

1

GESUNDHEIT GLOBAL



asien



Medizin gegen Armut

Soziale Absicherung im Krankheitsfall ist elementar für die Überwindung von Armut und frühem Tod. Länder wie Indien, China und viele Staaten Afrikas und Lateinamerikas wollen mit dem Ausbau der Sozialsysteme die Gesundheit ihrer Bevölkerung verbessern. Wie weit sie damit sind, beschreiben **Jens Holst** und **Jean-Olivier Schmidt** in einer dreiteiligen G+G-Serie. In Teil 1 geht es um Asien.

Das Smartphone aus China, das Hemd aus Bangladesch, Spargel aus Peru und Rosen aus Kenia – für die meisten Bundesbürger ist diese globale Mischung selbstverständlicher Teil des Alltags geworden. Die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Menschen, die solche Produkte herstellen, geraten dabei leicht aus dem Blickfeld. Skandalmeldungen über unwürdige Arbeitsplätze, extreme Ausbeutung oder Brandkatastrophen in verriegelten Textilfabriken, die bisweilen die hiesige Öffentlichkeit erreichen, markieren nur die Spitze eines Eisbergs. Die Schicksale der Arbeiter in chinesischen Computerwerken und asiatischen Textilfabriken, auf afrikanischen oder lateinamerikanischen Blumenfarmen machen deutlich: Die Globalisierung der sozialen Rechte hinkt weit hinter dem Austausch von Waren und Dienstleistungen her. Sozialleistungen wie Rente, Arbeitslosengeld und die soziale Absicherung im Krankheitsfall, für Mitteleuropäer seit vielen Jahrzehnten selbstverständlich, bleiben für einen großen Teil der Erdbevölkerung unerreichbar. Weltweit eine Milliarde Menschen haben keinen Zugang zur Krankenversicherung. Fast die Hälfte der Menschheit lebt im Jahr 2013 ohne soziale Absicherung gegen Gesundheits- und andere Lebensrisiken. Das gilt nicht nur für einen Großteil der Arbeiter und deren Familien in den Weltmarktfabriken Afrikas, Asiens und Lateinamerikas. Das betrifft in besonderem Maße die vielen Millionen Kleinbauern, Händler und Handwerker ohne formale Beschäftigung, die in etlichen Ländern die Mehrheit bilden (informeller Sektor).

So stürzen Jahr für Jahr mehr als hundert Millionen Menschen aufgrund hoher Ausgaben für medizinische Behandlungen in Armut. Gesundheitsprobleme stellen weltweit das mit Abstand größte Verarmungsrisiko dar. In Deutschland und anderen Industrie- sowie einigen Schwellenländern schützen funktionierende Sozialsysteme die Bürger vor dem Teufelskreis von Krankheit und Armut. Vielen Menschen auf dieser Erde bleibt das Recht auf bezahlbare Krankenversicherung, das die UN-Charta der Sozialen Menschenrechte bereits 1948 forderte, bis heute verwehrt – trotz des gigantischen globalen Wirtschaftswachstums der letzten Jahrzehnte.

Universelle Absicherung kurbelt Wirtschaft an. Spätestens seit der Veröffentlichung des Weltgesundheitsberichts 2010 der Weltgesundheitsorganisation (WHO) steht das Thema der universellen Absicherung im Krankheitsfall ganz oben auf der globalen Agenda. Mit Unterstützung internationaler Entwicklungsorganisationen versuchen die Länder des Südens, alle Bürger wirksam vor finanziellen Krankheitsrisiken zu schützen und ihnen Zugang zu angemessener Krankenversicherung zu eröffnen. Nahezu alle Entwicklungs- und Schwellenländer haben sich das Ziel der universellen Absicherung im Krankheitsfall auf die Fahnen geschrieben. Zugrunde liegt die Erkenntnis, dass Gesundheit ein wesentlicher Wirtschaftsfaktor ist. Gesundheit gilt heute nicht mehr als bloßer Kostenfaktor, sondern als Investition in wirtschaftliche Entwicklung und Wachstum.



„Von oben herab geht gar nichts“

Karin Dobberschütz ist bei der AOK-Consult für den Geschäftsbereich Internationales zuständig. Sie vermittelt Experten aus der AOK, um den Aufbau und die Entwicklung von Krankenversicherungen im Ausland zu unterstützen.

G+G: Wie gut passt die deutsche Krankenversicherung in andere Länder?

