fuqishëm për mbrojtjen e shëndetit. (Die Impfung – ein starkes Instrument zum Schutz der Gesundheit). Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1961, Nr. 4, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 63-64, hier S 63.

⁴⁷⁵ Vgl. M. Rushiti, Vacinimi i fëmijve kundër smundjeve ngjitëse fillon në fror. (Die Impfung gegen Ansteckungskrankheiten beginnt im Februar.). Artikel aus „Rilindja“ vom 20.1.1965, S 5.

⁴⁷⁶ Vgl. Filloi aksioni i madh kundër sëmundjeve ngjitëse. (Die große Impfkation gegen die Infektionskrankheiten hat begonnen.). Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1962, Nr. 2, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 17-18, hier S 17.

⁴⁷⁷ Vgl. Rushiti, Vacinimi, S 5.

gehörten zu den seriösen Problemen des Kosovo, die durch Impfungen und medizinische Kurse erfolgreich bekämpft werden konnten.⁴⁷⁸

„Die Bevölkerung zwischen 5 und 55 Jahren wurde mit der Impfung gegen Abdominal Typhus in einer Großaktion in der Gemeinde von Podujeva geimpft, für die 4 Ärzteteams zur Verfügung standen und etwa 3 Millionen Dinar an Kosten entstanden.“⁴⁷⁹

„Auch in der Gemeinde von Gjakova wurden etwa 7.000 Personen mit Hilfe von drei Ärzteteams und einem Kostenaufwand von 2 Mio. Dinar, geimpft. Allein in der Stadt von Gjakova wurden bei dieser Aktion 2.700 Personen immunisiert, wobei hier die Bevölkerung aufgefordert wurde ins Stadtkrankenhaus zu gehen und sich dort impfen zu lassen.“⁴⁸⁰

Zwar waren die Impfungen meist bei Kleinkindern, sowie Schulkindern und den Jugendlichen erfolgreich umgesetzt worden, bei den 1-3 jährigen jedoch, erreichte sie nur einen kleinen Teil der Bevölkerung.⁴⁸¹

Auch die Kosten für die Impfungen musste die Bevölkerung teilweise selbst tragen, wobei z.B. die Grippeimpfung im Kosovo für die gesamte Bevölkerung möglich, jedoch mit Kosten verbunden war, die sich nicht alle leisten konnten, da eine Dosis 250 Dinar kostete.⁴⁸² Die Impfungen für Ansteckungskrankheiten mit epidemischem Ausmaß, wurden jedoch vom Staat übernommen.

Der Erfolg der Impfkationen lässt sich dadurch veranschaulichen, dass die Bekämpfung von Epidemien bzw. die Vermeidung dieser, deutliche Verbesserungen erfahren hat, da die Zahl der Infektionen an Diphtherie⁴⁸³, Fleckfieber abnahmen und vor allem Epidemien wie die Malaria nicht mehr vorhanden waren.⁴⁸⁴

⁴⁷⁸ Vgl. B. O., Sëmundjet ngjitëse po luftohen me sukses. (Die Ansteckungskrankheiten werden mit Erfolg bekämpft.). Artikel aus „Rilindja“ vom 12.1.1966, S 8.

⁴⁷⁹ Vgl. Sh. Gj., Filloi rivaksinimi kundër tifos së zorrëve. (Es wurde Auffrischung der Impfung gegen den Abdominal Typhus.). Artikel aus „Rilindja“ vom 27.7.1964, S 8.

⁴⁸⁰ Vgl. Filloi vaksinimi BSZH. (Die Impfung mit BCG hat begonnen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 14.12.1964, S 8.

⁴⁸¹ Vgl. Përfundoj vaksinimi kundër Lisë. (Die Impfung gegen die Pocken wurde beendet.). Artikel aus „Rilindja“ vom 6.10.1965, S 6. Siehe auch Vaksinimi kundër Lisë po kryhet me sukses. (Die Impfkation gegen die Pocken wird mit Erfolg umgesetzt.). Artikel aus „Rilindja“ vom 5.11.1965, S 8.

⁴⁸² Vgl. Tanjug, U lëshue në qarkullim vaksina kundër gripit. (Die Impfung gegen die Grippe wurde im Umlauf gebracht.). Artikel aus „Rilindja“ vom 31.10.1965, S 6.

⁴⁸³ Vgl. Dr. Dragosllav Bugarinoviç, Difteriti. Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1961, Nr. 4, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 66-67.

⁴⁸⁴ Vgl. Ristiq, Disa Probleme, S 45.

3.5.2.1. Tuberkulose

1908 entdeckten französische Wissenschaftler die BCG⁴⁸⁵ (Be-Se-Zhe) Impfung gegen die Tuberkulose.⁴⁸⁶ Die Impfung mit BCG ist der effektivste Schutz gegen die Tuberkulose, und ist auch die einzige Möglichkeit gewesen im Kosovo die Ausbreitung dieser Krankheit zu verhindern.⁴⁸⁷

Die Impfung gegen die Tuberkulose war für Säuglinge, und Kinder im Allgemeinen, und dem Gesundheitspersonal verpflichtend. Für die Anwendung des BCG-Impfstoffs wurden drei Methoden verwendet: Peroral, Perkutan, Intradermal.

Die Auffrischungsimpfung gegen die Tuberkulose wird in der Regel im 7. und 13. Lebensjahr angewendet und wegen der epidemiologische Situation der Tuberkulose im Kosovo waren viele Ärzte der Meinung, dass dies in 19. Lebensjahr durchgeführt werden soll.⁴⁸⁸

Die Tuberkulose war auch lange nach dem Zweiten Weltkrieg weiterhin ein großes Problem für die Bevölkerung des Kosovo gewesen, da vor allem die schlechte Hygiene und die fehlende medizinische Versorgung in den ländlichen Regionen ausschlaggebend dafür waren.⁴⁸⁹

„Die Mortalität durch Tuberkulose bei Kindern als auch bei Erwachsenen bis vor kurzem sollte viel größer sein, da die entsprechenden Service-Berichte über die Todesursachen waren voller Lücken, wo die Gesamtzahl der Todesfälle im Jahr 1955 nur 8,2% waren in Organisationen des Gesundheitswesens starb, [...] 24,3% der Toten bekannte Ursache, [...], was bedeutet, dass alle Fälle, wie sie erkannt werden können. Nach Jahren der 70er und 80er Jahre diese Berichte geändert wurden.“⁴⁹⁰

⁴⁸⁵ Vgl. Dr. Mehmet Degrac, Çka asht BCG (Be-Se-Zhe) Vaksina? (Was ist die BCG-Impfung?). Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1962, Nr. 1, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 2-3.

⁴⁸⁶ „Im Jahre 1908 wuchsen die Französischen Wissenschaftler Albert Calmette und Camille Guérin Kochs Bazillus in einigen Media, um ihre Giftigkeit zu verringern und die Kapazität zu erhöhen, Immunität zu produzieren. Dieses führte zu den berühmten Impfstoff des Now, der BCG genannt wurde, das nach den zwei Gründern benannt wurde. BCG wurde im Jahre 1921 eingeführt.“ BA Hons, Geschichte der Tuberkulose. Artikel online unter <http://www.news-medical.net/health/History-of-Tuberculosis-%28German%29.aspx> (13.03.2013)

⁴⁸⁷ Vgl. Ristiq, Disa Probleme, S 45.

⁴⁸⁸ Vgl. Dedushaj, Vaksini, S 47-48.

⁴⁸⁹ Vgl. Islami, Evolucioni, S 166.

⁴⁹⁰ Vgl. Islami, Evolucioni, S 166. „Mortaliteti nga tuberkulozi si te femijët, ashtu edhe te të rriturit deri vonë duhet të jetë shumë më i madh, sepse raportet e shërbimeve përkatëse mbi shkaqet e vdekjes ishin plot mangësi, ku nga numri i përgjithshëm i të vdekurve në vitin 1955 vetëm 8,2% kishin vdekur në organizatat shëndetësore, [...] 24,3% të të vdekurve dihej shkaku, [...] që do të thotë se të gjitha rastet as që kanë mund të zbulohen. Pas viteve të 70-ta e të 80-ta këto raporte ishin ndryshuar.“

Bekannt ist, dass die Zahl der Tuberkulosekranken im Kosovo viel höher als in Slowenien und auch höher als der jugoslawische Durchschnitt ist.⁴⁹¹ Die Impfkation mit BCG in Slowenien und allen anderen Teilen Jugoslawiens wurde jedoch besser umgesetzt als im Kosovo.⁴⁹²

Zudem war das seltene Aufsuchen ärztlicher Institutionen durch die Bevölkerung, durch den Mangel an medizinischer Versorgung gegeben. Aber auch der sozio-ökonomische Faktor ist hier als Grund für die Verbreitung der Tuberkulose zu nennen, da etwa 85% der Erkrankten mit anderen Familienmitgliedern den gleichen Raum teilten.⁴⁹³ Es war die Krankheit der Armen und im Kosovo daher auch sehr weit verbreitet, da die Menschen nicht viel hatten.⁴⁹⁴

Eine effektive Behandlung hängt vom Zeitpunkt der Entdeckung der Krankheit ab, aber auch wenn sie früh entdeckt wird, ist die Behandlungsphase lang.⁴⁹⁵

Wichtig war es die Rehabilitierung der Patienten auch im sozialen und wirtschaftlichen Bereich zu ermöglichen, damit diese in die Gesellschaft re-integriert werden konnten.⁴⁹⁶

Daher waren viele Impfkationen unternommen worden, um die Epidemien zu bekämpfen.⁴⁹⁷ Die Zahl der Neuerkrankungen sank im Laufe der Jahre von mehreren Tausend auf einige Hundert, was aber immer noch ein gesellschaftliches Problem darstellte.⁴⁹⁸

Die Bekämpfung der Tuberkulose war in manchen Teilen des Landes erfolgreich gewesen. Auch wenn die Mittel und Ausstattung nicht ausreichend waren, die Ärzte machten jedoch ihre Hausbesuche um die Kranken zu untersuchen und zu

⁴⁹¹ Vgl. Fazli Kajtazi, *Disa probleme të luftës kundër tuberkulozit*, S 223. In der Gemeinde von Prishtina alleine gibt es 800 an Tuberkulose erkrankte im Jahre 1961, wobei die Zahl der Tuberkulosekranken in der Region vom Dukagjini, vor allem in den Dörfern, um einiges höher war. Siehe auch Interview Jagxhiu, der behauptet, dass zu Beginn seiner Arbeit in Tuberkuloseklinik in Prizren im Jahre 1963 etwa 1.800 an Tuberkulose kranke registriert waren.

⁴⁹² Vgl. Ristiq, *Disa Probleme*, S 45.

⁴⁹³ Vgl. Kajtazi, *probleme të luftës kundër tuberkulozit*, S 223.

⁴⁹⁴ Vgl. Interview Dr. Jagxhiu.

⁴⁹⁵ Vgl. *Rehabilitimi i të smundëve – Tuberkulozë* (Die Rehabilitierung der Kranken – Tuberkulose). Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1961, Nr. 1, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 17-18, hier S 17.

⁴⁹⁶ Vgl. *Rehabilitimi i të smundëve – Tuberkulozë*, S 17.

⁴⁹⁷ Vgl. *Së shpejti vaksinimi me BSZH*, S 7. Siehe auch *Përfundoj vaksinimi me BSZH*. (Die Impfkation mit BCG wurde beendet.): Artikel aus „Rilindja“ vom 29.12.1965, S 8. Siehe auch I. H., *Filloi vaksinimi kundër BSZH*. (Die Impfkation gegen die BCG wurde begonnen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 4.11.1965, S 8. Siehe auch B. Olloni, *Kryqi i kuq*, S 12.

⁴⁹⁸ Vgl. Vgl. Vjetari, 1976, 1979, 1984, 1989, Neuerkrankungen zwischen 1960 und 1990, 3144 (1966), 1719 (1970), 1432 (1975), 1312 (1980), 1474 (1984), 726 (1988).

gewährleisten, dass diese unter besseren hygienischen Lebensverhältnissen hausen, sowie der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten folge leisten.

„Durch unser Engagement, bevor ich pensioniert wurde, haben wir Neuentdeckungen gemacht die wir auch aktuell haben, also 54 (genau wie in der Vojvodina) neue Erkrankungen pro Jahr. In der gesamten Region hatte Prizren mit dem Umland etwa 140.000 Einwohner. Suhareka, Rahovec, Dragashi, Malishevë machen damit zusammen 300.000 Einwohner, und da haben wir haben 54 Fälle von Tuberkulose. Die Abnahme der Ansteckungen und Neuerkrankungen ging sehr stark zurück, vor allem dank der Hausbesuche durch die Ärzte, um zu sehen ob diese auch die Medikamente regelmäßig einnahmen und wie die hygienischen Verhältnisse bei ihnen herrschten, und ob sie die Kinder schützten.“⁴⁹⁹

3.5.2.2. Malaria

Im Jahre 1922 wird die Malaria im Kosovo zum ersten Mal genannt, als 106 Familien aus Montenegro und Lika (Vrellë nahe Golesh) in der Nähe von Prishtina sich ansiedelten und 1923, 63 Personen aus diesen Kolonistenfamilien starben.⁵⁰⁰

Im Kosovo sind zwischen 1929 und 1939 jährlich etwa 160.000 Menschen an Malaria erkrankt und etwa 10-15% der Kindersterblichkeit war auf diese Krankheit zurückzuführen.⁵⁰¹ Im Jahre 1946 wurden 90.000 Fälle an Malariakranken registriert, die bis in die 1960er Jahre hinein jedoch verschwunden gewesen sind, da 1960 nur 14 Fälle und 1964 mit 4 Fällen die Malariaepidemie nicht mehr vorhanden war.

Um dieser hohen Krankheitsrate weiterhin Herr zu werden, wurde DDT⁵⁰² zur Bekämpfung der Malaria in den Jahren 1947-1950 verwendet, um sie endgültig aus

⁴⁹⁹ „Me angazhimin ton, para se me dal në penzion, bënim zbulime se si jan shifra tani, dhe kemi dal që 54 (si në Vojvodin) kanë qen incidenca në vitë. Në tërë regjionin, Prizreni ka pasë 140.000 banorë me tërë rrethinën. Suhareka, Rahoveci, Dragashi, Malisheva edhe ata u bëjshin afër 300.000 banorë, dhe për ata të gjitha i kemi afër 54 raste të tuberkulozit. Shumë u zvoglue numri, por tu falënderue edhe tash psh kemi pas shërbimin patronazh (dmth me vizitue pacientët nëpër shpia) a po i pinë barnat, kushtet higjienike, a po ruhet, apo i rujn femijtë dhe po i merr barnat me rregull.“ Interview Dr. Jagxhiu.

⁵⁰⁰ Vgl. Detyra e përbashkta në programin e eradikimit të malarjas. (Die gemeinsame Verantwortung beim Programm der Bekämpfung der Malaria). Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1961, Nr. 9, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 165-166, hier S 165.

⁵⁰¹ Vgl. Malarija po zhduket. (Die Malaria wird ausgerottet). Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1961, Nr. 5, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 84-86, hier S 84.

⁵⁰² Vgl. Dichlordiphenyltrichlorethan. Siehe unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Dichlordiphenyltrichlorethan> (14.03.2013)

dieser Region auszumerzen.⁵⁰³ So konnten im Jahre 1951 nur 164 Malariakranke verzeichnet werden.⁵⁰⁴ Die Bekämpfung der Malaria führte bis 1956 dazu, dass die sie nahezu verschwunden war und nicht mehr als Gefahr für Kosovo gesehen wurde.⁵⁰⁵

„In Yugoslavia, malaria control has been carried on in all parts of the People's Republic of Macedonia and the Autonomous Region of Kosmet (Kosov and Metohya) continuing with the methods already employed. Of the 3.239 cases registered in 1956, 19 were in Montenegro, 33 in Serbia, 442 in Kosmet, and 2.745 in Macedonia. Drunig 1956, no fresh infection was reported in Bosnia-Hercegovina and in Dalamtia.“⁵⁰⁶

Es erfolgte eine Untersuchung von 800 Bezirken im Kosovo (Lagje – Stadtteile, Bezirke), mit etwa 720.000 Einwohnern, bei der jedes Anzeichen der Krankheit im Vorfeld erkannt und behandelt werden konnte.⁵⁰⁷

Die Sprühaktionen mit DDT wurden jedoch weiterhin fortgesetzt und so wurden im Jahre 1961 etwa 691 Ortschaften mit DDT eingesprüht und 480.477 Bewohner des Kosovo durch Impfungen immunisiert. Die Zahl der Malariakranken war im Jahre 1961 auf 3 gesunken, und war im Vergleich zum Jahr 1959 wesentlich besser geworden, wo noch 40 Fälle bekannt gewesen waren.⁵⁰⁸ In den 1960er Jahren gelangten die Ärzte zur Erkenntnis, dass die Malaria im Kosovo keine Gefahr mehr darstelle und gaben an, dass diese Krankheit nicht mehr vorzufinden sei. Zu dieser Erkenntnis gelangte man im Jahre 1964, als bei einer Großaktion durch mehrere Ärzteteams 663 Ortschaften mit etwa 546.000 Einwohner untersucht wurden und noch kaum Malariakranke angetroffen wurden. Um jedoch auf Nummer sicher zu gehen, haben die Ärzte in den darauf folgenden Jahre ebenfalls Untersuchungen durchgeführt, um dafür zu sorgen, dass die Epidemie eingedämmt bleibt.⁵⁰⁹

⁵⁰³ Vgl. E. J. Pampana, Large-Scale Malaria control campaigns using residual insecticides. World Health Organization. 25.September 1950, S 53-55.

⁵⁰⁴ Vgl. Malaria po zhduket, S 84.

⁵⁰⁵ Vgl. Detyra e përbashkta, S 166.

⁵⁰⁶ Zitat aus B. Richter und Vesna Derkos-Mikulić, Indirect Fluorescent Antibodies to Plasmodium Vivax in a Formal Malarious area in Yugoslavia. World Health Organization. 1975. S 8.

⁵⁰⁷ Vgl. Zdravko Otasheviq, Detyra e përbashkta n'eradikimin e malarjës. (Die gemeinsame Aufgabe bei der Ausmerzungen der Malaria). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 9, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 186-187, hier S 186.

⁵⁰⁸ Vgl. Z. Otasheviq, Eradikimi i malarjës. (Die Ausmerzungen der Malaria). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 9, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 176-177, hier S 176.

⁵⁰⁹ Vgl. Sh., Sivjet vetem katër të sëmune. (Heuer nur vier Kranke.). Artikel aus „Rilindja“ vom 22.11.1964, S 7.

3.5.2.3. Variola Vera - Pockenausbruch im Jahre 1972

Die Variola Vera, auch Pocken gekannt, ist eine der ältesten bekannten Krankheiten. Bis 1900 starb jeder vierte Mensch auf der Welt an dieser Krankheit. Der letzte Fall im Kosovo wurde in Dukagjin am 15. Februar 1972 entdeckt,⁵¹⁰ womit sie auch zum letzten Mal in Europa angetroffen wurden.⁵¹¹ Ein Pilger, kam über die heilige Stätte von Mekka mit Aufenthalt in Basra und Bagdad, wo er sich mit Pocken angesteckt hatte nach Hause. Sein eigener klinischer Verlauf war unauffällig, obwohl er Mitglieder seiner Familie ansteckte.⁵¹²

„Epidemiologic and serologic investigations confirmed that smallpox had been imported by a haji pilgrim, Ibrahim H., a resident of the village of Danjane, who hasd visited Mecca with another 24 pilgrims from Kosovo early in 1972 and had returned via Iraq, by bus. During the period 3 to 6 February, he had visited the holy places in the vicinity of Basra and Baghdad, from where smallpox cases were notified at the time. The haji came back to his village (Danjane) on 15 February and the following day fell ill with a clinically undiagnosed illness (fatigue, shivering and a slightly elevated temerature. He denied having had any rash, and a month later no evidence of lesions could be seen on bis body or face. He had been vaccinated against smallpox on 5 December, 1971, at Orahovac, by a physician from the Skoplje Institue of Public Health.“⁵¹³

Die Krankheit wurde spät erkannt, da zum Einen nicht geglaubt werden konnte, dass die Pocken sich wieder im Kosovo verbreitet haben, weil diese Epidemie 1930 das letzte Mal im Kosovo erfasst war. Dr. Bytyçi sagt auch, dass andererseits die Angst war eine Fehldiagnose abzugeben und dann eine Massenhysterie auszulösen,

⁵¹⁰ Vgl. Interview Dr. Lutfiu.

⁵¹¹ Vgl. Dedushaj, Vaksinimet, S 156.

⁵¹² Vgl. John W. Glasser, Stanley O. Foster, J. Donald Millar, and J. Michael Lane, Evaluating Public Health Responses to Reintroduced Smallpox via Dynamic, Socially Structured, and Spatially Distributed Metapopulation Models. (Clinical Infectious Diseases 2008 by the Infectious Diseases Society of America), Vol. 46, S 182–194, hier S 184.

⁵¹³ Zitat aus S. Litvinjenko, B. Arsić und S. Borjanović, Epidemiologic Aspects of Smallpox in Yugoslavia in 1972. World Health Organization. (Yugoslavia 1973), S 2.

weil die WHO gleich informiert werden musste, wenn solche Fälle bekannt würden.⁵¹⁴

„In Yugoslavia prior to the 1972 outbreak, the last death from smallpox was registered in 1926. As a result healthcare providers were unfamiliar with the disease. When Muzza was hospitalized (at various hospitals in Yugoslavia) doctors misdiagnosed him as having an allergic reaction to penicillin, when in reality he was affected with a highly fatal form of smallpox.“⁵¹⁵

Ein Großteil der Erkrankten wurden in den Krankenhäusern selbst angesteckt, da sie nicht von den anderen Patienten isoliert wurden. Von den 175⁵¹⁶ Fällen haben sich alleine 91 in den Krankenhäusern angesteckt und die Epidemie erreichte sogar Deutschland durch einen Gastarbeiter.⁵¹⁷ Die Zahl der Toten lag bei 35, was etwa 20% der Kranken darstellt und die gewöhnliche Sterblichkeit bei Pocken auch schon zu früheren Perioden in Jugoslawien war.⁵¹⁸

Die Epidemie erreichte 25 unterschiedliche Orte, die sich innerhalb Jugoslawiens befanden und wie schon erwähnt auch Deutschland.

⁵¹⁴ Vgl. Interview Dr. Bytyçi. Hier gibt Dr. Bytyçi an selber durch die Patienten angesteckt worden zu sein, da er sich Anfangs nicht bewusst war mit welcher Krankheit sie es mit Sicherheit zu tun haben. Nachdem festgestellt wurde, dass es die Pocken sind, wurde ihm Blut abgenommen und zur Untersuchung nach Belgrad gebracht. Es stellte sich heraus, dass die Pflichtimpfung, die er bekommen hatte, die Krankheit an der Ausbreitung gehindert hat.

⁵¹⁵ Zitat aus Maria Ivkovic, The 1972 Smallpox Outbreak in Yugoslavia: A Comparison to Current U.S. Biodefense. Artikel online unter <http://www8.georgetown.edu/centers/cndls/applications/postertool/index.cfm?fuseaction=poster.display&posterID=881> (19.09.2011)

⁵¹⁶ Vgl. Vjetari 1976. Im Kosovo sind 124 Fälle verzeichnet. Siehe auch Litvinjenko, Arsić und Borjanović, Epidemiologic Aspects, S 6

⁵¹⁷ Vgl. Litvinjenko, Arsić und Borjanović, Epidemiologic Aspects, S 6.