Dobberschütz: Wir verkaufen ja nicht das deutsche Modell, sondern beraten in einem bestehenden sozialen Krankenversicherungssystem. Wir sind gefragt, wenn Probleme auftauchen, meistens im Zusammenhang mit Finanzierungsfragen. Dann gehen die AOK-Berater für ein oder zwei Wochen in das Land, um vor Ort die Lage zu analysieren und Empfehlungen abzugeben.

G+G: Was müssen die Berater mitbringen?

Dobberschütz: Sie müssen das deutsche Gesundheitssystem aus dem Effeff kennen und möglichst auch über Alternativsysteme Bescheid wissen. Mit dem Wissen um die Eckpfeiler eines funktionierenden sozialen Sicherungssystems gehen AOK-Mitarbeiter in andere Länder und schauen, warum etwas wackelt und wo man nachbessern muss. Gerade in Entwicklungsländern haben unsere Experten mit Fachleuten zu tun, die nicht selten an Eliteuniversitäten studiert haben. Mit denen müssen sie auf Augenhöhe sprechen können – von oben herab geht gar nichts. Wir bieten lediglich unser Know-how an, das die Entscheidungsträger dann im Sinne des Landes verwerten können.

G+G: Wie groß ist das Interesse unter AOK-Mitarbeitern, ins Ausland zu gehen?

Dobberschütz: Das hängt sehr stark vom Land ab. Wenn ich jemanden für Abu Dhabi suche, habe ich innerhalb der nächsten Stunde vielleicht zehn Interessenten. Für ein Land wie Nigeria meldet sich auch nach einer Woche möglicherweise niemand. Insgesamt sind knapp 180 AOK-Mitarbeiter aus ganz Deutschland in unserer Datenbank verzeichnet, die Interesse an einem internationalen Einsatz haben.

G+G: Und die AOK stellt ihre Mitarbeiter ohne weiteres frei?

Dobberschütz: Die Experten klären das in der Regel selbst, und in den meisten Fällen klappt das einvernehmlich. Die AOK hat auch etwas davon: Die Einsätze sind eine Form der Personalentwicklung. Die Mitarbeiter befassen sich in einem anderen Kontext mit ihrer fachlichen Thematik, finden neue Lösungen, die auch nachher in Deutschland eine Rolle spielen können. Das ist durchaus ein fruchtbarer Austausch.

G+G: Wer finanziert diese Arbeit?

Dobberschütz: Was die Berater machen, wird von den beauftragenden internationalen Organisationen, wie der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, der WHO, der Weltbank oder der Europäischen Union, bezahlt. Für die Zeit des Auslandseinsatzes werden die Experten von uns unter Vertrag genommen. Die Inhalte abzustimmen, die Verträge zu schließen, die Reise zu organisieren, die entsprechenden Versicherungen vorzuhalten und alles hinterher abzurechnen, ist Sache der AOK-Consult GmbH.

Mehr Infos: www.aok-consult.de > Internationales

Vielorts fehlen Mittel und Know-how. Ohnehin ist der Gesundheitssektor in vielen Staaten der größte und dynamischste Wirtschaftszweig. Die globalen Gesundheitsausgaben belaufen sich auf mehr als vier Billionen Euro. Davon entfällt zwar der größte Batzen auf die reichen Länder. Aber auch in Schwellen- und einigen Entwicklungsländern rufen derartige Summen Wirtschaftsinteressen auf den Plan. Der Ausbau der medizinischen Versorgungssysteme macht den Aufbau einer tragfähigen und nachhaltigen Gesundheitsfinanzierung unumgänglich. In den Ländern des Südens sind größere Investitionen in High-Tech-Medizin ohne breitenwirksame öffentliche Finanzierung nicht möglich. Vor allem bliebe die Mehrheit der Bevölkerung weiterhin von angemessener Versorgung ausgeschlossen.

Die Ausgrenzung ärmerer Bevölkerungsgruppen von der Gesundheitsversorgung lässt sich nur durch umfassende soziale Absicherung überwinden – das zeigt die Geschichte der europäischen Wohlfahrtsstaaten. Diese Überzeugung hat sich auch bei Organisationen wie der Weltbank und dem Internationalen Währungsfonds durchgesetzt, die bis vor wenigen Jahren Wirtschaftsentwicklung für das Allheilmittel hielten. In der internationalen Staatengemeinschaft herrscht heute über politische Lager hinweg Einigkeit, dass universelle soziale Sicherung vorrangiges Ziel bei der Entwicklungszusammenarbeit sein muss. Bei aller Einigkeit über grundlegende Ziele erweist sich die Umsetzung vielerorts als überaus schwierig, denn es fehlen Mittel, Know-how und nicht selten auch politischer Wille.

Privater Gesundheitsmarkt expandiert. In vielen Entwicklungs- und Schwellenländern war der Staat traditionell für Regulierung, Finanzierung und Leistungserbringung zuständig. Nun verschiebt sich seine Rolle dahin, den rechtlichen Rahmen zu schaffen und darauf zu achten, dass sich Kostenträger, Leistungserbringer und andere Beteiligte an die Spielregeln halten. Daher ist das deutsche Modell nicht nur aufgrund der sozialen Krankenversicherung für viele Länder interessant, sondern auch wegen seines Aufbaus mit klaren Rollenverteilungen und Verantwortlichkeiten der verschiedenen Akteure. Subsidiarität und geregelte Aushandlungsprozesse zwischen unterschiedlichen Interessengruppen im Rahmen der Selbstverwaltung sind Gestaltungsprinzipien, die in anderen Ländern Anklang finden. Dieser Ansatz erlaubt die Integration der in vielen Ländern mächtigen Privatanbieter in ein öffentlich organisiertes Gesundheitswesen und zeigt, wie man die vielerorts starre Trennung zwischen öffentlich und privat abbauen kann. In vielen Ländern des Südens entsteht ein rasch expandierender privater Gesundheitsmarkt – insbesondere in der stationären Versorgung. Die wachsende Mittelschicht stellt höhere Anforderungen an die Gesundheitsversorgung als die öffentlichen Dienste leisten. Für Privatleistungen gibt es aber weder eine Mengenregulierung noch eine soziale Absicherung.

Der zweite Megatrend ist die Forderung nach Zugang zu erforderlichen Gesundheitsleistungen zu bezahlbaren Preisen für alle Menschen. Die Erfahrung der Wohlfahrtsstaaten des Nordens belegt, dass hierfür die Finanzierung ganz überwiegend aus Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen erfolgen muss. Auch wenn es viele Finanzminister noch nicht richtig glauben



mögen: Eine solche Investition rechnet sich und befördert wirtschaftliches Wachstum – und könnte den Aufschwung zum Beispiel in Indien und China auf solide Beine stellen.

Indien und China beschreiten neue Wege. Jeder dritte Mensch auf diesem Planeten ist entweder Inder oder Chinese. Bei allen Unterschiedlichkeiten zwischen dem Land am Ganges und dem Land des Gelben Flusses gibt es einige Gemeinsamkeiten. Beide Länder beanspruchen nicht nur regionale, sondern auch globale Führungsaufgaben. Die neuen Weltmächte stehen aber aufgrund sozialer Verwerfungen und wachsender interner Spannungen unter enormem innenpolitischen Druck. Während sie ihre Aufmerksamkeit in den 1990er Jahren vor allem auf die Reform der Wirtschaftssysteme gerichtet haben, gehen sie nun verstärkt sozialpolitische Baustellen an.

Das betrifft auch das Gesundheitssystem. Nach langer, eigenständiger Medizintradition (traditionelle chinesische Medizin, Ayurveda) können beide Länder nur auf eine kurze Geschichte kurativer Versorgung westlicher Prägung und sozialer Sicherung zurückblicken. Die Bevölkerungsmehrheit auf dem Land ist bisher von angemessener Versorgung und umfassender sozialer Absicherung ausgeschlossen. Die rasch wachsende städtische Bevölkerung muss für private Gesundheitsleistungen rasant steigende, teilweise kaum bezahlbare Kosten tragen. Um diese Herausforderungen in den Griff zu bekommen, beschreiten beide Länder neue Wege.

INDIEN

Indien hatte seit seiner Unabhängigkeit im Jahr 1948 ein System der öffentlichen Krankenversicherung nach dem Vorbild des steuerfinanzierten britischen National Health Service entwickelt.

Weltrisiko-Bericht 2013

Hoher Selbstkostenanteil schadet der Gesundheit

Der Weltrisiko-Bericht 2013 des Bündnisses „Entwicklung Hilft“ (Brot für die Welt, Christoffel-Blindenmission, Kindernothilfe, medico international, Misereor, terre des hommes und Welthungerhilfe) widmet seinen Schwerpunkt dem Thema Gesundheit und medizinische Versorgung. Er kommt zu folgenden Ergebnissen:

Die Gesundheitssysteme in vielen Staaten sind mangelhaft finanziert. Die Gesundheitsausgaben waren 2011 in den USA mit rund 8.600 US-Dollar pro Kopf mehr als 500 Mal so hoch wie in Äthiopien mit 16,61 US-Dollar. Für 49 Länder mit sehr geringem Pro-Kopf-Einkommen setzt die Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Basisbedarf für Gesundheitsvorsorge und medizinische Versorgung 60 US-Dollar pro Kopf im Jahr an (Zielwert für 2015). Dramatisch ist ebenfalls der Anteil an den gesamten Gesundheitsausgaben pro Kopf, den die Bevölkerung in vielen Ländern aus der eigenen Tasche zahlen muss, weil ihn keine Krankenversicherungen oder staatliche Versorgungssysteme übernehmen. In Myanmar machen Direktzahlungen 80,7 Prozent, in Guatemala 53,4 Prozent der Gesundheitsausgaben aus – in Kuba dagegen nur 5,3 Prozent. **Der WHO zufolge hat es für die Betroffenen katastrophale Auswirkungen, sobald der selbst zu zahlende Anteil mehr als 20 Prozent beträgt.** In Ländern, in denen die Gesundheitsausgaben pro Kopf gering sind und der „out of pocket“-Anteil hoch ist, ist die gesunde Lebenserwartung tendenziell niedriger. *Quelle: www.weltrisikobericht.de*

Der Staat war darin für die Finanzierung und Bereitstellung von Gesundheitsleistungen verantwortlich.

Das System krankte aber immer an der ausgesprochen knappen Zuwendung von Steuermitteln: Die öffentliche Gesundheitsquote überstieg nie ein Prozent des Bruttonettoproduktes. Dabei hätte das anhaltende starke Wirtschaftswachstum seit Ende der 1990er Jahre durchaus fiskalpolitische Spielräume eröffnet. Mit derart geringen öffentlichen Mitteln ist keine ausreichende medizinische Versorgung zu gewährleisten. Der Bevölkerung blieb meistens nichts anderes übrig, als die Behandlungskosten aus der eigenen Tasche zu zahlen – sofern sie sich das überhaupt leisten konnten.

Indiens Gesundheitsindikatoren sind für ein Land dieser Wirtschaftsstärke bis heute völlig inakzeptabel: Jede 250ste Inderin stirbt während der Schwangerschaft oder Geburt. Die Mangel- oder Unterernährung von Kleinkindern ist teilweise so hoch wie in den ärmsten Ländern Afrikas. Zusammen mit der extrem ungleichen Einkommensverteilung – in Indien ist die Zahl der Menschen unterhalb der Armutsgrenze höher als die Zahl aller Armen in Afrika südlich der Sahara, gleichzeitig gibt es dort die meisten Millionäre der Welt – lässt die fehlende öffentliche Fürsorge viele Menschen am indischen Staat zweifeln. Eine Folge ist interner Terrorismus, den Premierminister Manmohan Singh als größtes Sicherheitsproblem bezeichnet. Tatsächlich hat der indische Staat über ein Drittel seines Territoriums keine Kontrolle, weil die Menschen das staatliche Gewaltmonopol ablehnen oder lokale Oppositionsführer dagegen rebellieren.

Geschäfte machen und dabei Gutes tun. Im Zuge ihrer nachholenden Sozialpolitik bemüht sich die indische Regierung seit 2008 um die Verbesserung der sozialen Absicherung der mehr als 300 Millionen Armen im Land, die weniger als einen Euro am Tag zum Leben haben. Mit Unterstützung der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit und der Weltbank bauen mehrere Bundesstaaten Krankenversicherungen mit dem Namen RSBY (Rashtriya Swasthya Bima Yojana) auf. RSBY ermöglicht armen Indern Zugang zu kostenfreier medizinischer Versorgung. Der indische Staat musste hierfür einen revolutionären Rollenwechsel vollziehen: Anstatt selber als medizinischer Leistungserbringer aufzutreten, lässt er über Privatversicherungen medizinische Leistungen im öffentlichen und privaten Sektor einkaufen. Gewinnorientierte Krankenversicherungen bewerben sich auf Ausschreibungen der Bundesstaaten. Wenn sie den Zuschlag erhalten, registrieren sie die im nationalen Armutsregister erfassten Bürger und versorgen sie gegen eine jährliche, von den Mitgliedern zu zahlende Verwaltungsgebühr von knapp 40 Eurocents mit Krankenversicherungskarten, die auch biometrische Daten enthalten. Die Karte berechtigt die Versicherten, sowohl in privaten als auch in öffentlichen Krankenhäusern Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Die Kostenübernahme ist dabei auf einen Betrag von maximal 30.000 Rupien (knapp 500 Euro) pro Jahr begrenzt. Zusätzlich trägt RSBY Transportkosten bis zu 1.000 Rupien (15 Euro) – in einem so großen Land wie Indien eine überaus bedeutsame Leistung. Die Krankenversicherung kostet die öffentliche Hand je nach Bundesstaat durchschnittlich zehn