⁵¹⁸ Vgl. Dedushaj, Vaksinimet, S 157.

Karte 3. Pockenausbruch im Kosovo im Jahre 1972⁵¹⁹



V. Resümee

Die Parallelen zwischen der Entwicklung im Königreich Jugoslawien in der Zwischenkriegs und dem Kosovo nach dem Zweiten Weltkrieg sind sehr ähnlich gewesen. Vor allem die unterentwickelten Regionen betreffend haben wir viele ähnliche Prozesse die hier von statten gegangen sind.

Zum Einen ist die wirtschaftliche Entwicklung im Kosovo, in erster Linie die Industrialisierung betreffend, sehr langsam vorangeschritten, da Slowenien, Kroatien, die Vojvodina und der Großraum von Belgrad industrialisiert wurden

⁵¹⁹ Vgl. Litvinjenko, Arsić und Borjanović, *Epidemiologic Aspects*, S 12.

und durch den Selbstverwaltungskommunismus wollten diese ihre Voramtstellung innerhalb Jugoslawiens nicht aufgeben. Daher war jeder Versuch die Regionen von Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Mazedonien und Südserbien zu entwickeln ein wesentliches Problem, da es zu einem Interessenskonflikt zwischen den Regionen kam. Slowenien, Kroatien und Nordserbien wollten die billigen Rohstoffe weiterhin beziehen, aber die Entwicklung dieser Regionen nicht durch Gelder forcieren. Dies führte dazu, dass Kosovo nicht nur in wirtschaftlicher Hinsicht allen Teilrepubliken und der Autonomen Provinz Vojvodina hinterhinkte, sondern auch bei der Verstärkung, dem Ausbau der Infrastruktur und was noch wichtiger ist auch bei der medizinischen Entwicklung.

Von 1960 ausgehend und über die Krise der 1970er und der 1980er Jahre hinweg entstand eine Diskrepanz zwischen Slowenien und dem Kosovo, die so groß war, dass Kosovo nur noch als Ballast für die Föderation gesehen wurde. Die innerpolitische Spannung ist teilweise auf die wirtschaftlichen Unterschiede und deren Entwicklung zurückzuführen. Kosovo wurde daher als Beispiel für Misswirtschaft genommen und als „Geldverschwendung“ gesehen, da die vermeintlichen Investitionen keine Früchte tragen würden.

Aus der Nähe betrachtet ergibt sich ein anderes Bild, da es im Kosovo bis in die 1980er Jahre hinein galt den Aufbau zu fördern, der die Grundversorgung an sozialer und medizinischer Infrastruktur gewährleisten sollte. Dabei wurden neue Straßennetze ausgebaut und auch die sanitären Einrichtungen in die Städte und teilweise auch Dörfer gebracht. Kanalisationen und die Asphaltierung von Straßen waren ein wesentlicher Bestandteil der Entwicklung, da Kosovo bis in die 1970er Jahre mehr einer mittelalterlichen Region ähnelte, als einer Europäischen. Die Grundbedürfnisse für die Menschen waren vielschichtig und konnten bis zu einem gewissen Grad erfüllt werden, wobei aber die Krise in den 1970er Jahren zu einem Rückgang der Investitionen führte.

Investitionen in die Bildung und Sensibilisierung der Bevölkerung trugen einen Teil dazu bei die Menschen zu emanzipieren. In erster Linie galt dieses Unterfangen der Emanzipation der Frauen, aber auch der Gesamtbevölkerung, da die hohe Analphabetenrate im Kosovo ein großes Problem darstellte. Mit der Bildung gingen

neue Erfahrungen und ein neues Bewusstsein in der Bevölkerung auf, da zum Einen die wesentlichen Probleme im Land angesprochen werden konnte, die aber mehr die Gesundheit betrafen und keine politischen Aspekte.

Die Hygiene und das Hygieneverständnis waren, wie in Kroatien und Nordserbien der Zwischenkriegszeit, auf einem sehr niedrigem Niveau, was aber durch Aufklärungs- und Gesundheitskurse allmählich verbessert wurde. So war der Wunsch nach sanitären Anlagen im Laufe der 1960er und vor allem 1970er Jahre gestiegen und durch das Fernsehen begannen die Menschen auch ihren Lebensstil zu ändern. Hygienische Aufklärung wurde auch in Zeitschriften und Zeitungen versucht, wobei die Reichweite dieser, zum Einen wegen der geringen Auflage und zum Anderen wegen der hohen Analphabetenrate bei den Frauen, sehr gering war. Da trug die Diapsora bei der Sensibilisierung der Bevölkerung ihren Teil bei, indem sie neue Erfahrungen aus dem Ausland mitnahmen und zum eigenen Lebensstil machten. Auch wenn sie Anfangs auf Widerstand stießen, kamen die neuen Ideen dennoch bei den Menschen an.

Wesentliche Probleme stellte die Ausbildung der Frauen dar, da die alten Sichtweisen der Gesellschaft ein Hindernis für die Emanzipation darstellten. Es war nicht einfach als Frau eine Karriere anzugehen, weil es auch an Beschäftigungsmöglichkeiten fehlte, die durch die schlechte wirtschaftliche Lage im Kosovo nicht gegeben waren. Zwischen Stadt und Land waren die Unterschiede noch stärker, da die sozio-ökonomischen und infrastrukturellen Hindernisse zu groß gewesen sind, um eine „unsichere“ Investition in die Ausbildung eines Mädchens zu tätigen. Waren doch kaum ausreichend Arbeitsplätze, weder in der Industrie noch in der Verwaltung, vorhanden.

Neben diesen Problemen, musste sich das Kosovo auch dem Problem der medizinischen Versorgung stellen. Zwar hatten die Zentren der Gemeinden bzw. die größeren Orte wie Prizren, Prishtina, Peja etc. ein wesentlich gut ausgebautes Versorgungsnetz, was aber den ländlichen Regionen nicht ausreichend zur Verfügung stand. Alleine in Prizren hatten etwa 30% der Ortschaften einen Gesundheitspunkt, wo die Ärzte einmal in der Woche Untersuchungen für die betreffende Ortschaft und den Nachbardörfern durchführten. Viele der abgelegenen

Dörfer kannte bis in die späten 1960er Jahre keine medizinische Versorgung, weil hier nur die Grundversorgung einmal im Jahr getätigt wurde, bei der es galt die Bevölkerung durch Impfungen gegen Ansteckungskrankheiten wie Tuberkulose, Pocken etc. zu immunisieren. Oft ist dies nicht zur Gänze umgesetzt worden, sondern erfasste nur Teil der Bevölkerung, die durch Infrastruktur leichter zugänglich war.

Durch diese Versorgungsprobleme waren im Kosovo Epidemien, wie Malaria, Tuberkulose, etc. ein wesentliches Problem, die auch mit der Hygiene zusammenhingen. Die Situation der Zwischenkriegszeit in Jugoslawien lässt sich für die ersten zwei Jahrzehnte nach dem Zweiten Weltkrieg auf Kosovo übertragen, da die Malaria und die Tuberkulose ein Faktor in der Sterberate der Bevölkerung gewesen sind. Erst durch verbesserte medizinische Versorgung konnten diese Epidemien erfolgreich bekämpft werden.

Das Bewusstsein der Bevölkerung, dass sie sich durch Hausgeburten in Lebensgefahr begeben, hat bis in die 1990er Jahre hinein, zum einen wegen dem Misstrauen gegenüber den Institutionen, aber auch wegen dem schlechten Zugang, nur schlecht entwickelt. Aber auch die Erwartungen an eine Frau durch die Gesellschaft waren nicht tragbar. Vor allem die Sicht der Männer und der Frauen sind hier sehr unterschiedlicher Natur, da die Männer der Meinung waren, dass eine Geburt wie zu früheren Zeiten zu erfolgen habe, auch wenn dies Gefahren mit sich bringe. Bei den Frauen hingegen war auch die Scham und Scheu sich von einem Arzt untersuchen zu lassen. Wie sollte eine ehrehabende Frau sich von einem anderen Mann anfassen lassen. Dies zeigt deutlich das kulturelle Verständnis der Menschen und die unbedachte Gefahr, die damit in Verbindung steht. Es sind viele Frauen im Kinderbett gestorben, oder an den Folgen einer Geburt. Auch die hohe Kindersterblichkeit lässt sich dadurch erklären.

Die neuen gebildeten Generationen versuchten ihr Wissen gegen die alten Traditionen durchzusetzen, was durch den politischen Umschwung in den 1980er Jahren wieder in den Hintergrund gedrängt wurde.

Wir können wesentliche Verbesserungen in der Grundversorgung der Städte und wichtigen Zentren sehen, wobei aber die Bergregionen bis heute kaum an die soziale

und wirtschaftliche Infrastruktur erschlossen sind. Versuche die anderen Republiken aufzuholen waren durch den Selbstverwaltungskommunismus nur begrenzt möglich, da die Einnahmen aus der eigenen regionalen Wirtschaft in den Ausbau der Infrastruktur und anderen wichtigen Institutionen investiert wurden. So hatte Kosovo in jeder Hinsicht das Nachsehen.

Um ein besseres Verständnis für die Entwicklung des Kosovo, vom Zweiten Weltkrieg ausgehend, zu bekommen, sind weitere Erforschungen in den Bereichen der Wirtschaft, Medizin etc. notwendig. Welchen Einfluss hatte die Wirtschaft des Kosovo auf die Entwicklung des Landes. Wie stark war die Wirtschaft des Kosovo? Es wird oft über die goldenen Jahre des Kommunismus gesprochen, aber inwiefern ist dies mit der Realität zu verinnerlichen, wenn wir Kosovo immer als Schlusslicht in allen Bereichen sehen? Um ein besseres Bild von der allgemeinen gesellschaftlichen Entwicklung des Kosovo zu bekommen, müssen wir uns einzelnen Bereichen widmen, um langsam ein Gesamtbild kriegen zu können.

X. Literaturliste

Aleksandar Jakir, Dalmatien Zwischen Den Weltkriegen: Agrarische Und Urbane Lebenswelt Und Das Scheitern Der Jugoslawischen Integration. (Oldenburg, 1999).

Anja Rohwer, Bismarck versus Beveridge: Ein Vergleich von Sozialversicherungssystemen in Europa. ifo Schnelldienst 21/2008 – 61. Jahrgang, S 26-29.

Anne Mills, J. Patrick Vaughan, Duane L. Smith und Iraj Tabibzadeh, Health System Decentralization. Concepts, issues and country experience. (World Health Organization, Geneva, 1990).

August Österle, Uszl6 GuIacsi, Michaela Pechova, Gesundheitssystementwicklung in den MOE-Ländern. Zwischen sozialen Rechten und Marktallokation I. Kurswechsel 2/2007, S 18-27.

B. Richter und Vesna Derkos-Mikulić, Indirect Fluorescent Antibodies to Plasmodium Vivax in a Formal Malarious area in Yugoslavia. World Health Organization. 1975.

Cedomir Vukmanovic, The System and Statistics in Yugoslavia Compared with Other Countries. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 43, No. 2, Part 2: Comparability in International Epidemiology (Apr., 1965), S 291-301.

Çerkin Bytyçi, Prim. Dr. Daut Mustafa. Në 90-vjetorin e lindjes së prim. dr. Daut Mustafës. (Prishtinë, 2009). (Titel zu Deutsch; Prim. Dr. Daut Mustafa. Zur 90-jährigen Geburt des prim. dr. Daut Mustafa.).

Christian Hans Fendt, Gesundheitssysteme der Europäischen Union - Österreich und das Vereinigte Königreich im Vergleich. (Diplomarbeit in Internationale Betriebswirtschaft, Wien 2010).

David Matusiewicz, Europäisierung des Gesundheitswesens. Die Anwendung des Konzepts der "Offenen Methode der Koordinierung" der Europäischen Union auf die Gesundheitssysteme der Mitgliedstaaten unter besonderer Berücksichtigung des deutschen Gesundheitssystems. (Norderstedt, 2010).

David U. Himmelstein, Slobodan Lang and Steffie Woolhandler, The Yugoslav Health System: Public Ownership and Local Control. Journal of Public Health Policy, Vol. 5, No. 3 (Sep., 1984), S 423-431.

Dr. B. Konstantinovic, *La Yougoslavie Pour La Santé Publique. Situation sanitaire. Organisation de l'activité socio-médicale. Institutions pour le relèvement de la santé publique.* (Beograd, 1937).

Dr. Hidajet Lutfiu, *Rreze drite në Mjekësinë Prizrenase. Monografi.* (Prizren, 2005).
(Titel zu Deutsch: Sonnenstrahlen in der Prizrener Medizin)

Dragoljub Durović, *The Associated Labour Act.* translated by Marko Pavičić.
(Ljubljana, 1977).

Drita Bakija-Gunga, *Gratë e Kosovës në periudhën e ndërtimit socialist (1945-1978).*
(Prishtinë, 1986).

Evaluation of the Strategy for Health for all by the year 2000. Seventh Report on the World Health Situation. Volume 5. European Region. World Health Office for Europe. (Copenhagen. 1986).

G. J. Conrad, *Die Wirtschaft Jugoslawiens. Sonderhefte Neue Folge Nr. 17, Reihe A: Forschung.* (Berlin, 1952).

Gene S. Leonardson and Dimitar Mirčev, *A Structure for Participatory Democracy in the Local Community: The Yugoslav Constitution of 1974. Comparative Politics, Vol. 11, No. 2 (Jan., 1979), S 189-203.*

George W. Hoffman, *The Problem of the Underdeveloped Regions in Southeast Europe: A Comparative Analysis of Romania, Yugoslavia, and Greece. Annals of the Association of American Geographers, Vol. 57, No. 4 (Dec., 1967), S 637-666.*

Grielen, Boerma und Groenewegen, *Unity or diversity?. Group 1. Former Soviet: Ukraine, Estonia, Latvia and Lithuania. Group 2. Former Bismarck: Czech Republic, Slovakia and Hungary. Group 3. Former Yugoslavia: Slovenia and Croatia. Group 4-Other: Poland, Romania and Bulgaria.*

Hannes-Friedrich Ulbrich, *Die Krankenhäuser Ostdeutschlands in Transition. Eine registerbasierte Analyse amtlicher Paneldaten.* In: Hans Gerhard Strohe (Hrsg.), *Potsdamer Schriften zu Statistik und Wirtschaft Vol. 4.* (Potsdam, 2012).

Hivzi Islami, Evolucionit dhe transicionit Demografik. (Pejë, 1999). (Titel auf Deutsch: Die demographische Evolution und Transition.)

Hivzi Islami, Fshati i Kosovës. Kontribut për Studimin Sociologjiko-Demografik të evolucionit rural. (Prishtinë, 1985). (Titel auf Deutsch: Das Dorf des Kosovo. Ein Beitrag zum soziologisch-demographischem Studium der ruralen Evolution.)

Holm Sundhaussen, Geschichte Jugoslawiens 1918-1980. (Stuttgart, Berlin, Köln und Mainz, 1982).

Holm Sundhaussen, Jugoslawien und seine Nachfolgestaaten 1943-2011. Eine ungewöhnliche Geschichte des Gewöhnlichen. (Wien/Köln/Weimar, 2012).

Iris Ritzmann, Vom gemessenen zum angemessenen Körper – Human Enhancement als historischer Prozess. In: Medizin für Gesunde? Analysen und Empfehlungen zum Umgang mit Human Enhancement. Bericht der Arbeitsgruppe «Human Enhancement» im Auftrag der Akademien der Wissenschaften Schweiz. (Bern, 2012), S 27-37.

Ismet I. Dedushaj, Vaksinimet kundër sëmundjeve ngjitëse. Vaksinoprofilaksa. (Prishtinë, 1994). (Titel auf Deutsch: Die Impfung gegen ansteckende Krankheiten. Vorsorgeimpfung.)

J. Pampana, Large-Scale Malaria control campaigns using residual insecticides. World Health Organization. 25. September 1950.

J. D. Cottrell, The Consumption of Medical Care and the Evaluation of Efficiency. Medical Care, Vol. 4, No. 4 (Oct. - Dec., 1966).

Jan Payne, Patientenrechte in kommunistischen und demokratischen Gesellschaften: ihr transzendentaler Hintergrund und Grund. In: Hrs. Thomas Rizicks, Michal Andel, Martin Bojar, Detlef Brandes und Alfons Labisch, Mensch und Medizin in totalitären und demokratischen Gesellschaften. Veröffentlichungen zur Kultur und Geschichte im östlichen Europa. Band 21. (Prag, Düsseldorf. 2001).

Janet Susan Reineck, The Past as Refuge: Gender, Migration and Ideology among Kosovo Albanians. (unpublished PhD dissertation, Berkeley: University of

California, 1991). (Available on order from <http://www.umi.com/hp/Support/DServices> ref. 9228829).

John A. Logan, Counteracting Communism Through Foreign Assistance Programs in Public Health. *American Journal of Public Health*. August 1955/45.

John W. Glasser, Stanley O. Foster, J. Donald Millar, and J. Michael Lane, Evaluating Public Health Responses to Reintroduced Smallpox via Dynamic, Socially Structured, and Spatially Distributed Metapopulation Models. (*Clinical Infectious Diseases* 2008 by the Infectious Diseases Society of America), Vol. 46, S 182-194.

Joseph Frankel, Federalism in Yugoslavia. *The American Political Science Review*, Vol. 49, No. 2 (Jun., 1955), S 416-430.

Juha Kinnunen, Kirill Danishevski, Raisa B. Deber and Theodore H. Tulchinsky, Effects of decentralization on clinical dimensions of health systems. In: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbæk, *Decentralization in health care. Strategies and Outcomes*. (New York, 2007), S 168. S 166-188.

K. Christiansen and J. W. Vaupel, Determinants of longevity: genetic, environmental and medical factors. *Journal of Internal Medicine* Vol. 240, 1996.

Kate Hudson, *Breaking the South Slav Dream. The Rise and Fall of Yugoslavia*. (London/Sterling, 2003).

Kenneth Lee, Geoffrey Hoare, *Analysis of the Support of First-Referral Hospitals to Primary Health Care Service, Including the Activities of Hospitals in Disease Prevention and Health Promotion. A health care system based on primary health care*. World Health Organisation. EUR/HFA target 21. (1989).

Klaus Hurrelmann, Oliver Razum und Ulrich Laaser, *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. (Weinheim und München, 2006).

Leitgedanken: Gesundheit positiv und ganzheitlich fördern: Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO). In: Klaus Hurrelmann, Oliver Razum und Ulrich Laaser, *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. (Weinheim und München, 2006).

Liliana Djekovic, Der kurze Atem der Selbstverwaltung. Eine Volkswirtschaft zwischen Dauerkrise und gescheiterten Reformen, in: Furkes, Josip; Schlarp, Karl-Heinz (Hrsg.), Jugoslawien: Ein Staat zerfällt. Der Balkan - Europas Pulverfass. (Rowohlt, Reinbek bei Hamburg, 1991).

Malcolm S.M. Watts, Medicine in Society. Part I. Change and Challenge. California Medicine, December 1964, Nr. 101/6.

Malcolm S.M. Watts, Medicine in Society. Part II. Some Dimensions of Medicine in Modern Society. California Medicine, January 1965, Nr. 102/1.

Malcolm S.M. Watts, Medicine in Society. Part III. A Role for Medicine in Modern Society. California Medicine, February 1965, Nr. 102/2.

Marie-Janine Calic, Gescheiterte Idee: Gründe für den Zerfall Jugoslawiens. In: Agilolf Keßelring (Hrsg.), Wegweiser zur Geschichte Bosnien-Herzegowina. (2. Aufl. Paderborn, 2007), S. 136-145.

Marie-Janine Calic, Geschichte Jugoslawiens im 20. Jahrhundert. Europäische Geschichte im 20. Jahrhundert herausgegeben von Ulrich Herbert. (München, 2010).

Marie-Janine Calic, Sozialgeschichte Serbiens 1815-1941. Der aufhaltsame Fortschritt während der Industrialisierung. Südosteuropäische Arbeiten. Für das Südost-Institut München herausgegeben von Edgar Hösch und Karl Nehring. (München, 1994).

Mark G. Field, Success and Crisis in National Health Systems. A comparative approach. (London, 1989).

Martin Mayer, Elementarbildung in Jugoslawien (1918-1941): ein Beitrag zur gesellschaftlichen Modernisierung? (Oldenburg, 1995).

Martin Schölkopf, Das Gesundheitswesen im internationalen Vergleich. Gesundheitssystemvergleich und die europäische Gesundheitspolitik. (Berlin, 2010).

Max Shain, Health Services in Yugoslavia. Medical Care, Vol. 7, No. 6 (Nov. - Dec., 1969), S 481-486.

Michael Bury, Health and illness. (Cambridge, 2005).

Michael Hagner, Aufklärung über das Menschenhirn. Neue Wege der Neuroanatomie im späten 18. Jahrhundert. In: Hans-Jürgen Schings, Der ganze Mensch. Anthropologie und Literatur im 18. Jahrhundert. DFG-Symposium 1992. (Metzler, Stuttgart und Weimar, 1992), S 145-161.

Milton I. Roemer, Rural Health Programs in Different Nations. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 26, No. 1 (Jan., 1948), S 58-89.

Mimoza Dushi, Femra dhe evolucioni i lindshmërisë në Kosovë. Akademia e Shkencave dhe e Arteve e Kosovës. Botime të veçanta XCVIII Seksioni i Shkencave Shoqërore. Libri 32. (Prishtinë, 2009).

Muhamed Saric and Victor G. Rodwin, The Once and Future Health System in the Former Yugoslavia: Myths and Realities. Journal of Public Health Policy, Vol. 14, No. 2 (Summer, 1993), S 220-237.

Nicholas R. Lang, The Dialectics of Decentralization: Economic Reform and Regional Inequality in Yugoslavia. World Politics, Vol. 27, No. 3 (Apr., 1975), S 309-335.

O.P. Scepin, Medizin im Sozialismus. Theoretische Positionen und gesellschaftliche Grundlagen in der UdSSR. In Medizin und Gesellschaft, Nr. 30. Hsg. Günter Baust. (Veb Verlag Volk und Gesundheit. Berlin 1987).

Oliver Jens Schmitt, Kosovo: Kurze Geschichte einer zentralbalkanischen Landschaft. (Stuttgart, 2008).

Peter C. Smith and Unto Häkkinen, Information strategies for decentralization. In: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbæk, Decentralization in health care. Strategies and Outcomes. (New York, 2007).

Popullsia dhe ekonomitë familjare sipas komunave dhe sipas lokaliteteve më 1948, 1953, 1961 dhe 1971. Prishtinë 1975. Buletin 3. KSA e Kosovës. Enti Kraninor i Statistikës. (Die Bevölkerung und die wirtschaftlichen Haushalte nach Gemeinden und Lokalitäten von 1948, 1953, 1961 und 1971.)

Robert F. Miller, Theoretical and Ideological Issues of Reform in Socialist Systems: Some Yugoslav and Soviet Examples. Soviet Studies, Vol. 41, No. 3 (Jul., 1989), pp. 430-448.