Euro pro Versichertem im Jahr. Diesen Beitrag stellen die Versicherungen dem Staat in Rechnung. Das Erfolgsmodell erklärt Anis Swarup, der Leiter von RSBY: „Wir lassen die Kräfte des Marktes unter staatlicher Regie spielen.“ Damit ist das Programm erfolgreich: Binnen weniger Jahre erhielten 35 Millionen Menschen eine RSBY-Versichertenkarte. Da Familienmitglieder mitversichert sind, kommen etwa 150 Millionen Menschen in den Genuss des Krankenversicherungsschutzes.

Anreize für unerwünschte Mengenausweitung. Bisher übernimmt RSBY ausschließlich stationäre Behandlungen. Die Kostenübernahme für die ambulante Versorgung ist noch ungeklärt. Die Krankenhäuser erhalten eine Pauschale von etwa acht Euro pro Patient für tagesstationäre und knapp 16 Euro für Notfallbehandlungen. Die vereinbarten Preise für chirurgische Eingriffe liegen zwischen diesen 16 und 470 Euro. Da kann der geldwerte Leistungsanspruch auf der Versichertenkarte schnell aufgebraucht sein. Doch bei aller Begrenztheit des Krankenversicherungsschutzes: RSBY ist ein vielversprechender Anfang.

Die Beschäftigten des riesigen informellen Sektors (Kleinbauern, Handwerker, Händler) haben Interesse an RSBY und zeigen Bereitschaft, für den Versicherungsschutz Beiträge zu zahlen. Auch andere Länder verfolgen das indische System der sozialen Absicherung im Krankheitsfall, das den Staat von seiner Alleinverantwortlichkeit entlastet. Allerdings muss die öffentliche Hand noch Erfahrungen sammeln, wie man die Kräfte des Marktes wirksam steuern und regulieren kann. Die Kostenübernahme durch eine Krankenversicherung für bisher nicht versicherte Inder erzeugt ökonomische Anreize zu unerwünschter Mengenausweitung durch die Krankenhäuser. So berichtete die indische Presse über Fälle von medizinisch nicht indizierten Gebärmutter-Entfernungen in einigen Kliniken.

CHINA

Es kommt nicht darauf an, welche Farbe eine Katze hat, sondern eine gute Katze ist eine, die Mäuse fängt: Unter der von Pragmatismus gekennzeichneten Führung von Deng Xiaoping (1976 bis 1997) leitete China in den 1980er Jahren grundlegende Reformen ein. Dies betraf auch das Gesundheitswesen. China gab in den 1980er Jahren das von Mao Zedong entwickelte System der kostenfreien Basisgesundheitsversorgung der Bevölkerung auf. Die Bürger mussten unabhängig von ihrer Zahlungsfähigkeit Gebühren für medizinische Behandlungen bezahlen. Das stellte vor allem die ländliche Bevölkerung vor große Schwierigkeiten.

In der chinesischen Gesundheitspolitik wechselten sich in den letzten Jahren zahlreiche Reformen ab, die vielfach neue Probleme und weiteren Reformbedarf verursachten. Dabei verfolgte China einen Mittelweg zwischen öffentlicher Gesundheitsversorgung und kommerzieller Privatversicherung. Ab 2003 führte die Regierung die „Neue ländliche genossenschaftliche Gesundheitsversorgung“ ein, um der armen Bevölkerung auf dem Land besseren Zugang zu medizinischer Versorgung zu ermöglichen. Die Kosten für dieses Versicherungsprogramm

liegen bei circa zehn Euro pro Person und Jahr. Den größten Teil tragen die Zentral- und die jeweilige Provinzregierung. Bis heute sind 685 Millionen Menschen eingeschrieben. Die Mitgliedschaft ist freiwillig, aber die lokalen Behörden üben einen gewissen Druck auf die Bevölkerung aus, der Versicherung beizutreten.

Das System setzt finanzielle Anreize, die Gesundheitseinrichtungen vor Ort aufzusuchen, indem es bei Nutzung von Gemeindekliniken den größten Anteil der Kosten erstattet, etwa zwei Drittel. Gehen Patienten in ein städtisches Spezialkrankenhaus, erstattet die Versicherung nur etwa ein Drittel der Rechnung. Qualität und Leistungsumfang lokaler Einrichtungen sind indes oft so mangelhaft, dass viele Menschen lieber Spezialkliniken aufsuchen. Die genossenschaftliche Absicherung hat zwar dazu beigetragen, dass Direktzahlungen im Krankheitsfall etwas zurückgegangen sind. Aber noch immer muss die ärmere und daher bedürftigere Bevölkerung aus finanziellen Gründen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen verzichten. Die Ziele der Reformen sind nur teilweise erreicht.