Runo Axelsson, Gregory P. Marchildon and José R. Repullo-Labrador, Effects of decentralization on managerial dimensions of health systems. In: Richard B. Saltman, Vaida Bankauskaite and Karsten Vrangbæk, Decentralization in health care. Strategies and Outcomes. (New York, 2007), S 141-166.

S. Litvinjenko, B. Arsić und S. Borjanović, Epidemiologic Aspects of Smallpox in Yugoslavia in 1972. World Health Organization. (Yugoslavia 1973).

Samuel R. Sherman, The Role of Medicine in Society. A Progress Report of a Committee of the California Medical Education and Research Foundation. California Medicine, June 1964, Vol. 100/6. (San Francisco).

Saskia J. Grielen, Wienke G.W. Boerma und Peter P. Groenewegen, Unity or diversity? Task profiles of general practitioners in Central and Eastern Europe. European Journal of Public Health. Vol. 10. 2000/4, S 249-254.

Simone Rothgangel, Kurzlehrbuch Medizinische Psychologie und Soziologie. (Stuttgart, 2010).

Stephen J. Kunitz, The Making and Breaking of Yugoslavia and Its Impact on Health. American Journal of Public Health 2004, November; 94(11). 1894-1904.

Stephen J. Kunitz, What Yugoslavia means: progress, nationalism and health. Supplement to Health Transition Review Volume 6/1996, S 253-272.

Valerie Percival und Egbert Sondorp, A case study of health sector reform in Kosovo. Online unter www.conflictandhealth.com/content/4/1/7 (10.08.2012).

Victor O. Freeburg, Yugoslavia Leads in Rural Health Centers. The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 12, No. 1 (Jan., 1934), S 15-27.

Vjetari Statistikor i KSA të Kosovës 1976. Krahina Socialiste Autonome e Kosovës Enti Krahinor i Statistikës. (Prishtinë, Dhjetor 1976).

Vjetari Statistikor i KSA të Kosovës 1979. Krahina Socialiste Autonome e Kosovës Enti Krahinor i Statistikës. (Prishtinë, Dhjetor 1979).

Vjetari Statistikor i KSA të Kosovës 1984. Krahina Socialiste Autonome e Kosovës Enti Krahinor i Statistikës. (Prishtinë, Dhjetor 1984).

Vjetari Statistikor i KSA të Kosovës 1989. Krahu Socialiste Autonome e Kosovës Enti Krahinor i Statistikës. (Prishtinë, Dhjetor 1989).

Xhevat Hasani, Tone Berisha, Sistemi Shëndetësor i Kosovës. Mjekësia popullore dhe ritualet. Doracak për punonjësit shëndetësorë dhe psikosocial. (Zürich, 2000). (Deutsch: Xhevat Hasani, Tone Berisha, Das Gesundheitssystem des Kosovo. Volksmedizin und ihre Rituale. Handbuch für Arbeitende im Gesundheitsbereich und psychosozialen Bereich.)

Zeljko Brkic, Ökonomische Ursachen des Zerfalls Jugoslawiens und der Transformationsprozess in Kroatien 1990-2000. Diplomarbeit in VWL Universität Trier, 2001.

X.I. Artikel aus Shëndeti und Rilindja

A.Z., Kryqi i kuq po u ndihmon të pasiguruemve materialisht. (Das Rote Kreuz hilft den unversicherten auch in Materieller hinsicht.). Artikel aus „Rilindja“ vom 3.4.1965, S 8.

B. Olloni, Medicionarët në praktikë. (Pfleger im Praktikum). Artikel aus „Rilindja“ vom 8.4.1965, S 9.

Bora Ristiq, Disa Probleme të mbrojtjes preventive në krahinën tonë. (Eine Probleme des präventiven Schutzes in unserer Provinz). Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1961, Nr. 3, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 44-45.

Detyra e përbashkta në programin e eradikimit të malarjas. (Die gemeinsame Verantwortung beim Programm der Bekämpfung der Malaria). Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1961, Nr. 9, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 165-166.

Dr. Dragosllav Bugarinoviç, Difteriti. (Die Diphtherie). Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1962, Nr. 2, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 21-23.

Dr. Dragosllav Bugarinoviç, Difteriti. Artikel aus “Revista Shëndeti”, Jahr 1961, Nr. 4, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 66-67.

Dr. Hrvoje Ćurin, Vakcinimi - mjet i fuqishëm për mbrojtjen e shëndetit. (Die Impfung - ein starkes Instrument zum Schutz der Gesundheit). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 4, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 63-64.

Dr. J. M., Ambienti i fshatit dhe shëndeti. (Das Umfeld des Dorfes und die Gesundheit), Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1975, Nr. 1, (Prishtinë, 1975, 1-12), S 1-3.

Dr. K. Danilloviq, Higjena e ujit në katund. (Die Wasserhygiene im Dorf). Artikel aus Rilindja vom 8.10.1964.

Dr. M. Ristiq, Nga historija e medicinës në Prizrenin e vjetër. (Aus der Geschichte der Medizin vom alten Prizren.). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 1, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 8.

Dr. M. Shtambuk, Ushqimi i dimnit në katund. (Winternahrung im Dorf), Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1963, Nr. 1, (Prishtinë, 1963, 1-12), S 12.

Dr. Mehmet Degrac, Çka asht BCG (Be-Se-Zhe) Vaksina? (Was ist die BCG-Impfung?). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1962, Nr. 1, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 2-3.

Dr. Miomir Kërxiq, Fruthi. (Masern). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 11, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 205-206.

Dr. Miomir Kërxiq, Sëmuntjet ma të shpeshta të fëmijve të moshës shkolllore. (Die häufigsten Krankheiten der Kinder im Schulalter). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 1, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 6-7.

Dr. Miomir Kërxiq, Sëmuntjet ma të shpeshta të fëmijve të moshës shkolllore. (Die häufigsten Krankheiten der Kinder im Schulalter). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 2, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 32-33.

Eduard Neumeier, Tito ohne Nachahmer. Eine Untersuchung über Jugoslawiens Sozialismus. Artikel aus „Die Zeit“, Nr. 14, vom 1. April 1977, S 12.

Edukimi shëndetsor në shkolla. (Gesundheitsausbildung in Schulen). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 9, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 163-164.

Fazli Kajtazi, Diçka për format dhe disa probleme të luftës kundër tuberkulozit. (Etwas über die Arten und einigen Problemen im Kampf gegen die Tuberkulose). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 12, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 223-224.

Filloi aksioni i madh kundër sëmundjeve ngjitëse. (Die große Impfkampagne gegen die Infektionskrankheiten hat begonnen.). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1962, Nr. 2, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 17-18.

Filloi vaksinimi BSZH. (Die Impfung mit BCG hat begonnen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 14.12.1964, S 8.

H.H., Gjithnji e ma shum vajza në kurset shëndetsore. (Immer mehr Mädchen in den Gesundheitskursen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 1.8.1964, S 8.

H., Hasanramaj, Së shpejti fillojnë punën 25 kurse shëndetsor. (Bald werden 25 Gesundheitskurse ihre Arbeit beginnen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 9.12.1965, S 8.

H., Filloi vaksinimi kundër BSZH. (Die Impfkampagne gegen die BCG wurde begonnen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 4.11.1965, S 8. Siehe auch B. Olloni, Kryqi i kuq, S 12.

Jugosllwiens Arbeiter-Selbstverwaltung. Artikel aus „Der Spiegel“, Nr. 14/1973, S 137.

M. Davidoviq, Higjiena e puseve (bunarëve). (Die Hygiene der Brunnen.), Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 7, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 136-137.

M. R., Hidrocentrali „Zhur“ do të ndërtohet. (Das Wasserkraftwerk von Zhur wird gebaut werden.). Artikel aus „Rilindja“ vom 26.3.1965, S 2.

M. Randobrava, Bora shkaktoi dëme të mëdha Metohisë. (Der Schnee verursachte große Schäden in Mitohia.). Artikel aus „Rilindja“ vom 15.1.1966, S 1.

M. Rushiti, Dy vjetë punë të frytshme. (Zwei Jahre erfolgreiches Arbeiten.). Artikel aus „Rilindja“ vom 17.12.1965, S 7.

M. Rushiti, Vaccinimi i fëmijëve kundër sëmundjeve ngjitëse fillon në fror. (Die Impfung gegen Ansteckungskrankheiten beginnt im Februar.). Artikel aus „Rilindja“ vom 20.1.1965, S 5.

M., Edhe Jabllanicasit kërkujnë punktin shëndetsor. (Auch die Jabllanizer wollen eine Ambulanz.). Artikel aus „Rilindja“ vom 22.12.1965, S 9.

M.R., Së shpejti në komunikacion rruga e asfaltueme Prizren – Suharekë. (Sehr bald wird die Kommunikationsstraße zwischen Prizren und Suhareka ausgebaut.). Artikel aus „Rilindja“ vom 10.11.1965, S 9.

Malarija po zhduket. (Die Malaria wird ausgerottet). Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1961, Nr. 5, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 84-86.

Mihaljo Davidoviq, Randësija e nevojtores hingjenike. (Die Wichtigkeit einer hygienischen Toilette), Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1962, Nr. 10, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 174-175.

Mjeku po e shërbimi jo si duhet. (Zwar gibt es einen Arzt, aber keine Versorgung wie sie vorgesehen ist.). Artikel aus „Rilindja“ vom 10.4.1965, S 9.

N.D., Kurset për arsimimin shëndetsor – formë e preferueshme preventive. (Kurse zur Gesundheitsausbildung – bevorzugte Art zur Prävention.). Artikel aus „Rilindja“ vom 22.1.1966, S 4.

Nazif Hysa, As kurse shëndetsore, as analfabetike. (Weder Gesundheitskurse noch Analphabetenkurse.). Artikel aus „Rilindja“ vom 18.12.1965, S 7.

Ndihma shëndetsore edhe nëpër katunde malore. (Die Gesundheitsversorgung auch in den Bergdörfern.). Artikel aus „Rilindja“ vom 14.1.1966, S 8.

Në Mushnikovë përfundoj punën kursi shëndetsor. (In Mushnikovë beendete der Gesundheitskurs seine Arbeit.). Artikel aus „Rilindja“ vom 19.5.1965, S 7.

Në Prizren do të ndërtohet dispanzeri i ri antituberkular. (In Prizren wird eine neue Antituberkularklinik gebaut werden.). Artikel aus „Rilindja“ vom 28.5.1965, S 6.

O., Sëmudjet ngjitëse po luftohen me sukses. (Die Ansteckungskrankheiten werden mit Erfolg bekämpft.). Artikel aus „Rilindja“ vom 12.1.1966, S 8.

O. Z., Mjeku Kadri asht i palodhshëm. (Der Arzt Kadri ist unermüdlich.). Artikel aus „Rilindja“ vom 20.10.1965, S 8.

Objektet e shëndetsisë. (Gesundheitseinrichtungen). Artikel aus „Rilindja“ vom 23.12.1965, S 8.

Olloni, Kryqi i kuq shënoj rezultate të mira. (Das Rote Kreuz erzielte gute Erfolge.). Artikel aus „Rilindja“ vom 11.12.1964, S 12.

Përfundoj vaksinimi kundër Lisë. (Die Impfung gegen die Pocken wurde beendet.). Artikel aus „Rilindja“ vom 6.10.1965, S 6.

Përfundoj vaksinimi me BSZH. (Die Impfung mit BCG wurde beendet.): Artikel aus „Rilindja“ vom 29.12.1965, S 8.

Po ndërtohen edhe 50 objekte shëndetsore. (Es werden weitere 50 Gesundheitseinrichtungen gebaut.). Artikel aus „Rilindja“ vom 19.1.1966, S 6.

R. Zogjani, Për një përfshimje më të gjatë e aktiviteteve të gjallë të femrave. (Für eine breitere und aktivere Teilnahme der Frauen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 5.11.1964, S 6.

R.S, Kur do të fillojnë punën kurset shëndetsore? (Wann werden die Gesundheitskurse ihre Arbeit beginnen?). Artikel aus „Rilindja“ vom 8.1.1965, S 8.

Rehabilitimi i të sëmurëve - Tuberkulozë (Die Rehabilitierung der Kranken - Tuberkulose). Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1961, Nr. 1, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 17-18.

Sadik Shala, Ndysinat dhe sëmundjet. (Verschmutzungen und Krankheiten). Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1961, Nr. 3, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 55-56.

Së shpejti vaksinimi me BSZH. (Sehr bald die Impfung mit BCG) Artikel aus „Rilindja“ vom 26. Oktober 1965, S 7. Siehe auch Sh. M. Vaksinimi eksperimental kundër gripit. (Experimentalimpfung gegen die Grippe) Artikel aus „Rilindja“ vom 14. Mai 1965, S 7.

Sh. Gj., Filloi rivaksinimi kundër tifos së zorrëve. (Es wurde Auffrischung der Impfung gegen den Abdominal Typhus.). Artikel aus „Rilindja“ vom 27.7.1964, S 8.

Sh. Gj., Kryqi i kuq po zhvillon aktivitete të gjatë. (Das Rote Kreuz unternimmt große Aktionen.). Artikel aus „Rilindja“ vom 10.1.1966, S 8.

Sh. M., Qysh me i rrallue udhëtimet e të sëmunëve?. (Wie können wir die Behandlungsreisen der Kranken minimieren?). Artikel aus „Rilindja“ vom 6.10.1964, S 6.

Sh., Sivjet vetem katër të sëmune. (Heuer nur vier Kranke.). Artikel aus „Rilindja“ vom 22.11.1964, S 7.

Spitali i Parë në Prizren. (Das erste Krankenhaus in Prizren) Artikel online unter <http://www.spitali-prizren.com/Fillimi.aspx?tabindex=7&tabid=8> (11.02.2013)

Spitali i ri u ba për „mjekim“. (Das neue Krankenhaus wurde für ärztliche Behandlungen errichtet.). Artikel aus „Rilindja“ vom 5.1.1966, S 9.

St. St., Femija e mjeku. (Das Kind und der Arzt). Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1961, Nr. 2, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 31.

Stanoje Aleksiqi, Inauguroi Spitalin e Ri. (Stanoje Aleksic weihte das neue Krankenhaus ein.). Artikel aus „Rilindja“ vom 18.11.1964, S 1-2.

Tanjug, U lëshue në qarkullim vaksina kundër gripit. (Die Impfung gegen die Grippe wurde im Umlauf gebracht.). Artikel aus „Rilindja“ vom 31.10.1965, S 6.

Tomislav Popoviq, Pusi higjenik kusht për shëndetin tonë të mirë. (Die Hygiene des Brunnen eine wichtige Bedingungen für unsere Gesundheit.), Artikel aus „Revista Shëndeti“, Jahr 1962, Nr. 9, (Prishtinë, 1962, 1-12), S 129-130.

U lëshue në çarkullim vaksina kundër gripit. (Die Impfung gegen die Grippe wurde im Umlauf gebracht.). Artikel aus „Rilindja“ vom 21.10.1965, S 6.

U ndërtue rruga kah shtëpia shëndetsore. (Die Straße zur Gesundheitsstation wurde gebaut.). Artikel aus „Rilindja“ vom 15.12.1965, S 8.

Vaksinimi kundër Lisë po kryhet me sukses. (Die Impfung gegen die Pocken wird mit Erfolg umgesetzt.). Artikel aus „Rilindja“ vom 5.11.1965, S 8.

Y.B., Shkolla e mesme e medicinës u vendos në godinë të re. (Das medizinische Gymnasium wurde in eine neues Objekt verlegt.). Artikel aus „Rilindja“ vom 1.10.1965, S 7.

Z. Otasheviq, Eradikimi i malarjës. (Die Ausmerzungen der Malaria). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 9, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 176-177.

Z. Z., Mbrojtja shëndetsore në nivel t'ultë. (Der Gesundheitsschutz auf einem niedrigem Niveau.). Artikel aus „Rilindja“ vom 4.3.1965, S 13.

Zdravko Otasheviq, Detyra e përbashkta n'eradikimin e malarjës. (Die gemeinsame Aufgabe bei der Ausmerzungen der Malaria). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 9, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 186-187.

Zdravko Otasheviq, Edukimi shëndetsor në shkolla. (Die Gesundheitsausbildung in den Schulen). Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 11, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 203-204.

Zdravko Otasheviq, Higjiena e Katundint tonë (Die Hygiene in unserem Dorf), Artikel aus "Revista Shëndeti", Jahr 1961, Nr. 8, (Prishtinë, 1961, 1-12), S 156-157.

Zenelaj, Shërbimi shëndetsor i Zymit kaloi në ndërtesë të re. (Die Gesundheitsversorgung von Zym wurde in ein neues Objekt verlagert.). Artikel aus „Rilindja“ vom 8.8.1964, S 5.

X.II. Onlineartikel

Arten von Typhus und ihre Symptome. Artikel online unter <http://de.forme.co.il/arten-von-typhus-und-ihre-symptome/> (02.02.2013)

70 years of English-Yugoslav Children's Hospital for osteoarticular tuberculosis in Sremska Kamenica. Artikel online unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15938231> (15.11.2012)

80 years' of internal medicine education at the medical school of the university in Belgrade (1922-2002). Artikel online unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14692153> (04.11.2012)

90th anniversary of founding the first children's hospital in Serbia. Artikel online unter <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19950771> (15.12.2012)

Alternative Paradigms for Nursing Practice. Artikel online unter http://www.unc.edu/courses/2010spring/nurs/595/960/alternative_paradigms/ap_biomed-model.html (2.11.2012)

Arbeitshygiene. Artikel online unter <http://www.aaa-sprigade.de/ah.html>. (11.03.2013)

BA Hons, Geschichte der Tuberkulose. Artikel online unter <http://www.news-medical.net/health/History-of-Tuberculosis-%28German%29.aspx> (13.03.2013)

Beveridge-Modell und Bismarck-Modell des Wohlfahrtsstaats, unter www.bpb.de/system/files/pdf/VCVB66.pdf (10.01.2013)

Der Körper als Maschine. Artikel online unter <http://www.textlog.de/35548.html> (15.11.2012)

Dichlordiphenyltrichlorethan. Siehe unter <http://de.wikipedia.org/wiki/Dichlordiphenyltrichlorethan> (14.03.2013)

Dr. med. Petra May, Typhus abdominalis bei Baby & Kind – Symptome. Artikel online unter <http://www.gesundheitsportal-privat.de/Krankheiten/Typhus/Symptome/Typhus-abdominalis-bei-Baby+Ki-9093.html> (02.02.2013)

Dragoljub Durovic, „The Associated Labour Act.“ Artikel online unter http://www.fmsoares.pt/aeb/biblioteca/indices_resumos/resumos/008254.htm (31.1.2013).

Gemeinsame Erklärung der UdSSR und Jugoslawien. Artikel online unter <http://www.deutsche-einheit-leipzig.de/index.php/inhalte-jugoslawien?start=10> (10.03.2013)

Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. (Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“; Nr. 6, 1999). Download unter www.euro.who.int/__data/assets/pdf.../wa540ga199heger.pdf (12.11.2012)

H.A., Bauern streiken in Jugoslawien. Artikel aus „Die Zeit“ vom 08.06.1950. Online unter <http://www.zeit.de/1950/23/bauern-streiken-in-jugoslawien> (12.02.2013).

<http://de.wikipedia.org/wiki/Dysenterie> (02.02.2013)

<http://mjekesia.uni-pr.edu/> (14.02.2013)

<http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Themen/Gesund-Pflegen/wissen,did=179816.html> (2.11.2012)

http://www.maribor-graz.eu/images/1924_lhm_oblasti.jpg (02.12.2012)

<http://www.meduniwien.ac.at/umwelthygiene/>. (11.03.2013)

<http://www.vanderbilt.edu/mhs/> (Center for Medicine, Health and Society) (10.01.2013)

<http://www.worldstatesmen.org/yugoslav-banovina.gif> (10.12.2012)

Immer mehr Nichtversicherte in den USA. Artikel online unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/803212/immer-nichtversicherte-usa.html (15.11.2012)

Immer mehr Nichtversicherte in den USA. Artikel online unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/gesundheitspolitik_international/article/803212/immer-nichtversicherte-usa.html (15.11.2012)

Institut für Sozialmedizin an der Universität Wien. Online unter <http://www.meduniwien.ac.at/sozialmedizin/> (07.11.2012)

Kapitel 3 - Welche Faktoren beeinflussen Gesundheit? Artikel online unter <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/gesundheitsfoerderung-im-quartier/aktiv-werden-fuer-gesundheit-arbeitshilfen/teil-1-gesunde-lebenswelten-schaffen/welche-faktoren-beeinflussen-gesundheit/> (10.10.2012)

Leitgedanken: Gesundheit positiv und ganzheitlich fördern: Gesundheit im Sinne der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Artikel online unter <http://www.gesundheit-psychologie.de/leitgedanken/Gesundheit.htm> (2.11.2012).

Luthers Waschsalon, „Keine ganz normale Arztpraxis“. Artikel online unter <http://www.aerztezeitung.de/panorama/article/824203/luthers-waschsalon-keine-ganz-normale-arztpraxis.html> (15.11.2012)

Maria Ivkovic, The 1972 Smallpox Outbreak in Yugoslavia: A Comparison to Current U.S. Biodefense. Artikel online unter <http://www8.georgetown.edu/centers/cndls/applications/postertool/index.cfm?fuseaction=poster.display&posterID=881> (19.09.2011)

Medizin als Wissenschaft. Positionspapier der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften SAMW. (Download unter <http://www.samw.ch/de/Projekte/Medizin-Wissenschaft.html> am 25.11.2012)

Psychohygiene. Artikel online unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Psychohygiene>. (12.03.2013)

Reproductive health. Artikel online unter http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ (2.11.2012)

Schlafhygiene: Checkliste für die Nacht, Artikel vom 03.12.2007. Online unter http://www.focus.de/gesundheit/gesundleben/schlafen/schlafhygiene-checkliste-fuer-die-nacht_aid_228050.html. (12.03.2013)

Soziale Krankenversicherungen. Artikel online unter http://www.bmg.gv.at/home/Schwerpunkte/Gesundheitssystem_Qualitaetssicherung/Kranken_und_Unfallversicherung/Soziale_Krankenversicherung (06.10.2012)

Sozialmedizin - Aufgaben und Ziele. Artikel online unter <http://www.afs-berlin.de/sozialmedizin.html> (09.11.2012)

Sozialmedizin. Artikel online unter <http://flexikon.doccheck.com/de/Sozialmedizin> (10.11.2012)

Stomatologen Behandeln Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen. Online unter http://www.paradisi.de/Health_und_Ernaehrung/Heilberufe/Stomatologen/ 28.01.2013)

Trachom (Altgriechisch: "grobe Auge"). Online unter <http://www.news-medical.net/health/What-is-Trachoma-%28German%29.aspx> (21.1.2013)

Univ.-Prof. DDr. Siegfried Kulmer, Professionelle Mundhygiene. Artikel online unter http://www.netdokter.at/health_center/zaehne/mundhygiene.htm. (10.03.2013)

Uwe Jens Jürgensen, Gesundheit DDR! (2/2). Der Preis des Schönen Seins. Artikel online unter <http://www.mdr.de/doku/gesundheit394.html> (13.1.2013)

Was ist Gesundheit?. Artikel online unter <http://gesundheitzweinnull.wordpress.com/2011/03/30/was-ist-gesundheit/> (11.01.2013)

XI. Anhang

XI.I. Interviews mit Ärzten

XI.I.i. Dr. Saljadin Jagxhiu

12.4.2011

**Sa vjet keni qen mjekje? Me tregoni dick aper historine e juaj!
Cfrae keni punue dhe qysh keni punue? Me shpjegoni gjanat deri ne pensionin tuaj.**

Une me than te drejten kam tentu me u regjistruer ne Shkup, mandej me hi ne mjekesi, ne fakultetin e mjekesise. Mandej une fola, ata e kishin ate shofenizmin maqedonase dhe nuk dojshin as serbisht me fol. Une u reva dhe u hutova dhe thash masi po me presin keshtu, si kam me kalue une atehere ketu. Atehere shkove ne Zagreb me studjue, me 1954. U regjistrova se Beogradi kishte provim panues, e ne zagreb shkonin ata me nota te shkelqyeshem qe e kane nkrye te mesmen. Se te mesmen une e kam nkrye ne Novi Sad. Shkollen e mjekesise te mesmen e kam nkrye atje.