Medizinguthaben für schwere Erkrankungen. Zwar lebt die Mehrzahl der Chinesen immer noch auf dem Land, aber mehrere hundert Millionen wohnen in Städten. Deren Versorgungssituation ist eine ganz andere als in ländlichen Regionen, seitdem China eigene Absicherungsprogramme für die städtische Bevölkerung entwickelt hat. Arbeitnehmer und Arbeitgeber teilen sich hier die Abgaben für die Krankenversicherung: Arbeitnehmer zahlen zwei Prozent ihres Gehalts und Arbeitgeber sechs Prozent der Lohnsumme. Trotz gemeinsamer und einkommensabhängiger Finanzierung handelt es sich aber nicht um eine soziale Krankenversicherung. Die Beiträge fließen teilweise auf ein individuelles Sparkonto, das die Familien bei Bedarf in Anspruch nehmen können. Diese „Medical Savings Accounts“ für medizinische Versorgung erfreuen sich in einigen Ländern Asiens großer Beliebtheit, sind aber auch in den USA anzutreffen. Derartige Medizinguthaben decken nur unzureichend die tatsächlich anfallenden Behandlungskosten bei ernsthaften oder wiederholten Erkrankungen ab. Vor allem aber sehen sie keine Verteilung der finanziellen Gesundheitsrisiken auf viele Schultern vor. Jede Familie spart für sich und kann ihr Guthaben auch nur selbst nutzen. Sozialausgleich und das Solidarprinzip sucht man bei den Savings Accounts vergebens. Gleichzeitig ist dieses System nur für schwere Erkrankungen gedacht. Arztbesuche sind ohnehin aus eigener Tasche zu zahlen. Es gibt zwar einen steuerfinanzierten Solidarfonds, aber dessen Zuschüsse sind auf 40 Prozent der Behandlungskosten begrenzt.

Alterung wird größte Herausforderung. Ein bisher ungelöstes Problem stellt die fehlende soziale Absicherung der etwa 200 Millionen Wanderarbeiter in China dar. Gerade sie sind aufgrund ungesunder Arbeitsbedingungen, sozialer Entwurzelung, ständiger Angst um ihren Arbeitsplatz und anderer gesellschaftlicher Bedingungen einem besonderen Erkrankungsrisiko ausgesetzt. Aber starre bürokratische Vorgaben verhindern, dass sich diese wachsende Bevölkerungsgruppe in den Städten registrieren lassen kann, um in den Genuss medizinischer Versorgung zu

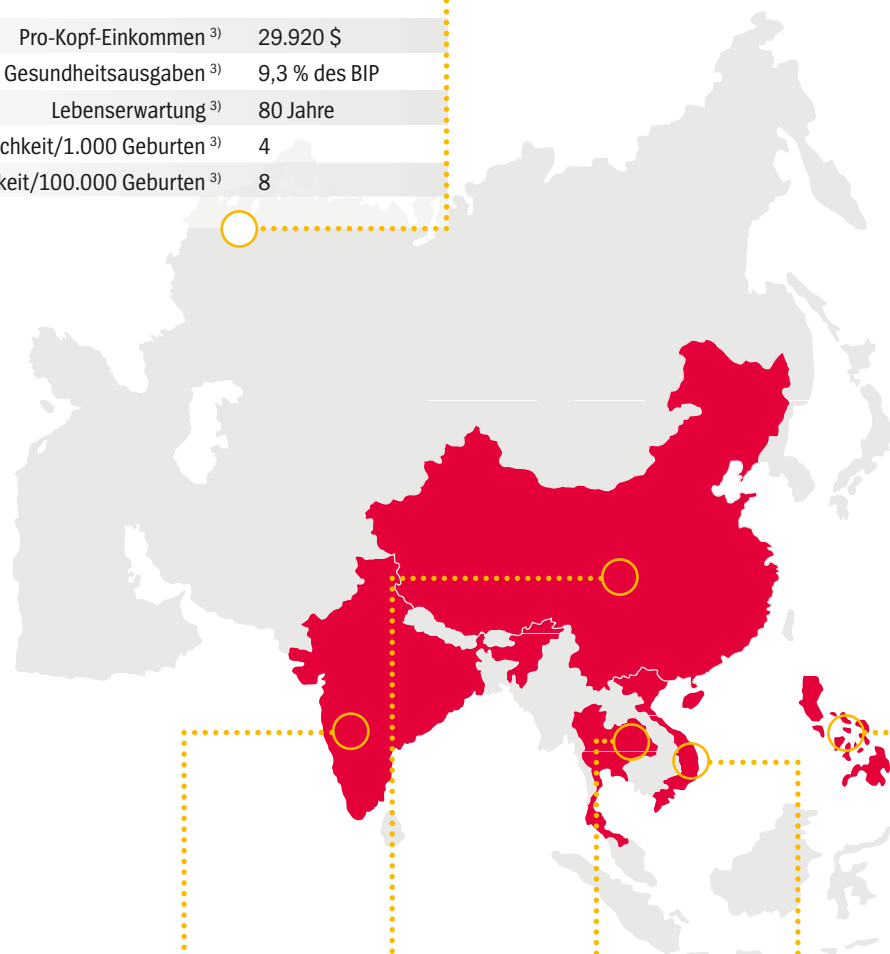


asien

OECD-Durchschnitt

(Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

| | |
|---|---------------|
| Pro-Kopf-Einkommen ³⁾ | 29.920 \$ |
| Gesundheitsausgaben ³⁾ | 9,3 % des BIP |
| Lebenserwartung ³⁾ | 80 Jahre |
| Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten ³⁾ | 4 |
| Müttersterblichkeit/100.000 Geburten ³⁾ | 8 |



Indien China Thailand Vietnam Philippinen

| | Indien | China | Thailand | Vietnam | Philippinen |
|---|------------------------------------|-------------------|----------------------------|-------------------|---------------------|
| Bevölkerungszahl ¹⁾ | 1,24 Milliarden | 1,35 Milliarden | 66,8 Millionen | 88,8 Millionen | 96,7 Millionen |
| Regierungssystem ⁴⁾ | parlamentarisches Regierungssystem | Einparteiensystem | konstitutionelle Monarchie | Einparteiensystem | präsidiale Republik |
| Alphabetisierungsrate ²⁾ | 62,8 Prozent | 95,1 Prozent | 93,5 Prozent | 93,4 Prozent | 95,4 Prozent |
| Bruttoinlandsprodukt (BIP) ¹⁾ | 1.841 Mrd. \$ | 8.227 Mrd. \$ | 365 Mrd. \$ | 141 Mrd. \$ | 250 Mrd. \$ |
| Pro-Kopf-Einkommen ¹⁾ | 3.840 \$ | 9.210 \$ | 9.430 \$ | 3.440 \$ | 4.400 \$ |
| Gesundheitsausgaben ²⁾ | 4,1 % des BIP | 6,1 % des BIP | 3,9 % des BIP | 6,6 % des BIP | 3,6 % des BIP |
| Lebenserwartung ³⁾ | 65,5 Jahre | 73,5 Jahre | 74,1 Jahre | 72,7 Jahre | 72,2 Jahre |
| Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten ²⁾ | 45 | 15 | 15 | 20 | 18 |
| Müttersterblichkeit/100.000 Geburten ²⁾ | 200 | 37 | 48 | 59 | 99 |

Quellen: ¹⁾ worldbank.org 2012, ²⁾ CIA World Factbook 2010/2011, ³⁾ stats.oecd.org 2011, ⁴⁾ bpd.de 2013 (Recherche: Jim Funke-Kaiser)



kommen. Insgesamt sind die soziale Absicherung und Gesundheitsversorgung der Bevölkerung Chinas heute erheblich schlechter als unter den Bedingungen der ehemaligen sozialistischen Planwirtschaft. Trotz seiner viel besseren grundlegenden Gesundheitsindikatoren im Vergleich zu Indien kommt auf China zudem bereits in naher Zukunft ein weiteres Problem zu. Nach jahrelanger Ein-Kind-Politik hat sich die Alterspyramide nach oben deutlich verbreitert. Es erscheint ungewiss, ob bloßes Wirtschaftswachstum die Folgen des demografischen Wandels kompensieren kann. Die Gewährleistung und die Finanzierung der medizinischen Versorgung seiner rasch alternden Bevölkerung dürfte bald die größte sozialpolitische Herausforderung im Reich der Mitte werden.

THAILAND

In Thailand begann die Geschichte der sozialen Absicherung im Krankheitsfall Mitte der 1970er Jahre mit der Einführung einer Krankenkassenkarte für Arme und Bedürftige. Ab 1980 baute das südostasiatische Land soziale Krankenversicherungen für Angehörige des öffentlichen Dienstes (Civil Servant Medical Benefit Scheme, CSMBS) und für Beschäftigte der Privatwirtschaft (Social Security Scheme, SSS) auf. 1983 kam die steuerlich subventionierte Krankenversicherung für den informellen Sektor hinzu.