(A nuk ka pas Prizreni atehere shkollte te mjekesise?)

Jo nuk ka pse, ase per infermier. Kap as gjimnaz, mandej edhe ne gjimnaz kam qen i shkelqyeshem ne gjysmature, se atehere ishte provimi i gjysmatures. Mandej kane pas te kufizume vendet per ne gjymnaz. Me derguan ne shkollen e teknikes ne Mitrovice. Thash qe ku kam me shkue ne Mitrovice, andej kendej, dhe pastaj vendosa e shkova ne Novi Sad, e atje e nkreva shkollen e mesme dhe mjekesine e kam nkrye ne Zagreb. Atehere kane qen 12

semestra ne mjekesi. Si student kemi kalue shume mire, se atehere ka qen nje koalicion me Kroate, pasi e kemi pa Serbin si armik. Neve na kane prite mire si student, si profesorati si studentat. Ka pas edhe studenta Serb aty, por me Kroatet kemi kalue si vellazen. Mandej djali me shkoj ne Zagreb me studjue, ne kohen e Tudjmanit. Thane qe ka zi Serbet ishin be, ma nacionalista.

Masi e nkreva mjekesine ne Zagreb, pastaj mu desht me shkue ne sherbim ushtarak. Dr. Dauti ka qen si legjend e mjekesise. Ka qen edhe nje internist. Edhe ai kerkonte nje ne interno me punue, por atri i Dr. Dautit morra specializim per smundjet e mushkerive. Atehere me than te drejten, „kurre fare patriotizmi mos me tregue“ vec me punue, se ajo ka qen smundja e te varfurve, se shtresat e te varfurve jane semu ma shuem, nga Tuberkulozi.

Asnje Serb nuk ka marr kete degon ton me specializu, se atehere ka qen perzime me qen ne cdo repart. Po ka qen rreziku i rrezatimit, se ne atehere direkt kemi punue me rentgen, nuk ka pas mbrojtje (veshje prej plumbit) dhe ashtu punojshim me paciente. Perveq qe ka pas rrezatimi, ka pas edhe infektim. Na qe kemi punue aty, kemi mujt, pervec veten edhe femijte te shpia me i infektue. Edhe se kemi pas kujdes, i kemi la duert dhe e kemi majte veten te paster. Cdo paciente qe e kemi vizitue kemi qen te kujdesshem, por prape ka qen rreziku, dmth edhe prej rrezatimit edhe prej infektionit. Ashtu qe Dr. Dauti qe e ka marr ate deg, ka qen nje patriotizem i madh, dhe mas atij edhe ne se i kemi ndihmue popullit. Ne pervec ne Prizren kemi marr ne Suhareke edhe ne Rahovec pergjegjesi. Dy here ne jave shkojshim ne Suhareke e Rahovec. Shkopiat kane standard, deri 20 vete mundesh me i kqyr brenda dites, pastaj rritet rreziku i infektimit. Ato cka kqyrin mbi ate numer, rreziku rritet. Kur shkonin ne Suhareke e Rahovec dy here ne jave, ka 120 te semute paciente prishtshin. Ka 100, 80 po mendoj qe numri ka qen shume i larte. Shumefish prej sandardeve qe eshte e lejume, bejshin ata vizita. Kur kam ardh psh. po e marrim me çiper, kemi pas kartoteken e te smunderve qe kane qen te smunt prej tuberkullozes. Kur kam ardh une, kur e kam fillue punen, se me 1960 kam diplomu dhe pastaj jo ushtria, me 1962 e kam perfundue ushrtine dhe me 1963 kam fillue me punue me Dr. Dautin. Atehere nuk ka pas mjekte, se numri i mjekëve ne Prizren pergjithesisht, mundemi me i numrue ne gishtat e dy duerve, psh. kane qen ni Dr. Dauti, Dr. Sylman Arapi, Dr. Durmish Selina dhe disa Serb, Pantelic, ja 10 mjekte i ka pase tere regjioni i Prizrenit. Por atehere ka pas ni far ndihme prej Serbise. Kur ishin akcionet e vaksinimeve, vizitimeve sistematike, vishin per ndihme. Kerkush nuk donte me ardh ne Kosove me punue. Per me i stimulue ju kane dhan shtese, pervec rroges kane marr edhe nje shtese „Kosmetski Dodatak“. Kemi pas ndihmen edhe prej Serbise, na vishin mjekte per me na ndihmue.

Ne fillim ne ate Kartotek ka pas ja 1800 Persona te regjistrueme prej tuberkullozes, por prej krejte regjionit, ishin Rahoveci, Suhareke, Dragashi. Mas Prishtines me popullate, qendra mjekesore e Prizrenit e ka pase numrin ma te madh te popullates. Edhe tuberkuloza ka qen ma e perhapun atehere, se ne repart nuk vishin te smute tjere, vetem ma vone kur ra numri i tuberkullozes, mandej vishin edhe Pnomoneja, Brokitis, kemi pas edhe tjera. Por me perpara vetem me tuberkuloza vishin, edhe me kushte shume te veshtira ka qen, sa ka qen karshi te lumit, te spitali i vjeter. Aty ka qen ni teqe, ajo teqja ka qen reparti i mushkerive. 20 paciente me nje dhome. Ashtu qe kushtet ne fillim kane qen jo te favorshme per pune. Dhe kur vjen qe asi kushte ke, edhe infekcionit me lehte perhapet. Kushtet e dobta e favorizojn perhapjen e infekcionit. Ma te rrezikum kemi qen. Por dispanzei jon, ku ka qen udheheqes Dr. Dauti, ka qe nje prej dispanzerave me te mira ne Serbi. Nuk mundemi me krahasue me Jugosllavi, ama me Serbi po. Ku vishin vizita nga Beogradi, ne jepshin edhe lavdata (mirenjohje) per punen qe e benim dhe per dispanzerin. Se atehere ka qen edhe disciplina e pune, se tash fatekeqesisht me te madhe ka ra disciplina, se nuk kam e disiplin. Na kemi nje fare shpreje „incidenca“ dmth me nga vitzi sa te smute te ri zbulohen.

Tu falenderu asaj punes qe kemi be ne, prej 180 te smute ne vite i kemi zbulue te ri. Icidenca ka qen 180. Me angazhimin ton, para se me dal ne pension, benim zbulime se si jan shifra

tani, dhe kemi dal qe 54 (si ne Vojvodin) kane qen incidenca ne vite. Ne tere regjionin. Prizreni ka pase 140.000 banore me tere rrethinen. Suhareka, Rahoveci, Dragashi, Malisheva edhe ata u bejshin afer 300.000 banore, dhe per ata te gjitha i kemi afer 54 raste te tuberkulozit. Shume u zvoglue numri, por tu felanderue edhe tash psh kemi pas sherbimin patronazh (dmth me vizitue pacientet neper shpia) a po i pine barnat, kushtet higjienike, a po ruhet, apo i rujn femijte dhe po i merr barnat me rregull. Tash eshte shym patronazha, nuk kam e vizita neper shtepia. Pastaj ka ne mjekesi dy menyra te luftimit, lufta preventive dhe lufta kurative (mjekimi). Dr. Dauti ka pase bile shume anmik nga mjeket, se ka pas shume pake mjeke per me dhan specializimin, se cdokush po don me u be specialist dhe neper fshatra kush me punu? Na kemi, si Dr. Dauti ka insistu me qel punktet neper fshatra, se ai menjehere me tha psh ne Afriken e Jugut e ka be ne Johannesburg operacine e pare te zemres, a neper fshatra njerzit tu vdek si macat, se hiq mjeke nuk ka. Na nuk mundemi me be te njejten mjekesi, qe neper fshatra njerzit me cof e ne qytet me pas specialista e specialista. Ashtu qe ata mjeke qe nuk e kane kuptue ate vizionin e tij e kane shpalle si armik, armikun e tyre se ata e kane pas interesin personal, dhe Dr. Dauti ka pas ate vizionin ma te gjan, per me i ndihmue tane popullates, e jo vetem me e forcue shtetin (qytetin). Ne fillim nuk ka pas shume specialista.

Cilat dega jan kane dhe cfare specialista keni pas?

Ma vone jan formue do. Ne fillim ka pase infektologji, smundje ngjitese ku eshte varfesia ma e madhe aty gjenden keto smundje. Infektolog ka pas, ne fillim internist ka pas (ni) mandetj ka pas per mushkeni, Dr. Dauti ka qen, nje prej mjekeve qe ka kontribu shume dhe puna e ti nuk eshte be shume e dukshme deri tani, eshte Dr. Durmish Celina, ai ka luftu krejte smundjet ngjitese dhe ka prganizue vaksinimet, ka shkue neper fshatra me filma dhe projektoret me tregue dhe me perhap arsimimin shendetesor. Atehere nuk ka pas shume specialista, por mandej kur kam qen edhe nje mandat drejtor i qendres dhe atejere i kemi pas krejte specialistet qe jan sot. Internit, Ortoped, Gjinekolog, Pediatër, Neuropsikiater, Dermitolog, Epidemiolog, Bakteriolog, kemi pas gati krejte. Me vone eshte formue edhe sherbimin i dializes per ata qe vujn prej pleshtave.

Puna mjekesore ka kerkue konstulltime mjekesore. Tani nuk konsulltohen mjeket fare. Nje dhome e ka nje mjek, ati kerkush nuk mundet me ju perzihe ase ne terapi askud hiq. Ne e kemi pas qe per raste te vecanta jemi konsulltue, ka po mendon ti e tjetri.

Shembull: Une si mjeke fillestar, kur nje dite po me pyet mjeku Dr. Dauti, se cfrae mendimi kam une. Po konsulltohet me mu si mjeku i ri, cka po mendoj, se ai nuk ka mujt me gjet. Ka kerkue edhe mendimin tim. Tash mjeket jane, cdokush pervete eshte shef. Cdokush per vete e din me mire, dhe nuk ka fare konsulltime. Pa konsulltime ne mjekesi nuk ka perparim nuk ka progres. Edhe koha e konsullterit kemi pas. Kemi qen me te aferm si mjeke. Kemi qen miqe. Tani po me tregojn ata qe punojn ne spitale, qe si armik shifen njeri me tjetrin. Mos po ja marr pacientin. Ndoshta po e bej ma zi se qe po e eshte, por ka edhe asi.

Keshtu qe atmosfera e punes qe e kemi pas ne ka ndryshue ne teresi.

Si ka qen mundesia? Cfare mjete keni pas. Me cfare standarde keni punue? Ka qen mjetete e mira. Si ishte paisja e spitalit? Per kohen (jo ne krahasim me sot)

Per degen ku kam punue une, aty ma kryesor eshte rentgeni. Ne kemi pas ate, dhe gjithmon kur kane ardh rentgenat e reja kane pase me pake rrezatim. Aty u kane dallimi. Te ma hershmit kane be ma shume rrezatim ma vone teknologjia eshte persor dhe rrezatimi ma pake ka qen. Mandej kur kane fillue me filmat, pacienti ka qen ne dhome dhe mjeku ka qen jasht, mandej rrezatimi eshte vozglue krejte. Mandej mjekut vetem filmin e kane pru. Prej 1970-80, skopi kemi be deri deri me 1985, edhe se kemi pas filma, por ata i kemi ruajte per raste te rralla. Ketu ne Prizren kemi be vone rrentgen me skopi. E per Prishtine nuk e di sakte. Ashtu

qe mjetet kane qen ata qe kane qen. Repartet tjera pershembull, jan avancue me teknologjine. Me 1984 Shukriu, kerkonte nje aparat me ble per me nxerr gurin prej irrzes, dmth ate aparat nuk e kemi pas perapa. Si ka perparue mjekesia aty ka perparue gratualisht edhe teknologjia.

Qysh ka qen gjendja e vizitave neper fshatna. Me cfare veshtiresi jeni ballafaque? Dhe si ka qen higjiena neper fshatna?

Por standarti i ulte, ka diktue edhe ne higjienen e dobte. Familjet kane qen me shume anetare. Ne bashkesi kane jetue. Pastaj ka zen me u rrallue, dhe kushtet higjienike jan permisue, por arsimimi shendetesor ka qen shume i dobte edhe po mendoj TV nuk ka pase, shtypi (Rilindja) nuk eshte lexue nga shume persona. Kemi pas ndihme prej UNICEFIT, na kane dhurue do Xhipa per me dal ne teren. Ma se shumti ka dal ne teren Dr. Durmishi. Ka luftue smundjet ngjitesse me arsimimin shendetesor, me vaksinim. (Prej Vitit 1960 e kendej) I kemi pas ekipat mjekesore. Kur kemi shkue ne Suhareke dhe Rahovec, i kemi marr insturmentet, ato shpricat e krejte cka na jane nevoit. Me xhipin e UNICEFIT kemi shkue ne Suhareke, Rahovec, Dragash. Kemi be vizite neper shtepia. Kemi be sherbimin patronazh (Vizita e pacientit ne shtepi).

Kemi pas edhe Xhipa te Rrusve, per terenet me te kqia dhe kemi depertue. Une si mjeke i ri, kemi be vizita edhe me kali, per me shkue me i vizitue. (Fshatrat e Zhupes) E ngarkojshim kalin dhe shkojshim ne teren. Kemi pas nje moter medicinale qe shkonte me biciklet neper fshatra, me be patronazhin. Pastaj jan permisue kushtet. Ma se paskti ka pas investime ne infrastruktur, ne anen e Hasit, ma se pakti ka pas investime, qe edhe uje nuk kane pase neper shtepia (Zymi etj.). Dragashi etj kane pas pake a shume rruge e mira.

Kemi punue ne rastet me te kqia, por pasi u shtue numri i mjekeve, ashtu u permisue edhe sherbimi mjekesor. Na kemi, me than te drejten, pas nje entuziuasem per me i ndihmue popullit. E kam nje vella qe ka shkue me 1955 ne Zvicer, dhe me 1958 e kam vizitue ate edhe me thoshte vellau. (Ka qen vellau 25 vjecar). Met ha, shkye pasaporten dhe rri ketu, se edhe Evropa nuk ka pas mjeke atehere. Mezi pritshin me na marr. Jo i thash, une du popullit Prizrenit me i ndihmue. Ketu prape ka mjeke, por na atje nuk kemi. Pdmth, kemi pase nje idealizem me i ndihmue popullit sa me shume, se ka qen fukaralleki i madh. Nuk kemi pas edhe shume pune ketu. Pastaj u hapen edhe fabrikat, 17.000 punetor kane qen neper fabrika vetem ne Prizren. Gjakova ka qen ma e vogel se rrethi i Prizrenit, por i ka pase 18.000 se udheheqesi a qen ne Gjakove, dhe investimet jan be me shume atje.

Jan permisue edhe standardet ne ate kohe. Nje gazetra para disa dite tregonte, qe krejte mirembajtjen e Beogradit e kane pas Shqiptaret persiper. Kosova ka qen shume permbrapa, edhe analfabetizmi ka qen shume i madh.

Si ishte mundesia per specializimin?? Ku e keni be ju specializimin?

Specializimin e kam be ne Beograd. Se nuk ka pas ne Prishtine. Me 1970/71 u hap fakulteti i mjekesise. Shumica e specializimeve ka zgjat prej 1975/76 kane fillue disa specializime ne Kosove. Interno (1975), per msuhkeri, infektologji, pediatri kane mujte me u be ne Prishtine. Neurokirurgia, Kardiologjia kane qen jasht Kosoves.

Sigurimi shendetesor ne ata kohe, cfare ka mbulue per popullaten?

Atehere krejte ka qen pa pages. Si shkollimi si mjekesia. Bujqit e kane pas sigurimin e bujqesise, dhe e kane pague nje sasi te vogel parash por ka qen i siguruhet. Ka pas mundesi me u trajtue ne Boegrad, Zagreb, Sarajev, Lubljan, por edhe me u operue. Sigurimi ka qen total. Sistemi socialist ka qen i kujdesshem per shoqerine. Tani jemi nje shtet qe nuk kemi sigurim social.

Si ishin raporte mjeket dhe pacientet?

Vitet e fundit kur ka qen Milosevici ne pushtet, kemi pase rrogat, edhe shpesh i kritikoj mjeket e tanishem, qe ne kemi pas 20 Marka Gjermane rrogen, por pacientit kurr nuk i kemi tregue se sa e kemi rrogen, dhe se ai neve duhet me na dhan konpenzim. Tani mjeket ju tregojn se e kane rrogen e vogel dhe duhet me jetue.

Raportet kane qen krejte tjera, se tani. Pacienti nuk e ka dite se sa e ka rrogen mjeku, por tani cdo mjeke i tregon pacientit se sa e ka rrogen dhe i duhet me i dhan dicka. Edhe per operacion, por tregojn ne spital qe asnje nuk mund te behet, pa me i dhan mjekut dicka. Ata sendet kane qen absurde, dhe nuk kane ekzistue. Mjeku me pacientin kane qen shume korrekte. Megjithse kemi pase disa mjeke qe kane marr ryshfet, por kane qen raste sporadike, e tani eshte masovik.

Ne cilin vit keni qen Drejtor?

Prej 1983-1988 kam qen drejtor.

Ju treguhet per pacientet. Kur keni fillue kane qen 1800 te smute, dhe cdo vjete numri me ka 150 Persona u rrite. Ne cfare niveli ka qen vdekshmeria shkaki tuberkulozes?

Tuberkuloza eshte smundje kronike, pastaj edhe vdekshmeria prej tuberkulozes nuk ka qen, se e kemi pas edhe terapine. Perpara kur ka punue vetem Dr. Dauti nuk ka pas teptomycin, nuk ka pas kemoterapi, barna per tuberkulozin nuk ka pas. Mjekimi i ka qen higjieno-diokritik. Pacienti ka qen ram dhe ka marr pneumotorax, ajer ne mushkeri me be kollaps te mushkenive. Vdekshmeria prej tuberkulozit eshte shume e ulet, se ajo eshte smundje konrike. Ai zakonisht lodhet zemra, dhe pas disa kohe njeriu prej zemres vdes. Se shume pake ka pas. Nuk e kemi pase ate rubriken, vdekje prej tuberkulozit, se shume pake kane vdeke pasi eshte smundje kronike. Ajo zgjat shume, madej pasojat e asaj ndikojn dhe njezit vdesin nga ajo. Smundejt tjera meningiti shkakton vdekjen shume shpejte.

Barnat kane qen falas dhe ne cfare niveli kane qen ata?

Barant sikur sot qe jan standart. Krejte barnat qe i kemi sot, kane qen edhe atehere. Jan zbulue edhe barna tjera pasi kam fillue punen. Ka qen shume te kontrollume dhe standartet qe i kane plotesue kushtet.

Si ishte kapaciteti i Spitalit?

Deri ne 70-80 veta ka mujte me i marr spitali i vjeter. Mandej kur kaluem prej spitalit te vjeter ne spitalin e ri, me 1976, na kemi kalue ne spitalin e vjeter. Aty ka qen interno, infektiva e krejte. Mandej eshte ndertue, Dr. Dauti ka qen Drejtor prej 1972/73 kemi kalue ne spitalin e ri. Aty kemi pas 80 shtreter, dmth 40 meshkuj dhe 40 per femna. Por ka qen me ata standardet e dhomave. Kur kemi pas nevoj kemi shti edhe shtretna shtes. (Ne vend se 4 i kemi shti 6 me nje dhome) Gjithmon ka qen reparti plote. Tani eshte vozglue numri i shtreterve sa e di une.

Shtese:

Aftesimi porfesional i mjekeve. Tash ka seminare te shkurta. Atehere ne kemi pase 3-4 here ne vite neper seminare dhe symposume, ne Novi Sad. Symposium Opati. (Ne Lubljan, Sarajew, Novi Sad, et.) Kemi pas vazhdimesi ne vezhgimin e shkences se mjekesise. Tani shumica e mjekeve nuk shkojn me shume neper seminare, pasi ndoshta ata duhet me i mbulue shpenzimet vete.

Raportet ne mes mjekeve dhe pacientave kane qen shume te mira.

Sa isha drejtor kemi pas punkte shendetesore, por rreth 28 punkte shendetesore ne komunen e Prizrenit, ne Zhur, Hoqe, Lubishte, Gjonaj, Zym, Karashingjergj, Zhup, Ka Gjakova ne Pirane, Krushe, Hoqa e Madhe, ne qytetet e medha.

XI.I.ii. Dr. Xhemil Bytyçi

12.4.2011

Si ishte mundësia e mjekimit, shkollimit dhe furnizimi mjekësor në Kosovë?

Sa i përket punës, quhem Prof. Dr. Xhemi Bytyçi. Me perardhje nga një fshati në afërsi të Prizrenit që quhet Billushë. Shkollën fillore e kam në krye në Billushë, ndërsa shollën tërëvjeçare, dy vjetë e kam në krye në Hoqen e Qytetit. Pastaj është mbyllur shkolla tërëvjeçare në atë kohë më 1954, pastaj kam kaluar në Prizren për shkollimin e mëtejshëm. Kam vazhduar 2 vjetë të shkollës tërëvjeçare në Prizren, pastaj jam regjistruar në Gjimnaz, dmth më 1956, pastaj kam në krye edhe Gjimnazin. Ateherë ishte Gjimnazi Real në Prizren, dhe kam maturuar më 1961. Pastaj kam shkuar për të studjuar në Beograd. Vitin e kam jam detyruar për arsye të kushteve të ndërroj. Vitin e parë e kam në krye në stomatologji. Pastaj e kam dhanë provimin pranues dhe kam kaluar në mjekësinë e përgjithshme ku kam diplomuar më 1968 në Beograd. Këtu është një diskrepancë e dy viteve sepse pasi e kam në krye vitin e 3 të fakultetit, perseri jam kthyer në Stomatologji paralelisht me krye edhe Stomatologjinë. Çelimi kryesor ka qenë për të vazhduar edhe Stomatologjinë, sepse në atë kohë për të specializuar Kirurgjinë Estetike, ka qenë e nevojshme të nëkryhet edhe fakulteti i Stomatologjisë njëkohësisht edhe fakultetit i mjekësisë. Edhe kështu që kur e kam në krye, kur kam diplomuar në fakultetin e mjekësisë, njëkohësisht kam absolvuar në fakultetin e Stomatologjisë. Kështu që më kanë mbetur edhe 2-3 provime për të diplomuar edhe në Stomatologji. Pastaj jam kthyer për të vazhduar punën e mëtejshme në Prizren. Mirepo kushtet e atëherëshme kanë mbetur, që kam qenë i interesuar por nuk kanë ekzistuar kushtet, kështu që kam filluar të punoj si mjekë në Praksë të përgjithshme në Prizren. Më 1969/1970 kam qenë në vitin e repartit Infektiv të Spitalit në Prizren, ku e kam mbajtur një vit të plotë të rrethanës. Për këtë detyrë më ka emruar Dr. Dauti, i cili ka qenë një punëtor i hatashëm në atë kohë në Prizren, ngase ka ekzistuar një Disiplinë jashtëzakonisht e nivelit lartë dhe një respekt i mirësjellte në mes të mjekëve dhe personelit të atëherëshëm. Pasi kam punuar një vit në repartin Infektiv. Më kujtohet që kanë qenë disa epidemi të morbideve në atë kohë. Në repartin Infektiv ka pasë afër 70 shtretër, por për shkak të shpëstësive të pacientëve me smundje morbide, numri i pacientëve arinte deri në 120. Afër dyfish numri në krahasim me kapacitetin spitalorë. Kam qenë i vetmi në atë repart, mirepo më përkrarje nga disa mjekë të vjetër, se në atë kohë ka qenë nifar Dr. Dauti, Reshat Opoja Pediatër që i bente diagnozet për femijë, e pastaj një Internist Xhemat Hyseini i cili në repartin e Prizrenit të cilët e rastet e veçanta kam pasur edhe ndihmën e tyre, po se si mjeku i ri duhet më të mbështetë dikun që ka përvojë. Pasi që kryhet ajo fazë e një vitit të specializimit, pastaj kam vazhduar punën time si mjekë i praksës së përgjithshme në shtëpinë e shëndetit në Prizren, ku kam punuar edhe afër 3 vjetë. Në vitin 1972, më 14 Mars 1972 ka shpërthyer Lija (Variola Vera) unë kam qenë një prej mjekëve që kam pasë kontakt direkt me të smuret që i kanë sjellë nga një fshat në afërsi të Rahovecit. I kam pranuar ata dy të smuret, dhe i kam dërguar në repartin Infektiv për të izoluar ata të smuar nga rrethi më mëtejshëm, ashtu që më ditën e nesërme jam futur në karantin, pasi kam pasë kontakt e parë me ata pacientët. Diagnoza imë ka qenë Rubeola, që Rubeola është në grupin e këtyre smundjeve. Kam guxuar të shkruaj Variola, sepse në moment kur të shkruan të atë diagnozë, duhet patjetër të bëhet edhe ekzaminimi sterolegjik për Variolë edhe atëherë mundesh, edhe njëkohësisht nëse e shkruan të atë Diagnozë Variola duhet të informohet enti i Shëndetësisë Botërore për të ditur se cka ka.

Nesër pastaj kanë ardhë nga Beogradi më ajrlloptër e kanë marrë gjakun dhe dikur ka ora 8-9 në mëbrëmje është verifikuar diagnoza për atë që i kam dërguar pacientët atje. Por ka qenë

diagnoza e verifikume ne mendjen time dhe nga Literatura se ka te bej per nje Variole, mirepo per shkaqe teknike nuk kam guzuar ta shkruje une ate Variole mirepo ne konzulltim me kolegut te cilve ju kam referue qe ka te bej per ni Variole e cila u vertetue ne te nesermen me Analize Stereologjike. Pas 17dite ne karanten, dmth para vdekjes, dmth tu nderue fatit dhe imunitetit qe kam patur shaki vaksinimit gjat femirise i cili me ka ndihmuar. Me kujtohet si sote se 10here jam vaksinue po asnje vaksin nuk ka u zan, nuk u zan sepse e kam pas nje imunitet dhe ajo ka qen e vetmja gje qe me ka shpetuar. Masi kam dale prej karantines e kam vazhdue punen menjehere ne rajonin e Prizrenit, sepse u nevoit te vaksinohen dhe te merren masa preventive tek fshatrat. Pastaj kam punue ne praksen e pergjithshme ne shtepine e shendetit. Me 1973 ishte kerkesa ne fakultetin e mjekesise ne Prishtine, ku e kerkuen nje kandidat qe te vazhdonten specializimin ne Urologji, qe e pranova. Qe keshtu prej 7.Mai 1973 kam kaluar ne Prishtine, ne fakultetin e mjekesise te asaj kohe dhe e kam nkrye specializimin nga dega e Urologjise pas 3 vjete kam shkue (mbas dy viteve faktikisht) kam qen ne specializim ne Qendren Klinike Univerzitare te Rebro ne Zagreb ku i kam nkrye edhe studimet postuniverzitare te Magjistratures edhe specializimin e Urologjise. Keshtu qe me 1977 e kam nkrye specializimin e Urologjise dhe kam kthye ne fakultetin e Prishtines, ku deri me 2006 kam punua dhe jam pensionuar. Ne Prizren kam punuar vetem 5 vite. Ne ate kohe ka pase mjeke. Merita ma e madhe eshte e Dr. Daut Mustafes, i cili ne ate kohe ka mundesuar inkuadrimin e kuadrave Shqiptare, se deri ne ate kohe kane qen kuadrat Serbe kryesisht. Duhet te permendet Dr. Dauti si themelues (duajen) i mjekesise Kosovare i cili ka punuar me nje perkushtim jashtezakonisht te madh per popullaten e Prizrenit. Se ne ate kohe mu me kujtohet qe nje smundje jashtezakonishte e rende dhe e shpeshte ka qen Tuberkullozi ne Prizren dhe rajonin e saj. Ajo eshte konsteluar sidomos nga standardi i ulet i popullates sone te asaj kohe. Pastaj edhe doket edhe zakonet e asaj kohe kane qen se te gjithë anetaret e nje familje jane ushqyer ne sofer prej nje pjate, keshtu qe Tuberkullozi si i till, si smundje ngjitesë, eshte barte te familjaret, qe keshtu ende ne keto dite ekziston Tuberkullozi te ne, por eshte ne nivel teper te ulet. Ne ate kohe me kujtohet qe Dr. Dauti, ka pase punuar me nje angazhim tejet te larte me nje Spital te improvizuar, nje shtepi private, kur ende mund te shifen shejat, afer spitalit te vjeter, afer Bistrices poshte ne Tabahane. Ne anen e kunderte eshte, aty mundesh me pa, eshte nje shtepi me dru e me do qekica dhe mundesh me be Fotokopje dhe Fotografi me do shtepia te vjetra. Por e kane prishe tani. Aty ka qen nje Stacionar dmth si lloj Dispanzer apo Spital i atehershem per Tuberkulloze ku ka punuar Dr. Dauti. Perveq Dr. Dautit duhet te permendet edhe nje mjeke tjeter, qe ka shume rendesi per Spitalin e Prizreni, ka qen Dr. Luciano Motroni (Dr. Italiani) i cili gjate luftes te fashizmit ka punue ne Prizren si mjeke. Mirepo pas lufte nacionalqirimtare dhe terheqjes se fashistve vendosi Dr. Motroni te kthehet ne Prizren dhe te punoj si mjeke, Kirurg, se ai ka qen i vetmi ne ate kohe ne regionin e Kosoves si kirurg. Ka punue deri ne vitet 1980a, ashtu me kujtohet. Edhe se ka dal ne pension gjat viteve 1970a. Me kujtohet qe si student i mjekesise pjesen e praktikës kirurgjikale e kam be te Dr. Motroni, ne spitalin e vjeter, prane Bistrices. Keshtu qe 2muje kam qen ne rradh atje dhe gjat dy viteve rrafqe kam qen ne kirugji, se qysh me kohe kam qen i orientum per dege kirugjikale atehere.

Keshtu qe Dr. Motroni perveq se qe e nkrynte kirugjine, se atehere ne ate kohe nuk ka patur ase gjinekolog, ai i nkrynte edhe operacionet e gjinekologjise, te spitali ne sekcion per lindjet e femijve. Punonte edhe smundjet e gurve ne veshke ose ne shfisjen urinale (ureter), se atehere nuk ka pas edhe Urolog, se asgje nuk ka pase tjeter perveq Kirugjise. Keshtu qe Dr. Motroni e mbulonte tere teritorin e Dukagjinit, dmth vishin njerzit nga Peja, Gjakova dhe tere Dukagjini ne Prizren per te u oparuar. Ai ka punaur dmth ne repartin e vjeter te Kirugjise, i cili ka qen te Bistrica. Keshtu qe e ka pase syber (kapigjik) pertej repartit, qe shpeshhere ka shkue me i pa pacientet edhe me pygjama prej shtepise se vete. Ka qen nje njeri i mrekullueshem, i cili historikun e Prizrenit e ka njfot ma mire se nje qytetar i Prizrenit

i cili eshte rrite ketu edhe e ka vepruar dhe preferue jeten ne Prizren. Ka qen shume i leshuar mas prizrenit, se e ka dasht Prizrenin si te till. Perveq Dr. Motronit duhet te permenden se Gjinekologet e pare edhe Pediatret e pare ka qen Dr. Reshat Opoja i cili ka qen nje veprimtar shume i mire edhe nje kuader dhe Pediatere shume i afte. Pastaj ka qen prej Pediatrave Dr. (emri nuk ju kujtue)

Gjinekolog ka qen Dr. Ramiz Krasniqi, prej 1954/55 kur e ka nkrye. Gjinekolog ka qen prej 1974/75 ne Spital te Prizrenit. Edhe keshtu qe deri me 1980a kur ka vdek Ramiz Krasniqi. Duhet te permendim edhe nje prej Kirurgve Shqiptar, qe ka qen dhe ka punuar bukur kohe, eshte Prof. Dr. Muhamet Guguli. Ne ate kohe Dr. Guguli ka punuar ne Prizren deri ne vitet 1975/76 ne Prizren, dhe pastaj eshte transferue ne Prishtine, ne repartin e Kirurgjise (Dorakale?) i cili eshte pensionuar disa vete para meje.

Pastaj, pas atyne viteve kane ardh edhe, si Internisti Dr. Koçinaj, nga Vermica, i cili ka punuar deri ne vitet 1974 kur ka ardh ne Prishtine ne Klinikene Interne. Eshte nje Internist jashtezakonisht i mire. Mandej ka qen nje Pediatere Dr. Ramadani, i cili ka punuar ne Prizren deri kur u transferua ne Prishtine shkaki mundesive te arsimimit, i cili u pensionuar ketu. Pastaj duhet te permendet nje prej rrentgentologeve qe ka qen aty, Dr. Eshref Biçaku deri 1972/73, shkaki nevojave kuadrovike vjen ne Prishtine. Ka punuar ne fakultetin e mjekesise. Pastaj Dr. Masar Gashi, me 1975/76 ka ardhur prej Prizrenit ne Prishtine, dhe ka vazhduer ketu si Internist specializimin. Keshtu qe kemi pase mjaft kuadra ne ate kohe. Mirepo qe kuadrat qe ja fillaun me u zevendesue nga kuadrat e ree. 1972/73 kemi pase kuadrat e ree ne Prishtine. Deri ne vitet 1990a nuk kemi pase kuadra per specializim, se nuk kemi patur kuadra. Per ate u desht te shkojn ne vende tjera si Beograd, Sarajeve, Lubljan apo Zagreb per me be specializimin. Mirepo prej viteve 1978/79 fillojm me u be si kuader. Me 1993/94 ne debuan nga Klinikat e Prishtines, mirepo e kemi majte ne ate kohe fakultetin e mjekesise ne Prishtine. Ne ato koha jashtezakonisht te renda, dmth ka punue mjekesia ne menyre paralele. Dr. Jelldeze ka qen Gjinekologe ne kohen kur e kam perfundua specializimin, dhe pastaj kane ardh gjeneratet e ree. Pastaj ka qen Dr. Idajet Lutfiu, Kirurg i cili deri ne pensionimin e tij ka punue ne Prizren. Pastaj duhet te permendet edhe Dr. Iljaz Besimi, pastaj nje kusherin i tij Pediatere, Dr. Sherip Besimi dhe ende punon Pediatere privat. Pastaj Rentgenologve qe ka punue ne Spital ne ate kohe qe ka qen na Recani, Dr. Emrush Sagdati, me cilin kam bashkepunue gjat viteve 1990a. Pastaj me kuadrat te reja nuk kam qen ne kontakt, pasi kam punue ne Prishtine.

Puna Spitalore ka qen e organizuar mire aty, mirepo puna ambullantore per kuadrat mjekesore neper fshatrat ka qen shume e rende. E kemi patur per detyr nga Dr. Dauti qe ne cdo fshat nje here ne jave te shkonte mjeku. Me kujtohet mu ne ate kohe qe shkojshe neper fshatra. Ose ne kambe ose ne kali. E bishin kalin ne kohen e caktume dhe shkojshe me kali deri ne fshat. Infrastruktur nuk ka pase. Krejte rruga ka qen lloqe, pa shtromje dhe asfalt. Ka pase fshatra deri 4 ore rruge per me shkue ne fshat me kali ose ne kemb.

Me kujtohet nje raste qe ka qen shume interesant Ka qen dite Bajrami, ne dimer, ftoht, dikur ne Fror, dhe u dujke me shkue ne nje fshat ner Cylenin. Vjen nje njeri e bjere kalin te mullin, dhe i hypi kalit e nisem per rruge. Ai me thot nisu ti ngadal se une do vije me ngadal permas, sepse me ngadal eci dhe jam i semuar pakes. Nisem me kali, dhe po e shof qe nuk po mundet me me njeke, dhe e pres. Dr. thot nisu ti se une vije ngadal mbrapa. Pacienti ka qen i semur nga frymemarrja dhe zemra. Ai ne kali dhe une ne kemb merrim ne ate fshat.

Vaksinimet kane qen ne kohet e caktuara, e merrshim rrolin e mjekut, per ti nkrye vaksinimet ne gjith regjionin e Prizrenit dhe ne krejte fshatrat e Prizrenit ne vjeshte dhe ne sezonin e pranveres. Per te nkrye nje pune ose detyre u desht me shkue me kerr te kuajve per me nkrye punen. Sot eshte pamundshme me be ate. Atehere e kemi pase per detyre per popullin tone te asaj kohe, pasi kemi qen te edukuar ne nje fryme te humanizmit. Ka qen shume nje pune e perkushtume. Jemi marre me lami te ndryshme.

Mjeke nuk kemi pase te mjaftueshem. Ka pase shume pake mjeke. Veç gjat viteve 1980a ka fillue kuadra e re. Ka pase mjeke qe e kane nkrye specializimin e jashte. Sot eshte munges e kushteve se mjeke kemi tani mjaftueshme.

Kushtet materiale kane qen te dobta. Mirepo nje gje qe ka qen shume e volitshme dhe e mire eshte qe popullata ka qen e mbrojtur me sigurime shendetesore. Se ne ate kohe, perveq sigurimit shendetesore qe ka qen sigurimi primar, punetoret kann qen te punesuem ne teresi, atehere i kane pase sigurimet e veta qe fondi per sigurim social te gjitha shpenzime mjekesore ai i ka mbuluar. Pastaj te ata te cilet nuk kann patur sigurim social, per ata eshte formuar Fondi per Sherimin e Bujqve (Fondi Bujqesor). Kjo ka qen ne vitet 1972/73, edhe se prej mesit 1960a ka pase kesi sigurim, pasi edhe une kam perfituar me keto sigurim. Deri ne vitin 1990a ka funcionue ky fond.

Prej cfare kohe ka fillue ndertimi i infrastruktures se fshatratve?

Ne vitin 1969/70 ishte nje kerkese nga Gjermania qe kerkonin punetore nga Kosove. Ata kerkonin nje qertifitake shendetesore. Atehere kane shkue njerzit tane me te madhe ne Gjermani dhe Zvicerr. Ne ata kohe kane jetua me standrade te ulta, por kane pase fitime edhe gjithe ata fitime qe i kane be ne GJ dhe CH, i kane sjelle, ne Kosove. I kane pa edhe ndryshimet atje, dhe jane vetedisue per infrastrukturen dhe pastertine. Ja ka fillue ndryshimi i Arkitektures.

Me heret kane qen shtepiat me dhe me rogozhde (nje tube prej fijeve te theknes, si form te shtratit, dhe ne mengjes rrotullohet dhe ruhet ne qoshe. Ne mbrembe shtrohet ne toke, dhe ne toke kane fjetje.) Ose e nda dhomen ne gjyse me dru dhe e kane shtrua rogozhden aty per te fjetur.

Edhe pastertia ka qen ne nivelin e ulet sepse vetedisimi ka munguar, pasi analfebitizmi ka qen shume i nalt gjat asaj kohe. Keshtu qe nuk ka pase zhvillim deri ne vitete e 1970a. Gjat viteve 1970a eshte ndertue Kosova me Arkitektur te re. Sidomos fshatrat prej viteve 1975/76 kane ndertue me nivel te duhur, se kane pa dhe kane verejt. Edhe mundesit jane plotesue. Por pastaj lindi nje kontradite, sepse ata e kane terhek edhe familjen, dhe prandaj te ardhurat nga shtetet e huaja kane ra, pasi nuk i kane mundesit ne dy vende me i plotesue kushtet. Jane te ardhurat e kufizume. Ne vitete 1970a ka qen standardi shume i ulet.

Rruga nuk ka qen e asfaltume kur kam shkue ne Beograd. Ajo eshte asfaltue me 1963-65. Me 1963/64 ka arritur edhe Treni ne Prizren, dhe pastaj kemi udhtue me Tren. Treni ka punuar deri ne kohen e luftes, dhe nuk punon tani me.

Mundesia e paisjeve 1960-80?

Kane qen ne menyre klasike. Me shume me duer kemi punar ose me rrentgen. Se Ultrazani ka dal ne vitet 1980a. Sonografia e pare ka ardh ne Prishtine ne Gjinekologji 1978/79, se ne Prizren nuk ka pase. Rrentgene te ndryshme kemi be. Mjetet primare kane qen Gishtat dhe mendimet e mjekeve. Keshillim. Rastet e renda jane derguar ne Beograd, Zagreb etj. Kane punue ne kushtet jashtezakonisht te uleta te asaj kohes. Kane qen paisjet klasike, rrentgeni i thjeshte dhe me kontrast. Por puna ka qen shume efektive.

Vizitat ne fshatra jan be njehere ne fshat. Ka pase nje teknike, por ne Billushe nuk ka pase shume vone. Jane detyraur njerzit qe te shkojn per nje injekcion ne Hoqe.

Kam punuar ne Hoqen e Qytetit, ne Zhur kam punuar ne gjithat fshatrat e mudshme. Me 1971/72 kur u perhap ne Vermice smundja e TIFOS, prej Prizrenit kam shkuar per cdo dite ne Zhur per me i vizituar pacientet. Per 4 muaj.

Cfare smundje kane qen si lloje epidemike??

Si lloje epidemike kane qen ata si shkake te nivelit te higjienes neper fshatra. Neper fshatra me se tepermi kane qen epidemit e MORBIDEVE, kolli keq, sidomos femijte. Mirepo

vaksinimet kane qen ne nivelt, se afer 90% e popullates kane qe e perfshime ne vaksiminin e fshatrave. Ka qen shume i sukseshem.

Me kujtohet nje raste i nje femiut qe ishte ne raste vdekje ne spital, dhe u deshte me i dhan frymemarrje. E ben terapine ja 10 dite ne spital dhe leshohet. Eshte nje kenaqesi qe njerzit kesi gjera nuk i harroj. Shkoj ne nje vizite shtepiake ne vitete 1979, se punojsha si specialist ne Spital. Bena nje vizite shtepiake te nje Ashkali. E shoh nje femije te lujte aty ne oborr me top, ne moshen 7-8vjeçar dhe babai i tije me pyet „Dr. a po e nje ketje femije?“ Cka po die une, kush eshte ky femije! Thote, nuk po e njef, po ti thot sigurisht ti nuk e nje, veq na te njofim. A te kujtohet qe i ke dhan frym ketij femije. Atehere mu kujtua edhe mu, dhe thash qe ka qen ne gjendje shume te rende. Dhe me thote qe fal teje, ky femije sot eshte ne kemb. Ishte nje lloje kenaqesi per mu.

Me ka ndodh nje rast qe ne Infektologji nje grue me Hepatitis ka ardh ne kontroll dhe ne ate moment lind femijen. Te nesermen vjen burri i saj dhe me kerkon qe ta ve emrin tem femijs tij. Merre i thash me gjith qejf mundesh me ja vu. Kesi raste e bejn mjekesine te ndihemi mjeke dhe te shohim nderimin.

XI.I.iii. Dr. Sherip Besimin

11.Jänner 2011

1. Sa vjete keni qen mjeke dhe cfare specializimi keni patur?

Pediater kam qen dhe kam punue 27 vite me dy mjeke tjer. Pioniri i Pediatrie eshte Dr. Reshat Opoja qen ka qen diku prej Vitit 1958 Pediater. E ka nkry dikur me 1957 Pediatrie dhe me 1960 ka Diplomu dhe u ka specializu. Ne Zagreb e ka nkrye ai specializimin ku edhe mu ma ka gjet banesen atje, prej vitit 1957 kur ja fillova une studimeve ne Zagreb dhe ai u kthye si mjeke. Dmth une qe 45 vite e bej kete profesion. Me 1965 e kam nkry ne fakultet ne Zagreb Pediatrie. Me 1971/72 kam qen ne Magjistrature ne Zagreb. Per shkak qeshtjeve familjare mu desht me u kthye dhe me vazhdue specializimin ne Shkup. Me Dr. Opojen kam punue prej vitit 1970 deri kur ka shkue ne penzion, deri kur i ka be 65 vjete. Kemi qen 3 Pediater, te cilet kemi pasur me shume se 100 shtretna ne mbishikim ne repartin tone. Deri 130 dhe 150 ne kohet me te mira. Pasi e perfundojshim punen aty e kishim nderrimin tjetër. Ne boksine e posalindureve aty nuk kishte ase Pediater, jo (Neonatolog per femije sapolindur) por ase Pediater dhe ne e mbikqyrshim me nderrim 10ditesh (10 dite une, 10 dite Shefqeti dhe 10 dite Taulati) e shoqojshim. Cdo mbrembje viziten e bejshim patjeter cka ka lind prej sonte ne mbrembje deri neser ne mbrembje. Per rastet urgjente e kemi pase te ashtuquajtur gadishmerine, dmth ne cdofare kohe e kemi pase te detyrueshme edhe ne Pediatri por edhe ne Neonatologji dhe ate e nkryshim siq e thash nga 10dite secili prej nesh. Edhe qysh aty kemi punue ne si Pediater, ne Dispanzer ska pase, per Shqiptar po flas qe nuk ka pase. Ni far Shefqeti ka punue pakes ne Prizen dhe pastaj shkoj ne Prishtine, qe e ka nkrye ni vjete para meje, me 1964 posashtu ne Zagreb. Mysreti ka qen Profesor i fiziologjise. Edhe ai e ka nkrye Pediatrie dhe ka punue pakes ne Has edhe ka shkue ne Prishtine, keshtu qe na te tre kemi punue bashke 27 vjete.

Ja cilat te tanat i kemi nkrye. Punet e repartit pranim, dorezim, vizit dhe shiqim si dhe punet e sherbimeve specialialistike ne Dispanzer, si pershembull dhomat i nderrojshim cdo muaj, secili qe e ka te veten, edhe aty e kisha viziten deri ne ora 11 dhe pastaj u desht me shkue prej ores 11 deri ne ora 14 ne Dispanzer, ku dy ore i kishem sherbimin specialistik edhe ni ore keshillimoren Ne mbrembje u desht me shkue me i vizitue femijte e lindur gjat dites. Prej 1974 jam be specialist, prej atehere i kam pase edhe keshilloret dhe kam punue deri 1992. Ne vitet 1980a ka dal plaga e re, dmth mjeket e ri. Ata pas fazes se studimeve por gjithashtu

edhe per qeshtjen e specializimit, kane kalue te gjith neper duart tona, te ne te treve deri ne fillim te viteve 1980a kur ka pas pastaj edhe me shume mjeke per Pediatri. Prej 1978-80 ka pase mjaft pediatra, por deri atehere kemi qen vetem ne tre qe i kemi nkrye krejte keto pune qe ju tregova deri tani. Mbas vitit 1980 ka mjaft, sot ka 40 Pediatra ne Prizren me rrethin e tij.

Perpara na i kemi kqyr edhe Gastroterekolitet (Diaret). Nuk i pranonte Infektologu (ka vdek edhe ai). Asnje rast qe nuk ka qen i sigurt nuk e pranonte, ja qoni per Prishtine te jeton ja mos i qoni. Nuk deshti me pas vdekshmeri te madhe, keshtu qe une skisha cka me be, se shok e kishem, edhe se ata dy tjeret kiamet e bejshin. Ata u perlajshin ne mes vete, por si Hasjan, njani ja mbante krahun tjetrit.

Prizrenasi eshte ma Jaudi se Jaudiu, se kur e ka pa Jaudiu Prizrenasin qe po e mat vezen sa po peshon, ka than kuku per mu...

2. Ku jan ba specializimet?

Specializimet jan be jasht Kosove. Ne Shkup deri me 1969 deri kur u hap fakulteti ne gjuhen Shqipe ne Prishtine, 7 vjete ka qen mesatarishte. Kam qen deputet krahinor per shendetesi, kam qen Kryetar i Kuvendit Shendetesor per Kosoven. Gjashte vite, 4 vite per vete dhe dy vite si zevendesim per nje tjetër. Edhe atehere e kemi be planprogramin me zhvillue tere rrjetin shendetsore, sidomos une per femije. Thojsha qe kur do te vjen koha qe cdo fshat i jone qe te ket nje mjeke, qe u be gati ose ka zen me u be tani. Por nuk e bejn punen siq duhet, pasi 150Euro rroge nuk ju doken shume. Edhe tani me 300Euro ende ka ankesa. Une ashtu kam punue dhe kam jetue. Ata tani krejte jan ne Spital te qytetit. Atehere u be Spezializimi ne Beograd, Zagreb, Lubljan, Shkup. U desht me i pase me se pakti tre Profesora per te krijue komisionin per Provimin. Prej viteve 1980a kane mujte me be specializime edhe ne Kosove.

3. Si ka qen spilati i pajisur me mjete??

Kemi pase aparatoren shume te mire, per shume analiza i ka pase spitali atehere, por edhe tash i ka.

Nuk kemi pase laborator. Per shume analiza ka pas spitale atehere. Biokimin, kemi pase edhe biokimistra, por shkuen ne Prishtine. Prishtina u jepte mundesi me shume, me 1969 shkuen ne Prishtine, shumica e tyne. Dy biokimistria kane bashkepunue. Mirepo renditjen e kemi pas, mandej EKG, Gastroskopin e ka pas Dr. Bakiu, por me vone dicka, per atehere po flas, deri ne vitet 80va. Qatehere repartet e kemi pase EKGne per femije, laboratorin posht e kemi pas. Mes specializimit e kemi be konsulltimet me ta. Mire po jo gjithcka, por vetem per disa analiza, per tjerat i qojshim ne Prishtina, e dika tjetër Citologjia, edhe sot nuk i bejn e me leje atehere.

4. Cfare barna keni perdor, dhe ne cfare kualiteti kane qen ata?

Barnat edhe sot qe perdoren ne Kosove i marrim prej vendeve tjera, si Beogradit e Shkupit, Turqise etj. Ka pas bar qe u prodhojshin ne ish-Jugosllavi. Ka pas barna kualitative. Nuk jan sott e keqia por jan shume te shtrejta. Shumica nga Turqia dhe Greqia, dhe nga Beogradi nuk po marrin barna. Edhe nga Zagrebi po jan shume te shtrejta.

5. Pas mendimit juaj. A kann vizitue njerzit me shume mjeke apo jan marre me mjekim shtepiake, dmth a jan mundue me i sherue femijte ne shtepi para se me i pru te mjeku, dhe ne cfare menyra dhe si?

Na jemi mundue me tonen. Ka pas sherbimi jon, enti hingjjenik, ka pase qe shkojshin neper fshatna me nje far Autopalati, dhe ju tregojshin filma te ndryshme dhe smundje te ndryshme. E dmth ni propagand kullturore edukative shendetesore. A perndryshe, ata i kane majte vone femijte, sidomos fshatrat qe e din arsimimin si e kemi, sidomos kushtet ekonomike-sociale dhe epidemike-higjienike edhe se arsimimi shendetesor i dobte. Dmth

femijte me shume vone jan ardh me kqyr te ne, edhe prandaj ka qen vdekshmeria ma e madhe edhe smundshmeria ne fshtart qe i kam vizitu.

Une kur kam fillue me punue, ka qen mbi 100 mortaliteti te femijet me 1965, mandej u zbrit deri me vitet 1980a-90 deri diku 30-40 femije ne 1000 te lindur. Por tash merre me mend qe ende qe tash e kemi Neonatolog, ate pune e kemi nkrye na Pediatrit dhe nuk eshte ni soj. Ne barieren e mbrojtjes e pare eshte Neonatologu, qe kur lind femija. E dime punen ma mire se cdo Neanotolog qe punon tani, gjithashtu edhe djali ime, edhe se ne i kemi pase kushtet ma ndryshe atehere. Edhe Animini ka mungue ne ate drejtim por sot eshte ma i varfun. 25 vjete une i kam kqyr ata femije qe kane lindur me te dy koleget e mi, pasi e kemi patur me vizitue boksen e teposalindureve.

6. Cfare dini per mjekesine popullore?

Mundem me than qe shume pake perdoret tash. Ne fillimin e mjekesise dhe shkumjen neper fshatra, prej vitit 1965, vet kur ja kam nise me punue, mjeksia popullore ka zan me u vozglue edhe mos me ju besue me ne krahasim me mjekun. E ka zevendesue shume shpejte mjekesine popullore ajo mjekesia shtetenore (shkencore). Megjith qe ka hala raste qe shkojn te njerze te till, por nuk ju besojn ketyne.

7. Kam ndegjue per raste qe kann lind neper shtepia. Pse ka ndodh ky fenomen i lindjeve neper shtepia ne pergjithsi?

Arsyeja eshte qe nuk ka maryfet, si per shembull „Qysh me u shplue gruja para nje mjekut.“ Me kujtohet nje rast me 1965 (shtator) kur erdh nje grue nga nje fshat te Prizrenit per me marr kerrin me shkue me lind. Kur hyn ne ambulancat une e pash qe koka e femijes po del, edhe ai i ati nuk po me len me hy mbrapa. Me tha ku po don me hy ti? I thash qe jam staz ne Prizren, ne Gjinekologji. Edhe ai s'me la s'me la, edhe i thash qe ka me te lind femija sa te dalish qaty ne pazhik. Edhe ashtu u be, i ka lind femija ne gjysem te rruges. Mirepo kemi pase Mami edhe atehere me 1965 ne (Vranik). Por vend i vogel i mbrapametun jemi. Pak a shume pa nivel. Por kemi pase Mami e cila nuk ka qen pala cfare Mamie por cfaredo koft e ka be punen e saj. Edhe shkojke neper fshatra per vaksinime, per shiqime sistematike edhe aty mbajshin tema te ndryshe dhe biseda se siq duhet me i que femijte tan neper shkolla te mesme, farmazik e krejte e krejte, ne menyre qe mos te na vijne prej Beogradit ose me shkue me na i que ata mjeket qe nuk vyjne gja me na cakatue krejte.

Njehere na erdh ne teknik. Edhe erdh nje pis millet si i thojm ne. Tekniqari ka qen i mire dhe ai ja rreh pulpen per me i dhan injekcionin dhe me ja ule dhimten pacientes. Ja ngjet teknikut per fyti, dhe i thot qe nuk guxojshe me dal perjashta. Shkon kjo qeshtje deri ne seancen e Komunes. Ajo me te vertet nuk ka qen kurgje. Ku mundesh me ja be grues huj ashtu kur kann qen 5-6veta. Dmth qellimi i mjekut nuk ishte i keq. Qellimi ka qen pastaj me ju than njerzeve qe coni vajzat e juja neper shkolla te larta, sidomos ne mjekesi dhe atehere ne te prekin vidhet e grave tuaja vajzat e jo mashkujt. Atehere ai njeri u terhek dhe i kerkoj falje, dhe tha qe kam gabue. Nuk e ka len me dal prej shtepie deri kur u sqarue kjo pune. Mirepo kohe pas kohe ka ndryshue edhe vetedisimi edhe njerzit kane ardh me shume te mjeku.

8. Vizitat neper fshatra a kane pase nje rregull?

Kane pase punkte, sikur tani. Edhe une ne kohen time jam dergue. Une kam qen ne Suharek dhe kam punue 3 vjete. Djali i axhes tim Dr. Iliazi, eshte ma i moqem se une, por e ka nkrye me vone se une mjekesine dhe ka qen 5 vjete ne Zym. Kane pase ambulancat, edhe per rast te fshatit njerzit kane shkue. Edhe tash ashtu eshte, pasi djali im shkon ne Veleshte, neser ne Has ne disa vende. Prej 1965 kann ekzistue edhe marrveshjet kur u beheshin sistematizimin e vendeve me punkte per me ja u afrue mjekesine popullates sa me shume. Dmth per veq kushteve hingjenologjike qe i ben kuvendi, jan tri sende. Nje qe i takon shtretit, tjetra diagnostikes, tjetra terapise, tjetra rehabilitimin edhe afirmimi. Keshtu qe popullata ne te

vetedisohet. Me te vertet nuk ka ma asi raste qe ja len zotit. E ka be zoti dhe zoti e ka marr. Kane qen Serbet ketu, por puna u kane mire ne ate drejtim. Shkolla edhe mjekesia kane qen mire, por mundesite dhe te drejtat kane qen te kufizume, per me pase me teper mjeke. Na e kemi pase qellimin qe popullin tane ne ta mjekojn mjeket tane. Cka po kerkon naj mjeke nga vendi tjetër me ardh te na, pasi e kam mundesine me be mjekun tim. „Mjeku i yne, per popullin tane.“

9. Ne cfare niveli ka qen vdekshmeria te femijte. Ne lamite tuaj.

Vdekshmeria ka qen shume e madhe. Ka qen e madhe per shkak te gjith atyne kushteve hingjenik-epidemilogjike, kerkund kanallizime, kerkun uje te pishem, arsimimi shendetesore ka qen i dobte, propaganda shendetesore pakes ma e vogel, te gjithat kane ndikue qe vdekshmeria te jete shume ma e madhe, sidomos ne tri ose kater fluksa. Te ne nje kohe te gjat na dominu barkeqitjet (Diarem), te lehta, mesatare edhe toksikoze (edhe shume zoksikoze kemi pas). Diku me 1970-1975 ishte nje mjeke i ndishem shume i kane vdek 5-6 femije, dhe po qan si femije. E pyeta cka ka, me tha qe me kane vdek disa femije, edhe mu me kane vdek i thash, s'kam cka me be. Se vone e kane pru me. Duhet profalaga atje te jete ne vend, qe ta bien sa ma heret. Vdekshmeria ka qen nga Diarema, nga Helmimet, traumatizmi dhe jopastertia. Edhe sot eshte, por eshte vozglue shume nga Diarema, nga frymmarrja eshte tani ma mire.

Kam qen 10-12 vjete kryetari i komisionit per mjekim jasht Kosoves. Kam qen edhe kryetar prej mjekime jasht Prizrenit. Atehere 65-70% jan mjekue ne Prizren, edhe sot mundem me than eshte e njejta, e tjeret dergohen per vende tjera. Sot me qen mjeke eshte ndryshe se une kur kam qen me 1965. Shume sende ndikojn si kompjuterizimi dhe dijenia me e madhe qe e ka tani. (Ne gazeten Prizreni ka shume materiale per kohen). Kam be mbi 50 punime, dhe kam marr pjese ne shume vende. I kam krejte librat, por nuk di ku mundem me i gjet. Kam mledh edhe revistat qe u publikojshin ne Prishtine, Prizren e Nish. Edhe kam pase punime te mia te publikuar atje.

10. Ne cfare gjendje kane qen spitalet ne Prizren dhe per cilat smundje kemi pas raparte.

Ka pas per Interno, Kirugji, Gjinekologji, Infektiva, Neuropsikiatria, Pediatria, Neunatalogji, Reparti i Syve, Reparti i ORL, Pneumokirugjia per TBC (kjo ka qen e para pastaj Interna etj.), Dermotologjia por nuk ka pase shume pacienta.

Nese ka pas infektive te renda te lekures, ata jan dergue ne vende tjera ku kane pase mundesin me u trajtue me mire se ne Prizren.

Numri i lindjeve prej 1965 ka qen me i madh ne Spitale se sot cka eshte. Jo qe po lindin me pak ose neper shtepi, por tash ka punkte neper vende tjera si Rahovec, Suharek, Dragash dhe per ate arsye numri i lindjeve ne Prizren ka ra. Rastet e lindjeve i nkryjn ata vete ne punktet e rea. Atehere ka qen lindja mesatar 4.000-6.000 ne vjete, ne Prizren. Dmth qaj besimi ka qen edhe me 1965, dhe njerzit kane ardh me i be lindjet ne spitale. Kane ardh per me lind shume. Prej 1970 kam qe i specializum dhe atehere kemi pase 4.000-5.000 lindje ne vite ne Spital te Prizrenit, se atehere nuk ka pas ase Rahoveci, as Suhareka spital per lindje, prandaj u desht me ardh te ne.

Pneumokirugjia e ka pas edhe dispanzerin per TBC edhe per semundje tjera primenale, edhe kane pase Rentgena qe eshte ma me rendesi me pas. Per gjitha repartet te duhet rentgeni patjeter. Kemi pas edhe ne Gjinekologji por u prish dhe nuk u nreq me. Kane pas paisjet mesatare por jo ne asi soj si sot. Sot i kane privatekinet paisjet me te mire se vete enti shendetesor. Edhe me i pas shume pake po i perdorin. Ne kohen e sotit mjeket shofin interesin e vete, dhe psh e prish rrentgenin per nevojat e veta, pasi i merr pjese me i perdor ne Ordinancen private te vet. Pastaj e thirr pacientin ne shtepi me i ardh qe koshte 20-30Euro.

Atehere ka mund me u be diagnosticimi deri me 70% te ne.

11. Përfersisht sa ishte numri i personelit në Spital gjat kohës juaj?

Në Pediatri kemi qenë 3 mjekë dhe afërsisht 30 motra medicinale dhe disa teknikë. Te raportet tjera nuk i di, përveç Dr. Dautin, Dr. Jagxhiun etj. Për TBC ka pasur shumë.

12. Sa vizita në vit i keni pasur në Pediatri në Spital.

3000-4000 vizita në vitë i kemi pasur. Ka 10 mesatarisht në ditë i kemi pasur. Ka pasur mjaftueshëm. Kemi pasur mbi 130 shtretë dhe tani i kemi 40. Kjo tregon që mjekimi jashtë spitalit është rritur shumë. Janë 12 pediater tani me 40 shtretë në krahasim me 130 shtretë me 3 mjekë.

XI.I.iv. Dr. Idajet Lutfiu

12.April.2011

1. Përvojë pune dhe vehtirsitet?

Erdhë Ramadan Bala më pruni drejtorin, një njeri që i ka vdekë djali i vllaut. Ka vdekë në pacientë në repart edhe erdhën ata për më pyet drejtori Iljaz Besimi, qysh ka mundet të më vdekë? Thashë këtu ka 100 rrugë qysh ka mundet më vdekë. Thashë për tjetër këtu ka qenë aty, në farë Dr. Sulltani unë kam qenë në Shqipëri në atë kohë më një ekip. Unë nuk jam kurrë këtu, për qysh ka mundet më vdekë, ai për më pyet si shef, sikur të qysh për më pyesësh. Unë ja tregova atë gjërat nga mjekësia, se ka vdekë prej këtyre e prej këtyre. Kur qaj që ka ardhë më drejtor e kish për një qfarë radio sikur të që e ke në brendë, dhe kërket ato fjalët e mia i ka inqizur. Këtu i ka marrë drejtori do shënime edhe shkon. Ska shkruar sy javë ditë për më thirr më gjyqetari hetues, në qfarë Sharip Duja.

Tha hec Doktor, pse më ka dhanë në farë raportit dikur. Kur më shoh qatë fjalë të mia ishin kurrë në 4 faqe të shkruara. Në katër faqe. E aty unë më mendime shkencore i kam dhanë. Mbas qatënyre padi. Pa kurrë në gjyqë, prandaj këtu nuk jam të lakmueshëm.

2. Çfarë profesioni keni patur dhe deri kur?

Unë jam Kirurg prej vitit 1974, dhe mjekë prej vitit 1978.

Kam punuar si Kirurg 40 vjetë dhe 40 Euro Pension më kanë dhanë pastaj. Në unë nuk kam interesuar më ruajt dokumentet se ende nuk kemi njerëz të shkolluar që nuk din më i vleruar ashtu siq duhet më i vleruar.

Dokumentet ka plote. Historia ka. Njerëzit kanë pasur mundësi më i shkolluar femijet për nuk kanë pasur vetëditë për më i shkolluar. Në vendë se më financuar shkollimin e femijëve ata më shumë kanë kurrë qysh më i shpenzuar parat për Nuse e martesë më banketë e darsma të më.

Drejtori i tashëm që është, një çfarë ekonomistë, kjo punë për këtu sendë hiq nuk jam ka interesuar kur Agim Hazerrolli, Urulog ka lejuar 20 kamiona më djege. 50-60 Tonave materiale jam ka qit dokumentetë benzini nga Monika. Ka pasur dokumentetë për shumë semundjetë të kohës i ka djege.

Unë kam punuar ditë natë në operacione. Më ka ndodhë 3 ditë e 2 netë më punuar, 18 operacione. 10 operacione të mëdha dhe 8 më të vogla. Kur i kam përfunduar operacionet nuk kam mundet më në këmbë.

Muhamet Guguli shkoj në Prishtinë për më studjuar, ka ike prej këtu më një farë rrenë që nuk e din Prizrensit, ka shkruar kurrë për e shkruar Urologjinë për në. Dr. Bytyqi gjithashtu shkoj

ne Prishtine. U kane ne Prizren dhe eshte tani Profesor edhe Haxhi ne Prishtine. Ka punue pakes ne Prizren dhe tani kann shkue ne Prishtine dhe u behen Profesora. Edhe une isha be Profesor te kisha shkue ne Prishtine. Edhe ne Sarajev kam mujte me shkue, se atje e kam nkrye me 10e dhe ne Beograd gjithashtu me 10e specializimin e kam be. Nuk kam ra kurr ndonje provim. Me 1968 e kam perfundue ne Sarajev dhe mas Lijes 1972 e kam fillue ne Beograd spicializimin.

Me ka ardh keq per popullaten dhe per ate arsye kam nejte ne Prizren me ju ndihmue njerzve ketu. Per ate nuk kam shkue ne Prishtine me vazhdue nje specializim me tutje dhe me u be Profesor ne Prishtine.

Ne librin tem i ke gjerat per spitalin dhe gjithashtu per mjeket.

3. Si ka qen Spitali i pajisur me mjete??

Ne kryesi kane qen paisjet e vjetrome me sasi te vogla.

Shumten e kohes kam qen veten si Kirurg ne Prizren. Se nuk ka pase kesi sende shkaki mundesise.

4. Si ishte mundesia per specializim ne Kosove?

Mundesia e speicializimit ka qen vetem jasht Kosoves, si ne Beograd, Zagreb, Sarajev, Lubljan.

Barnat ishin kualitative dhe shume efektive per kohen.

5. Si ishte mundesia me i kontrollue njerzit neper fshatra?

Nuk ke pase mundesi ne spitale me i kqyr njerzit e me me be vizita neper katunde. Nuk ke pase mundesi me ju ofrue mjafstueshem ne qytet e jo me ne fshatra. Nuk ka pas mundesi per me be vizita neper fshatra.

6. Cfare niveli ka qen vdekshmeria?

Vdeskshmeria ka qen ne nivelin shtetenor, edhe se ishte e lart.

7. Cilet spitale dhe raparte i keni pas ne Prizren?

Ka qen vetem nje spital me keto repart: Kirurgji interno, Kirurgji perapike, Urologji, Morphamologji, Infektologji, Neuropsikiatri, Reparti i lekures, dhe reparti i TBC-se. Me nje ndertese kane qen krejte repartet.

Shifrat e pacienteve jan dergue ne vendet adekaute, dhe ekzistojn taman me shifra te sakta. (Administrativa)

8. Si ishin raportet mes mjekeve dhe pacienteve?

Raportet kane qen ne rregull, se njerzit u desht patjeter me ardh me u trajtue neper spitale, se ka edhe vende tjera ku kane mujte me shkue si ne Shkup ose Beograd, por per ate ka qen shume shpenzimi i larte.

Shpenzimet i ka mbulue krejte sigurimi shendetesore, si trajtimet gjithashtu edhe medikamentet e operacionet. Krejte gjerat kane qen pa pagese.

Smundjet qe i kam trajtue, Gushes, Barkut ne teresi, Ekstremiteteve, Hermia apendise. Kam qen per operacione.

Nje here po shkoj ne Administrate, para 15 vjeteve, por me interesonin ja disa dokumente si ty. Po e shoh nje qfar regjister ne shport te mbeturinave. E morra dokumentin - Ishte protokoll i Amzes per vitin 1944-45 - dhe skruante gjithcka qe eshte trajtue ne spital. 30 rubrika krejte me tifoje te zorrve, tifoja e morrit, etj. 30-40 vete per nje dite me tifoje nga ata gjysma ne ditet e pare kann vdek. Aty kishte luftetar te te gjitha trevate Shqiptare, prej Shkodres, Skrapaj, Sarandes, Tropojes etj. E kane marre tifojen dhe kane vdek, aty ishte ne protokoll. Kush ja dine vleren e di qe e kane vleren shume te madhe. E morra dhe e shtina ne nje liber te kirugjise. Nuk ja dine hiq vleren e dokumente, dhe nuk kane pas te arsyeshme me i rujte dokumentet.

Lija e madhe ne vitin 1972 u shpall prape.

XI.II. Interview mit der Bevölkerung

Intervist tek popullata: 21.11.2011

1. Kur dhe ku keni lindur (Ku eshte ne kuptim a ne spital a ne shtepi)?

Une linda me 22.04.1964 ne Retije

2. A kan lindur ata kohe femijte me shume ne spitale a ne shtepia? Pse?

Ne keto vite lindjet jane bere kryesisht ne shtepi

3. Sa persona ne rrethin tuaj kan lind deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale??

Sipas te dhenvae gojore lindjet e femijve jan nkrye kryesisht neper shtepi, e me pake ne spitale per arsye te pa mundesis per te shkuar ne Prizren apo Gjakove.

4. Ku i keni/kan lindur femijte tuaj? Nese ka ndryshue ambienti, pse?

Edhe femijet e mi kane lindur edhe ne shtepi, po edhe ne spital, shembulli i fundit ne kohe lufte eshte bere ne shtepi etj.

5. Si ishte pas mendimit tuaj zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

Mendimi im eshte se ne kete periudhe kohore ka pasur nje zhvillim te mire, dhe nje perkujdesje si nga ana e popullates ashtu edhe nga ana institucionare mjekesore.

6. Qfar raporte kan pase mjeket me pacientet ne ate kohe?

Raportet mjek-pacient ne kete periudh kohore kane qene reciproke.

7. Qfar niveli ishte perkujdesmeria mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

Perkujdesja eshte gjithmon ne nivel te duhur pa perjashtuar edhe rastet jo te pa kujdesise te ndonje mjeku.

8. Sa spitale i ka pas Prizreni dhe per qfar smundje jan trajtuar ne Prizren?

Prizreni ka pasur dy spitale qe, nenkuptohet edhe me sektore te tjera.

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Sigurimi shendetesor i mbulonte te gjitha shpenzimet e pacienteve per mjekim ne ate kohe.

10. A ka pase vizita te rregullta te mjekteve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

Ndonjhere po, por ishin shume te rralla.

11. Si ishte mundesia me e vizitue qytetin gjat vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!

Shume here ishin te pa mundeshme duke e pasur parasysh rruget dhe automjet.

12. Ne qfar niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? A keni pas kanallizim, rruge te shtraura etj.

Ishin ne nivel jo te duhur.

13. Ne rast te smundjeve renda, a keni konsulltuar naj mjekte apo jeni munduar te sheroheni ne shtepi?

Nuk di per ndonje raste te ketille.

14. Nese ne shtepi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, smundjeves ngjitese, lendime te ndryshme, grip, temepratur etj.

Kryesisht barna te caktuar nga mjeket, po edhe ato popullore, p.sh. cajna te ndryshem, mjalt per ndonje ftohje, cepe dhe kryp per lendim kockash etj.

15. Qfar dini per mjekesine popullore?

Eshte nje teme ne vete, e pa zberthyer ne teresi.

16. A keni konsulltuar najhere nje mjekte te till dhe pse?

Jo, meqenese te tille tani edhe ne ate kohe kishte mjaft.

17. Sa jan te besueshem mjekte te till pase mendimit tuaj?

Pacientet te cilet kane gjetur sherim kane treguar sukseset per shendetin e tyre.

18. A njifni naj rast ne rrethin tuaj qe eshte sheruar nga nje mjekte i till?

Jo, po mjekesia popullore mendoj qe eshte nje univerz por nga specialistet duhet te hulumtohen dhe specifikohen barna te ndryshme.

19. A kan ardh njerze tjere per te ofruar mjekime popullore? Nese po, kush ishin? dhe cka kan ofruar?

Jo nuk kane ardhur, por njerzit te tille kane mundur te shkojn teke ata.

20. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960ta deri 1990 me mjekesine e sotshme?

Me e perparuar.

Intervist me qytetaret: 14.12.2012

Qytetar nga Lubizhda

1. Kur dhe ku keni lindur (ne spital apo ne shtepi)?

Kam lindur ne shtepi

2. Ku kane lindur femijet ne ate kohe, me shume ne spitale a ne shtepi?

Pse?

Ne shtepi. Per arsye se nuk kishte

3. Sa persona ne rrethin tuaj kane lindur deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale?

Kane lindur 42 neper shtepia dhe 28 jan lindur ne spitale

4. Ku kane lindur femijet tuaj? Nese kane lindur ne spital, cilat ishin arsyet? Per shkak te permiresimit te kushteve personale apo kushteve ne spitale?

Kane lindur ne spitale. Per arsye te sigurise ne lindje dhe kushteve me te mira ne spitale.

5. Sipas mendimit tuaj, si ishte zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

Ka pas nje ngritje te vazhdueshme te zhvillimit te mjekesis.

6. Qfare raporte kishin mjeket me pacientet ne ate kohe?

Ka pasur pake mjekte dhe shume paciente dhe raporti dhe komunikimit ishin te veshtira pas rrethanave qe kane qen ate kohe.

7. Ne qfare niveli ishte kujdesi mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

Kishe munges te madhe te personelit dhe mjeteve spitalore.

8. Sa spitale i kishte Prizreni dhe cilat semundje jane trajtuar ne Prizren?

Kishte nje spital dhe me shume eshte trajtuar TBC

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Krejte sigurimet sociale dhe gjithashtu njerzit qe ishin punonjes ne bujqesi. Aty u perfisheshin te gjith trajtimet dhe gjithashtu barnat etj.

10. A kishte vizita te rregullta te mjekeve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

Kishte vizita sistematike cdo tre muaj.

11. Si ishte mundesia me e vizitue qytetin gjate vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!

Kishte shume veshtirsi dhe vetem ne rastet urgjente me ndihmen e fshatareve dhe me se shumti me kuaj.

12. Ne qfare niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? (perfshire ketu edhe infrastrukturen, si kanalizimi, rruget e asfaltuara etj.)

Higjiena ishte ne nivel te ulet, pasi nuk kishte kanalizime, ujesjelles dhe rruge te asfaltume.

13. Ne rast te semundjeve te renda, a keni konsulltuar ndonje mjek apo jeni munduar te sheroheni ne shtepi?

Kemi konsulltuat mjeke per smundje te ndryshme pas mundesive qe i kemi pasur.

14. Nese ne shtepi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, semundjeve ngjitese, lendimeve te ndryshme, grip, temperature etj.

Duke perdorur barna te pershkruar me pare.

15. Cfare dini per mjekesine popullore?

Shume pake.

16. A keni konsulltuar ndonjehere ndonje mjek te tille dhe pse?

Jo.

17. Sa jane te besueshem mjeket e tille sipas mendimit tuaj?

Nuk besoj

18. Njihni ndonje rast ne rrethin tuaj qe eshte sheruar nga nje mjek i tille?

Jo

19. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960 deri ne vitin 1990 me mjekesine e sotme?

Ne nje gjendje te rende.

Intervist me qytetaret: 14.01.2012

Z. Pulaj, Vermice

1. Kur dhe ku keni lindur (ne spital apo ne shtepi)?

Lindur me 1936, ne shtepi.

2. Ku kane lindur femijet ne ate kohe, me shume ne spitale a ne shtepi?

Pse?

Ne ate kohe, shume pak njerez dinin per spitale. Per shkak te largesise dhe bindjeve fetare (havale), njerezit nuk mund te shkonin ne spital.

3. Sa persona ne rrethin tuaj kane lindur deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale?

Te gjithë kane lindur ne shtepi, ndersa qe te gjithë femijet pas vitit 1974 kane lindur ne spitale.

4. Ku kane lindur femijet tuaj? Nese kane lindur ne spital, cilat ishin arsyet? Per shkak te permiresimit te kushteve personale apo kushteve ne spitale?

Nga 5 femijet e mi, vetem njeri ka lindur ne spital. Arsyet per ta vizituar spitalin ishin te thjeshta, secili njeri vetedisohej shume e me shume dhe i dinte se cilat mund te ishin pasojat.

5. Sipas mendimit tuaj, si ishte zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

Eshte bere perparim i madh pas vitit 1960, megjithese nuk kishte aparature mjekesore dhe spitalin e vizitonin vetem popullata shume e pasur.

6. Qfare raporte kishin mjeket me pacientet ne ate kohe?

Mjeket ne ate kohe nuk I interesonte perkatesia fetare, raca apo diqka e tille, me qdo kusht jane munduar qe te shpetojne jeterat e pacienteve.

7. Ne qfare niveli ishte kujdesi mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

Sipas mendimit tim, atehere kujdesi mjekesor ne pergjithesi ishte me I mire se tani.

8. Sa spitale i kishte Prizreni dhe cilat semundje jane trajtuar ne Prizren?

PZ kishte gjithsej 3 spitale te medha, aty jane sheruar TBC dhe shume semundje tjera, mirepo semundjet me te renda u trajtuan ne Prishtine ngaqë Internistet (specialistet per semundje te brendshme) nuk ishin edhe aq te forte.

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Kush ishte i punesuar ne pune te shtetit, te tera shpenzimet merreshin persiper nga shteti dhe me pas paguheshin nga pak nga te ardhurat mujore.

10. A kishte vizita te rregullta te mjekeve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

Vizitat ishin me te vertete shume te rralla.

11. Si ishte mundesia me e vizitue qytetin gjate vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!
Mundesit ishin me te vertete shume te keqija, nese kishin mjete transporti te asaj kohe (kuaj), atehere ja dilnin disi, ndersa pas vitit filluan te frekuentonin autobuset.

12. Ne qfare niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? (perfshire ketu edhe infrastrukturen, si kanalizimi, rruget e asfaltuara etj.)
Asnje nga keto kushte nuk ekzistonin dhe per kete arsye njerezit jane helmuar shume shpesh. Gurren e kishin 1 Km larg.

13. Ne rast te semundjeve te renda, a keni konsulltuar ndonje mjek apo jeni munduar te sheroheni ne shtepi?
Kur dikush kerkonte ndihme, ata iu drejtuan ushtareve te cilet ishin te vendosur ne kufi ata pastaj e kane organizuar ndonje autoambulance, mirpo ne fshat autoambulanca nuk mund te depertonte per shkak te infrastruktures rrugore dhe fshataret detyroheshin ta bartnin te semurin deri ne rrugen kryesore.

14. Nese ne shtepi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, semundjeve ngjitesse, lendimeve te ndryshme, grip, temeprature etj.

Per lendime kane perdorur yndyre (dhjame) te lepurit ose te derrat (te cilat i kane lene ushtaret ne kufi), dmth e kane lyer vendin e lenduar, ndersa temperatura dhe gripi jane sheruar duke ngrene fruta te ziera te malit.

15. Cfare dini per mjekesine popullore?

Mjalti ishte ilaqi me i mire per TBC, sidomos duke i perzier se bashku me tlyn dhe lule te ndryshme mali si kamomile, kaqe, etj. Lendimet e muskujve ose ekstremiteteve jane sheruar me te \$ngjeshur dhe duke vendosur kripte te nxehte ne vendin e lenduar.

16. A keni konsulltuar ndonjehere ndonje mjek te tille dhe pse?

Jo ngaqe sipas mendimit tim nuk ishin specialiste dhe eksperimentonin me njerez, provonin terapine dhe nese funksiononte ata e vazhdonin e nese jo, ata nuk e vazhdonin me.

17. Sa jane te besueshem mjeket e tille sipas mendimit tuaj?

Une personalisht nuk i besoja.

18. Njihni ndonje rast ne rrethin tuaj qe eshte sheruar nga nje mjek i tille?

Gjate barkqitjeve ose diarese, plakat e kane zier hirin dhe e kane perdor si sirup, dhe me te vertete kishte funksionuar

19. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960 deri ne vitin 1990 me mjekesine e sotme?

Tash gjithqka eshte me mire, me e qarte dhe me e shpejte. Perpara nuk kishte aparature te duhur sikurse qe i kemi sot. Atehere nuk kane ditur se qka eshte semundja, semundjet nuk kishin emer, ndersa tash eshte e kunderta.

Intervist me qytetaret: 24.01.2012

(B. Gashi)

1. Kur dhe ku keni lindur (ne spital apo ne shtepi)?

Kam lindur ne shtepi ne nje fshat afer Prizrenit ne vitin 1967

2. Ku kane lindur femijet ne ate kohe, me shume ne spitale a ne shtepi?

Pse?

Femijte me se shumti kane lindur ne shtepia

3. Sa persona ne rrethin tuaj kane lindur deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale?

Kan lindur mbi 80% neper shtepia dhe afer 20% jan lindur ne spitale

4. Ku kane lindur femijet tuaj? Nese kane lindur ne spital, cilat ishin arsyet? Per shkak te permiresimit te kushteve personale apo kushteve ne spitale?

Femijte e mi i kam lindur ne spitale, sepse eshte rritur personeli mjekesore edhe eshte zhvillua vetedija e njerzve.

5. Sipas mendimit tuaj, si ishte zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

Zhvillimi i mjekesise eshte kan i zhvilluar sipas kushteve qe kane qen ne ate kohe edhe zhvillimet e kohes jane permisue kushtet mjekesore.

6. Qfare raporte kishin mjeket me pacientet ne ate kohe?

Shume mire kane qen.

7. Ne qfare niveli ishte kujdesi mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

Niveli shume i larte sipas kushteve.

8. Sa spitale i kishte Prizreni dhe cilat semundje jane trajtuar ne Prizren?

3 Spitale – semundjet e mushkerive, intensive dhe spitali i pergjithshem.

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Te gjitha sigurme i mbulonte.

10. A kishte vizita te rregullta te mjekeve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

Ne fshat tone nuk ka pase vizita te rregulla pore nje here ne jave mjeku kurse teknik.

11. Si ishte mundesia me e vizitue qytetin gjate vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!

Shume veshtire sepse nuk ka pase ura per ta kalue lumine.

12. Ne qfare niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? (perfshire ketu edhe infrastrukturen, si kanalizimi, rruget e asfaltuara etj.)

Sipas kushteve qe i kemi pasur higjiena nuk ka qen shume e mire.

13. Ne rast te semundjeve te renda, a keni konsulltuar ndonje mjek apo jeni munduar te sheroheni ne shtepi?

Semundjet e renda jane konsulltuar me mjekun kurse per smundje te lehta jan mundua sipas te dhanave popullore me i trajtue.

14. Nese ne shtepi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, semundjeve ngjitese, lendimeve te ndryshme, grip, temeprature etj.

E qojshin te Hoxha ose te najkush ne fshat qe ishte si ma i ditshem per gjera te tilla.

15. Cfare dini per mjekesine popullore?

Perpara ju kam besue shume ne to, ama sot nuk ju besoj fare.

16. A keni konsulltuar ndonjehere ndonje mjek te tille dhe pse?

Shume here i kam konsulltuar mjekte popullor, por kam perfunduar shume me keq se qe kam qen ne fillim.

17. Sa jane te besueshem mjeket e tille sipas mendimit tuaj?

Shume pake. Pasi ata qe jetonin ne fshatra nuk kan dite me mire i kann konsulltuar rregullisht.

18. Njihni ndonje rast ne rrethin tuaj qe eshte sheruar nga nje mjek i tille?

Shume pake qe jan gjall, se shumica kann vdekur pasi e kan merri nje moshe te konsiderueshme.

19. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960 deri ne vitin 1990 me mjekesine e sotme?

Nuk mundesh me marr me mend dallim se shume kane vdekur per shkake nje

Intervist tek popullata, 05.02.2012

1. Kur dhe ku keni lindur (Ku eshte ne kuptim a ne spital a ne shtepi)?

Une linda me 10.03.1970 ne fshatin Istniq

2. A kan lindur ata kohe femijte me shume ne spitale a ne shtepia? Pse?

Ne ato vite femijet lindnin me shume ne shtepia sesa ne spitale. Arsyeya e ketij fenomeni mendoj se ka qene pavetedija e popullates per mundesite e mjekesise dhe per pasojat e nje veprimi te tille: si lindja e femijve ne shtepi.

3. Sa persona ne rrethin tuaj kan lind deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale??

Mendoj se 70% e femijeve atekohe kane lindur ne shtepia per arsytet qe i cekta me lart.

4. Ku i keni/kan lindur femijte tuaj? Nese ka ndryshue ambienti, pse?

Femijet e mi kane lindur ne spital. Mendoj se tani jemi vetedijesuar per pasojat qe mund te kete nena dhe femija pa kujdesin e nje mjekut.

5. Si ishte pas mendimit tuaj zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

Mendoj se ka qene gradual me nje zhvillim medicinal kurse sherbimet kane qene me mire se tani. Sherbimet mjekesore kane qene pa shpenzime, ka pasur sigurim mjekesor etj.

6. Qfar raporte kan pase mjeket me pacientet ne ate kohe?

Duke u bazuar ne Betimin e Hipokratit gjithmon te mira.

7. Qfar niveli ishte perkujdesmeria mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

Edhe me i mire se keto vite qe po i jetojm

8. Sa spitale i ka pas Prizreni dhe per qfar smundje jan trajtuar ne Prizren?

Nuk kam njohuri te mjaftueshme per kete ceshtje.

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Te gjitha sherbimet e nevojshme (neblta) edhe udhetime (baitjen) e pacientve.

10. A ka pase vizita te rregullta te mjekëve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

Asnjehere, vetem kur eshte bere vaksinimi i femijve.

11. Si ishte mundesia me e vizitue qytetin gjat vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!

Mundesite kane qene te vogla per shkak te moskujdesit te rruges (nga debora) nga shteti per pastrim dhe shpeshhere pacientet kane rezultuar me fatalitet.

12. Ne qfar niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? A keni pas kanalizim, rruge te shtraura etj.

Ne nivelin me te ulet te mundshem gje qe nuk ka ndryshuar as tani. Nuk ka pasur kanalizim, rruge te asfaltuara, munges totale e infrastruktures.

12. Ne rast te smundjeve renda, a keni konsulltuar naj mjeke apo jeni munduar te sheroheni ne shtepi?

Cdo here kemi konsulltuar mjekun, kurse tek me te lehta jemi sheruar edhe ne shtepi.

13. Nese ne shtepi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, smundjeves ngjitese, lendime te ndryshme, grip, temepratur etj.

Nuk mbaj mend per tjera, vetem temperaturen me uthull, qumesht e kos.

14. Qfar dini per mjekesine popullore?

Nuk di asgje...

15. A keni konsulltuar najhere nje mjeke te till dhe pse?

Asnjehere s'kam besuar ne keto gjera

16. Sa jan te besueshem mjeke te till pase mendimit tuaj?

Fare nuk jane te besueshme

17. A njifni naj rast ne rrethin tuaj qe eshte sheruar nga nje mjeke i till?

Nuk me ka ra rasti me nje gje e tille.

18. A kan ardh njerze tjere per te ofruar mjekime popullore? Nese po, kush ishin? dhe cka kan ofruar?

19. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960ta deri 1990 me mjekesine e sotshme?

Sic e kam cekur me lart.

Intervist tek popullata, 11.03.2012

1. Kur dhe ku keni lindur (Ku eshte ne kuptim a ne spital a ne shtepi)?

14.1.1955 - Zogishte - Rahovec

2. A kan lindur ata kohe femijte me shume ne spitale a ne shtepia? Pse?

Me shume ne shtepi

3. Sa persona ne rrethin tuaj kan lind deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale??

30 femije kan lindur neper shtepia dhe 20 ne spitale

4. Ku i keni/kan lindur femijte tuaj? Nese ka ndryshue ambienti, pse?

2 nga ne kan lindur ne shtepi dhe dy ne spital

5. Si ishte pas mendimit tuaj zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

Shume mire

6. Qfar raporte kan pase mjeket me pacientet ne ate kohe?

Raportet ishin shume te mira

7. Qfar niveli ishte perkujdesmeria mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

Ishte shume e mire dhe ne nivel te nalt

8. Sa spitale i ka pas Prizreni dhe per qfar smundje jan trajtuar ne Prizren?

Es hatte einige Krakenhäuser die auf unterschiedliche Krankheiten spezialisiert war. Ich war selbst in der Dermatologie tätig.

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Weiß ich nicht genau. Hab mich damit nicht wirklich beschäftigt.

10. A ka pase vizita te rregullta te mjekeve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

Hin und wieder gab es Besuche in unserem Dorf. Einmal im Jahr war regulär.

11. Si ishte mundesia me e vizitue qytetin gjat vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!

Mit dem Bus war eine Reise in die Stadt möglich, aber auch manchmal mit einem Kombi.

12. Ne qfar niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? A keni pas kanallizim, rruge te shtraura etj.

Nein wir hatten weder kanalisation noch gab es asphaslierte Straßen in unserem Dorf. Daher war das hygiänische Niveau niedrig.

12. Ne rast te smundjeve renda, a keni konsulltuar naj mjeke apo jeni munduar te sheroheni ne shtepi?

Ndonjehere jemi mundue vete me u sherue, ama me teper kemi konsulltue mjekun per kesi raste.

13. Nese ne shtepi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, smundjeves ngjitese, lendime te ndryshme, grip, temepratur etj.

Zakonisht kemi perdorur barna si Andol, Paracetanol, Vitamin C. etj.

14. Qfar dini per mjekesine popullore?

Di veq nga pakes por zakonisht di me shume per kete nga literatura.

15. A keni konsulltuar najhere nje mjeke te till dhe pse?

Kam konsulltuar, por per shkak te nevojës qe nuk mund te sqaroj me tutje.

16. Sa jan te besueshem mjeke te till pase mendimit tuaj?

Po ju besoj dhe mjeke te till jan te besueshem.

17. A njifni naj rast ne rrethin tuaj qe eshte sheruar nga nje mjeke i till?

Po njoh raste te tilla

18. A kan ardh njerze tjere per te ofruar mjekime popullore? Nese po, kush ishin? dhe cka kan ofruar?

Po kan ardh njerze te ndryshem per me ofrue mjekime popullore.

19. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960ta deri 1990 me mjekesine e sotshme?

Ishte ma e mire se ne kohen e tanishme.

Intervist tek popullata 14.04.2012

Islam Ramadan Rrezja 75 vjeqar

1. Kur dhe ku keni lindur (Ku eshte ne kuptim a ne spital a ne shtepi)?

Më 02.04.1936 në Javor (komuna e Suharekës) në (shtëpi)

2. A kan lindur ata kohe femijte me shume ne spitale a ne shtepia? Pse?

Më shumë kan lindur në shtëpia sepse nuk ka pasur spitale në atë kohë.

3. Sa persona ne rrethin tuaj kan lind deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale??

Ne shtepi kan lindur 6 vllazen kurse vllau i vogel ne spital ne Prizren, kurse nga femijte shumica ne spital

4. Ku i keni/kan lindur femijte tuaj? Nese ka ndryshue ambienti, pse?

Të gjithë kan lindur në fshat në shtëpi sepse skemi mujt me mbrri leht deri ne spital per shkak te kushteve te renda

5. Si ishte pas mendimit tuaj zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

Spitali ka eksistuar ne Prizren kushtet jan kan te mira kan qen kirurgu i njohur ne atë kohë Dr. Taliani dhe Dr. Daut Mustafa.

6. Qfar raporte kan pase mjeket me pacientet ne ate kohe?

Në atë kohë raportet kan qen shum te mira se si jan sot. Nuk ka pas me i dhan mjekut pare, çdo gja ka qen e paguar nga shteti, barnat, kontrollimi mjeksor ka qen ne rregull cdo gja.

7. Qfar niveli ishte perkujdesmeria mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

Perkujdesja ka qen shum e mir, kan kontrollu detalisht kanë qen mjek shumë te zellshem dhe te durueshëm e jo si sot.

8. Sa spitale i ka pas Prizreni dhe per qfar smundje jan trajtuar ne Prizren?

Prizreni i ka pasur dy spitale: Interno dhe spitali i veremit (turbekulozi) ku jan ba operime te ndryshme, vizita per semundje te ndryshme etj.

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Sigurimi shendetesor mbulonte blerjen e barnave pa para, viziten mjeksore, injeksionet, dhe poashtu qka me randesi tu ka paguar rruga nese ke shkuar ne Prishtinë dhe te gjitha shpenzimet e barnave atje dhe operimi.

10. A ka pase vizita te rregullta te mjekeve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

Po ka pas mirpo jo shpesh: dy her ne vjet.

11. Si ishte mundesia me e vizitue qytetin gjat vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!

Per me shku ne spital ne Prizren ka qenë shumë e vështir per shkak që rruga ka qen e keqe. Gjatë dimrit ajo u bllokojke dhe ne ni rast kur vellau i vogel ka lind e kemi vu nanen me ni saj e kemi qel rrugën prej borës, mirëpo kur kemi mbri në Duhël aty shefi i ambulantsës e ka thirr ndihmën e shpejt dhe ka ardh e na ka marr e na ka dërgu në Prizren në spital.

12. Ne qfar niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? A keni pas kanalizim, rruge te shtraura etj.

Higjiena nuk ka qenë në nivel të duhur, kanalizimet as që nuk mund të paramendoheshin në atë kohë. Në disa raste të përhapjes së tifos apo sarillakit vishin mjekt nga Suhareka e na tymosnin teshat e neve per tu desinfektuar, kurse edhe ni metod e perdorshim ne na qitke teshat nana e na i shtike ne val te nxeht per tu pastru.

12. Ne rast te smundjeve renda, a keni konsulltuar naj mjeke apo jeni munduar te sheroheni ne shtepi?

Jemi mundu me duru ne shtëpi por pastaj jemi drejtu tek mjeku e drejt e ne spital.

13. Nese ne shtëpi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, smundjeves ngjitese, lendime te ndryshme, grip, temepratur etj.

Kemi pi qajna te ndryshme te lulave qaj mali etj.

14. Qfar dini per mjekesine popullore?

Një plak e fshatit Sedllar (kom. e Lipjanit) bënte ilaqe per morthin, mirpo pak kishte sherim prej atij ilaqi.

15. A keni konsulltuar najhere nje mjeke te till dhe pse?

Vetem ne kete rast tek ajo plak, por ilaqet shkonin edhe dor mbas dore neper miqasi ma shumë, duke i pyetur se si e kan ba filan ilaqi e duke e provu vet ne shtëpi.

16. Sa jan te besueshem mjeke te till pase mendimit tuaj?

Mjekve te tille nuk ju kemi besu shumë por pasiqë ishim nevojni u deshke me shku e mi vet apo me jau ble ilaqin.

17. A njifni naj rast ne rrethin tuaj qe eshte sheruar nga nje mjeke i till?

Nuk ma merr menja qe osht sheru ndonje nga ato ilaqe.

18. A kan ardh njerze tjere per te ofruar mjekime popullore? Nese po, kush ishin? dhe cka kan ofruar?

Jo nuk ka pas por ne jemi shku vet e jemi interesu

19. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960ta deri 1990 me mjekesine e sotshme?

Sot është më mirë se atëherë pasiqë mjek ka më shumë, specialista, ambulanta e spitale nëpër cdo qytet, por vetëm se dallon përkujdesja e sotit asht ma e keqe duke e pasur parasysh gjendjen ne Kosovë.

Intervist me qytetaret: 05.01.2013

Asije Shala - Berisha 1937

1. Kur dhe ku keni lindur (ne spital apo ne shtëpi)?

Jam lind me 1937 ne Billushe (ne shtëpi)

2. Ku kane lindur femijet ne ate kohe, me shume ne spitale a ne shtepi? Pse?

Krejte ne shpi 6.

Marre na ka ardh me shkue te mjeku.

Jam ardh me dhimt ne shpi dhe kam lind, e te nesermen drejte ne pune.

Shume rralle kane lind neper spitale. Por shumica ne shpi u lind.

3. Sa persona ne rrethin tuaj kane lindur deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale?

Krejte lindjet ne shtepine tane ishin, 4 (1 x binjak) njana, 4 tjetra, 5 nusja e trete, 6 une, 4 (gruja e pare i vdiq mas lindjes pare).

4. Ku kane lindur femijet tuaj? Nese kane lindur ne spital, cilat ishin arsyet? Per shkak te permiresimit te kushteve personale apo kushteve ne spitale?

Edhe Shyretja (gruja e djalit madh) i ka lind 2 femije me shpi (1978, 1979), Edhe vajza jeme e ka lind djalin e madh ne shpi me 1979. Ne njanen ane u kane rruga e veshtir se spitali larg u kane dhe ne anen tjetër nuk ju dike se kur po lindin, masi termini i lindjes nuk u kane thuja se kurre i sakte.

5. Sipas mendimit tuaj, si ishte zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

U kane mire. Ka pas gjithcka ne Spitale, po njerzit nuk kane shkue ne spital po i kane drue dhimtat qe i kane pase. Nusja e djalit kur e kane vajze (pa martue hala) u desht me shkue 21 dite ne spital per zorren qorre.

6. Qfare raporte kishin mjeket me pacientet ne ate kohe?

U kane shume raporti i mire me mjeket, se ata nuk kane kerkue asgja. Ta kane ba kontrollin dhe ke shkue ne shpi. Sot kerkojn per cdo vizit mjeket pare.

7. Ne qfare niveli ishte kujdesi mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

U kane mjekimin i mire. Edhe kane kqyr shume mire. Kemi pas ckamos falas dhe na u mundesue me u kontrollue ne qytet.

8. Sa spitale i kishte Prizreni dhe cilat semundje jane trajtuar ne Prizren?

Sarillek, Gure ne Veshke, Tuberkuloze

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Kemi pas sigurimin e bujqesise. Ata qe kane punue jane kane te siguruhet prej shtetit me sigurimin social.

10. A kishte vizita te rregullta te mjekeve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

1x ne vit jan ardh me dhan vaksina. Fruthi u kane edhe arsye per me dal neper katune mjekete. Perrnryshe nuk jan ardh mjeket ne katundin tane.

11. Si ishte mundesia me e vizitue qytetin gjate vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!

Prej katundit tane (rajon bjeshke) u desht me shkue me magar, kali, se kerri edhe autobusi kane mujt vetem prej 1978 me ec deri ne Billushe, masi u rregullue rruga. Ne dimen kemi perdor sainca ose lesa per me i que te smutit deri ne Hoçe ose ne Prizren. Ka pas raste qe kane vdek njerzit rruges.

12. Ne qfare niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? (perfshire ketu edhe infrastrukturen, si kanalizimi, rruget e asfaltuara etj.)

S'ka pas as Kanalizim, as uje mrena, as rryme deri me 1965, as televizor, as shporeta. Shpiat jan kane pa izolim, pa pod, krejte hapun me bote ose kemi flet ne kasht.

13. Ne rast te semundjeve te renda, a keni konsulltuar ndonje mjek apo jeni munduar te shrohoni ne shtepi?

Kur u vra najkush e kemi lidh diqysh i kemi qit dicka per mos me ju infektue dhe mandej e kemi lan ne dore te zotit. Nuk kemi shkue per cdo send ne Prizren, se shtrejte u kane me udhtue per me u kqyr te doktorri.

14. Nese ne shtepi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, semundjeve ngjitese, lendimeve te ndryshme, grip, temeprature etj.

Kur e ka thye krahin, ose kamen, e kemi que te najkush ne katund qe ka dit me lidh te thymen dhe e kemi lan me aqe. Kur ka pas najkush temperatur, ja kemi shti qarapet ne ufell dhe kemi prit deri ti bjere temperatura. Nuk kemi dite cka me ba ma shume. Vetem thojshna qe smut asht e jemi mundue me ate te tanen qe e kemi dite.

15. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960 deri ne vitin 1990 me mjekesine e sotme?

Po tash ma mire asht se atehere. Ama per ata qe kane pare asht shume mire se kush nuk ka, nuk mundet me u kqyr te mjeki. Duhet edhe me marr barna me vete ne spital per me u mjekue she nuk kane.

Intervist me qytetaret: 08.01.2013

1932 (Sherife Rashkaj – Islamaj)

1. Kur dhe ku keni lindur (ne spital apo ne shtepi)?

Ich wurde 1932 in Milaj (zu Hause) geboren. Meine Mutter hat 9 Kinder (7 Söhne und 2 Töchter) alle zu Hause auf die Welt gebracht.

2. Ku kane lindur femijet ne ate kohe, me shume ne spitale a ne shtepi? Pse?

Alle sind zu Hause auf die Welt gebracht worden (7), letzten Kinder waren Zwillinge

Es war uns peinlich zum Arzt zu gehen. Unsere Männer haben uns auch nicht in die Krankenhäuser gebracht und alleine konnten wir nicht zum Arzt. Oft sind unsere Kinder krank zu Hause gewesen und die Behandlungsmöglichkeiten waren begrenzt.

Heute war ich Holz im Wald machen und am nächsten Tag ist meine erste Tochter auf die Welt, zwei-drei Tage bin ich im Kinderbett gelegen und war danach Arbeiten. Die Nachbarinnen haben bei der Geburt geholfen.

Fast alle aus der Verwandtschaft haben ihre Kinder zu Hause auf die Welt gebracht.

Wintergeburt beim 5ten Kind und ich musste 4 Tage später in den Wald Holz machen gehen, nachdem die Männer entweder im Ausland waren oder anderweitig beschäftigt.

3. Sa persona ne rrethin tuaj kane lindur deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale?

3 jungs +1, 2 mädchen +1 (1 verstorben), 4 jungs +3, (Einem in der nahen Verwandtschaft sind 2 Kinder im alter von 3 Monaten und einem Jahr verstorben),

6 Kinder in der Verwandtschaft sind in der Stadt auf die Welt gekommen. (Ab 1959-1960)

4. Ku kane lindur femijet tuaj? Nese kane lindur ne spital, cilat ishin arsyet? Per shkak te permiresimit te kushteve personale apo kushteve ne spitale?

1 Kind ist 1979 zu Hause auf die Welt gekommen. Die anderen Enkelkinder sind alle im Krankenhaus auf die Welt gekommen. Die Umstände und auch der Zugang zu medizinischen Einrichtungen war leichter.

Ich musste aber auch oft die Enkelkinder einzeln in die Nachbarortschaft tragen, damit sie die Impfungen bekommen. Am Vormittag trug ich Rrahim und am Nachmittag Selver. Am nächsten Tag Betim, Bejtullah und die weiteren Kinder.

5. Sipas mendimit tuaj, si ishte zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

Ich habe leider keinen Vergleich, da ich selber kaum im Krankenhaus war, und meine Kinder nicht ins Krankenhaus "mussten". Erst als mein Neffe Lulver ins Krankenhaus, nach

einem Reitunfall 1987, kam, sah ich die gute Behandlungsmöglichkeiten der Krankenhäuser, weil mein Neffe trotz dem schweren Unfall schnell auf die Beine kommen konnte.

6. Qfare raporte kishin mjeket me pacientet ne ate kohe?

Wenn man jemanden gekannt hat, dann wurde man gut behandelt, ansonsten waren lange Wartezeiten angesagt, da es schon damals das Motto der "Bekanntschafte" gab.

7. Ne qfare niveli ishte kujdesi mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

Die Ärzte waren sehr fürsorglich und haben den Patienten besondere Aufmerksamkeit geschenkt und haben nicht nach Interesse die Behandlungen durchgeführt.

8. Sa spitale i kishte Prizreni dhe cilat semundje jane trajtuar ne Prizren?

Weiß nicht wieviele Spitäler es in der Stadt gab. Leider auch nicht für welche Krankheiten.

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Wir hatten einen Gesundheitspass, aber es gab auch andere die keinen Pass hatten und diese mussten selber bezahlen, wenn sie behandelt werden wollten. Nicht alle hatten diesen Pass, ich auch nicht. Musste mir von den Nachbarinnen den Gesundheitspass ausleihen, um mich behandeln zu lassen.

10. A kishte vizita te rregullta te mjekëve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

Es gab keine Besuche von Ärzten in unesere Ortschaft. Nur für die Impfungen kamen die Ärzte in die Ortschaft, sonst mussten wir in die Nachbarortschaft (Hoça e Qytetit) zur Ambulanz gehen, da es keine Fahrgelegenheit und Fahrbindung gab. Im Winter war es besonders umständlich.

11. Si ishte mundësia me e vizitue qytetin gjate vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!

Im Winter vor allem wurden die Kranken mit Schlitten gefahren oder Stieren gezogen. Es gab keine Infrastruktur, um in die Stadt zu kommen.

12. Ne qfare niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? (perfshire ketu edhe infrastrukturen, si kanalizimi, rruget e asfaltuara etj.)

Es gab keine hygienischen Verhältnisse. Wir haben auf Sllomorica (Thekni u lidhke me sigjima dhe u bajke si shtrat me fjete). Die Häuser hatten keine Isolierung und der Boden war reine Erde und es gab keine Holzböden. Wir haben oft auch im Freien geschlafen. Kanalisation gab es nicht, Wasser (nur im Ortszentrum), Straßen waren nicht gerichtet und bei Unwettern oft unzugänglich.

13. Ne rast te semundjeve te renda, a keni konsulltuar ndonje mjek apo jeni munduar te sherojeni ne shtepi?

Wenn wir Geld hatten, dann haben wir versucht die Person von einem Arzt, bei Gelegenheit in der Stadt, behandeln zu lassen. Sonst haben wir versucht mit Hausmedizin die kranke Person zu behandeln.

14. Nese ne shtepi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, semundjeve ngjitese, lendimeve te ndryshme, grip, temeprature etj.

Wir haben die Person einfach als Krank gesehen und haben versucht unterschiedliche Sachen zu probieren und gehofft, dass es hilft. Wir haben die Leute zu einem Nachbarn gebracht (Haxhi Sadri Shasivari), wenn sie das Bein oder den Arm gebrochen haben, damit dieser den Bruch heilt.

15. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960 deri ne vitin 1990 me mjekesine e sotme?

Heute ist die Medizin zwar besser, aber die Ärzte behandeln einem heute besser, wenn man das Geld oder die Bekanschaften hat.

Intervist me qytetaret: 05.01.2013

Umrije Shala

1. Kur dhe ku keni lindur (ne spital apo ne shtepi)?

Jam lind me 1948 ne Billushe (ne shtepi)

2. Ku kane lindur femijet ne ate kohe, me shume ne spitale a ne shtepi? Pse?

Krejte ne shpi 5.

Qysh me shkue me u shplue te mjeku. Marre na ka ardh se folshin hallkit.

Linda femijuen dhe fillova punen. Kur erdhen e pata femijen e lindur. Marre me na shplue mjeku. Ka pas raste vdekje. (Nusja e dajes Alit ka vdek ne lindje)

Ne Spitale nuk u lind gati askush. Thuja se krejte neper shpia jan lind.

3. Sa persona ne rrethin tuaj kane lindur deri me 1990 ne shtepi dhe sa ne spitale?

Nusja e madhe i ka ba 12 Lindje (4 te vdekun), une 5 dhe 3 mu desht me i nderpre shtatezanine

4. Ku kane lindur femijet tuaj? Nese kane lindur ne spital, cilat ishin arsyet? Per shkak te permiresimit te kushteve personale apo kushteve ne spitale?

Carrojte e mije i kane lind krejte ne spital te vetit.

5. Sipas mendimit tuaj, si ishte zhvillimi i mjekesise prej 1960 deri 1990??

U kane mire, ama nuk kane shkue ne spital se nuk kane dite ma mire.

6. Qfare raporte kishin mjeket me pacientet ne ate kohe?

U kane shume raport i mire po, kjo u kane se paqare u desht me u sjell mire me ne, se sistemi u kane ashtu.

7. Ne qfare niveli ishte kujdesi mjekesore dhe trajtimi i pacienteve ne spitale??

Shume i mire u kane. Krejte i kemi pas pa pare. Edhe medikamentet po edhe kontrolla qe i kemi ba.

8. Sa spitale i kishte Prizreni dhe cilat semundje jane trajtuar ne Prizren?

Nuk na ka provue zoti me shkue. Nuk e di se cka ka pas.

9. Cka mbulonte sigurimi shendetesor i kohes 1960 deri 1990??

Kret i ka pague shteti. Na kemi pas sigurim te bujqesise.

10. A kishte vizita te rregullta te mjekeve ne fshatin tuaj? Sa here ne muaj?

Shume rrare kane ardh. Thujase vetem per vaksina ose kur fillojke shkolla me i kontrollue nxansit.

11. Si ishte mundesia me e vizitue qytetin gjate vitit per trajtime ne spital? Sidomos ne dimer!

Po Billusha deri vone u kane keq. Nuk ka pas mundesi me shkue lehte ne qytet. As rruge ase kerra nuk ka pas. Vetem me kali ose magar ke mujt me shkue ne qytet.

12. Ne qfare niveli ishte higjiena (pastertia) ne fshatin tuaj? (perfshire ketu edhe infrastrukturen, si kanalizimi, rruget e asfaltuara etj.)

Kurgja nuk ka pas. Cfare pasterti. Nuk kemi dit se cka asht kanallizimi, ose kupatilla sikur sot qe i kemi. Pastertia u kane katastofe, se nuk ka pas. Edhe haja u kane shume e dobte. Mish rralle shume kemi pas ne katund me anger.

13. Ne rast te semundjeve te renda, a keni konsulltuar ndonje mjek apo jeni munduar te sheroheni ne shtepi?

Jemi mundue me u shnosh vete. Hajt se i fort asht, dhe e kemi ba asgja. Ne dort te zotit thojshna.

14. Nese ne shtepi? Cka keni perdorur per sherimin e tifojes, semundjeve ngjitese, lendimeve te ndryshme, grip, temeprature etj.

Kush ka pas pare ka shkue ne qytet, po kush nuk ka pas u mundue aty ketu me ato cka i ka msue pe Nanes ose plakave te katundit.

15. Si e shihni mjekesine e kohes se viteve 1960 deri ne vitin 1990 me mjekesine e sotme?

Po tash normal shume ma mire, per ato qe kane pare. Se pa pare te lan me vdel mjeket e sotit. Kemi pas raste qe nuk e kane kqyr nirin, se nuk ka pas me pague kontrollin, edhe se u kane gati te vdek.

Zusammenfassung

Mit dieser Arbeit soll der Entwicklungsprozess der medizinischen Versorgung in Prizren und seiner Umgebung zwischen 1960 und 1990 veranschaulicht werden. Dabei ist die Grundversorgung ein wesentlicher Bestandteil des Individuums. Durch die Erhebung von Interviews konnte ein detailliertes Bild der schwierigen Ausgangssituation gemacht werden in der sich diese Region befunden hatte. Neben der fehlenden medizinischen Grundversorgung in der Region, waren auch der Ausbau der Infrastruktur, sowie die Analphabetenrate eine Herausforderung. Das Hygieneverständnis der Bevölkerung war dadurch auf einem sehr niedrigem Niveau gewesen und förderte damit die unterschiedlichen Ansteckungskrankheiten im Kosovo. Es können hier Parallelen zur Entwicklung von Kroatien, Serbien und der Vojvodina der Zwischenkriegszeit gezogen werden, die sich den gleichen Problemen zu stellen hatten. So waren viele dieser Faktoren auch mit der Wirtschaft des Kosovo verbunden, die immer das Schlusslicht in der Gesamtjugoslawischen Entwicklung darstellte. Ausgehend vom Selbstverwaltungskommunismus, bei dem es darum ging die Regionen durch die eigene Wirtschaftskraft zu entwickeln, hatte Kosovo neben Mazedonien und Bosnien-Herzegowina, lange Zeit das Nachsehen. Hier waren die fehlende Industrialisierung ein Problem, da Kosovo nur als Rohstofflieferant für die reichen Regionen der Föderation erhalten musste und sonst keine eigenen Produktionen hatte.

Durch die Wirtschaftskrise der 1970er und 1980er Jahre, die Gesamtjugoslawien erfasste, steigt die Diskrepanz zwischen Kosovo und den anderen Regionen weiter an. Daher waren der Ausbau der Infrastruktur und auch die Absicherung der Grundversorgung teilweise gewährleistet. Die ländlichen Regionen wurden weitgehend unterentwickelt gelassen. Auch die Ausbildung wurde teilweise gefördert, erzielte jedoch nicht die gewünschten Effekte, da die Analphabetenrate im

Kosovo in den 1980er Jahren immer noch wesentlich hoch war. Neben den traditionellen und kulturellen Aspekten, es der wirtschaftliche Faktor für die Unterentwicklung der Region ausschlaggebend gewesen. Die Förderung der Frauen war durch all diese drei Faktoren stark getroffen worden.

Die Entwicklung der medizinischen Versorgung in Prizren und seiner nahen Umgebung haben sich gut entwickelt, wenn wir die Ausgangssituation nach dem Zweiten Weltkrieg uns vor Augen führen.

Abstract

With this work I am going to illustrate the development process of medical care in Prizren and its surrounding area from 1960 to 1990. The primary health care is an integral component of each individual. Throughout my collection of interviews a detailed picture of the difficult situation in this region could have been made.

In addition to the lack of basic medical health care, also the development of infrastructure, and the illiteracy rate had been a big challenge.

The understanding for the population's hygiene was also on a very low basis and led to various contagious diseases in Kosovo. Similarities can be shown when we take a look at the development of Croatia, Serbia and Vojvodina, which had to face the same problems during the interwar period. Many of these factors were also associated with the Kosovo's economy, which always came in last in the whole Yugoslavian development. Based on the self-government communism, which was all about developing the regions through its own economic power, was Kosovo next to Macedonia and Bosnia-Herzegovina a long time left standing. The lack of industrialization was one of the biggest problems, since Kosovo had only to serve as a supplier of raw materials for the rich regions of the Federation, but otherwise it had no own production.

Due to the economic crisis of the 1970s and 1980s, which totally affected Yugoslavia, the discrepancy between Kosovo and other regions increased more and more. That's why the infrastructure development and the protection of the provision with basic supplies were just partially guaranteed. The rural areas were largely left underdeveloped. The education was also just partially supported and did not achieve the desired effect, because the illiteracy rate was still significantly high in the

1980s in Kosovo. Apart from the traditional and cultural aspects, the economic factor has been decisive for the underdevelopment of the region. Especially the women advancement had been hit hard by these three factors.

Concerning the initial situation after the Second World War, the health care development in Prizren and its surroundings have evolved well.

Lebenslauf

Persönliche Daten

Vor/Nachname	Selver Islamaj
Geburtsdatum	10. September 1982
Geburtsort	Prizren/Kosova
Staatsbürger	Österreich

Schulbildung

1989 - 1991	Gesamtschule in Bilushe/Kosova
1991 - 1993	Volksschule, Ruckergasse 40-42, 1120 Wien
1993 - 1997	Gymnasium Singrinergasse 19-21, 1120 Wien
1998 - 2003	Vienna Bilingual School, Draschestraße 90-92, 1230 Wien
seit 2004	Universität der Geschichte und Politikwissenschaft, 1010 Wien
10.2009 - 02.2010	Erasmus - Zagreb
1.3.2010	Fortsetzung des Studiums in Wien
April 2012	Magister der Philosophie in Politikwissenschaften

Berufliche Erfahrung

1998 - 2003	Konfliktmanager an der Schule/Ausbildung im Staatsschulrat
2001/02, 2006/07	Kinderbetreuung im Sommercamp Gresten
2008 - 2009	Arbeit bei der Krieau

seit 2006

Dolmetscher und Arbeit bei der LAVAK (Schulung der KFOR in
Kosovarischer Landeskunde und Sprache)

Beruflicher Zukunftsperspektiven: Wissenschaftliche Tätigkeit im Kosovo und angestrebter
PhD - Titel innerhalb der EU oder auch in Übersee.