Die entscheidenden Reformen auf dem Weg zu universeller Sicherung leitete Thailand mit der neuen Verfassung von 1997 ein, die allen Bürgern gleiches Recht auf Krankenversicherung zubilligt. Bemerkenswert ist dabei, dass sich das Land inmitten der Asienkrise und trotz Wirtschaftsflaute zu umfassenden sozialpolitischen Maßnahmen entschloss – in klarer Abgrenzung von der chinesischen Logik der Ausgabenbegrenzung. Eine entscheidende Rolle spielte die Thai-Rak-Thai-Partei (TRT), die sich die Einführung allgemeiner sozialer Absicherung im Krankheitsfall auf die Fahnen geschrieben hatte und nach dem

Wahlsieg 2001 ihren Worten Taten folgen lassen musste. Mit der Gesundheitsreform von 2002 führte die TRT-Regierung neben den beiden Sozialkassen für formal Beschäftigte eine steuerfinanzierte dritte Säule für den informellen Sektor und Bedürftige ein. Sie bot allen Thais für eine geringe Selbstbeteiligung von 30 Baht (knapp 80 Cent) vergleichsweise umfangreiche medizinische Versorgung; ganz arme Menschen waren von dieser Zuzahlung befreit.

Modell für Südostasien. Tatsächlich hat die thailändische Bevölkerung heute weitaus besseren Zugang zu Gesundheitsleistungen als die Menschen in den Nachbarländern Kambodscha, Laos oder Myanmar. Nach schrittweiser Ausweitung des Leistungspakets auf komplexere Leistungen einschließlich Herzoperationen können alle Thais heute unabhängig von ihrem Einkommen die gleichen Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen. Allerdings bestehen gewisse Unterschiede im Leistungsumfang und vor allem in der Bezahlung von Ärzten und Krankenhäusern zwischen den Sozialversicherungen für formal Beschäftigte und dem ehemaligen 30-Baht und heutigen Universal-Coverage-System. Das thailändische Gesundheitsfinanzierungssystem gilt mittlerweile als Modell in Südostasien. Innerhalb kurzer Zeit gelang die Ausweitung der sozialen Absicherung auf die Gesamtbevölkerung. Entscheidend waren dabei politischer Wille und Interesse an einer grundlegenden Verbesserung der Gesundheitsversorgung als wesentliche Voraussetzung für nachhaltiges Wirtschaftswachstum.

PHILIPPINEN

Die Philippinen können auf nahezu ein halbes Jahrhundert sozialer Absicherung im Krankheitsfall zurückblicken. Ende der 1960er Jahre entstand das Nationale Krankenversicherungsprogramm (National Health Insurance Program, NHIP). Nach dem Vorbild der ehemaligen Kolonialmacht USA bot das landläufig Medicare genannte NHIP Beschäftigten des formalen Sektors soziale Absicherung über den Arbeitsplatz. Im Rahmen ihrer Gesundheitsreform rief die Regierung 1995 die Philippine Health Insurance Corporation (PhilHealth) ins Leben. Sie stand nicht mehr allein den Mitarbeitern des öffentlichen Dienstes und formal Beschäftigten von Privatunternehmen offen. PhilHealth erhielt neben Beiträgen auch Steuermittel, um Arme und Mittellose zu versichern. Und das Individuelle Beitragsprogramm (Individual Paying Program, IPP) richtete sich an die große Zahl der Philippinos, die ihren Lebensunterhalt als Kleinbauern, Händler, selbstständige Handwerker oder anderweitig ohne formales Beschäftigungsverhältnis verdienen. Allen PhilHealth-Versicherten steht seither dasselbe Leistungspaket zur Verfügung, unabhängig davon, ob sie einen lohnabhängig gestaffelten Beitrag oder eine Kopfpauschale für informelle Tätigkeit bezahlen oder die öffentliche Hand ganz für ihre Beiträge aufkommt.

Mitgliedskarten als Wahlkampfinstrument. So weit die Theorie. Die Praxis sieht anders aus. Das steuerfinanzierte Programm für die Armen verkam zu einem Wahlkampfinstrument. Vor Parlaments-, Gouverneurs- und Parlamentswahlen erkaufen

Millenniumsziele

Wie gerecht und gesund soll die Welt sein?

Im Jahr 2000 verabschiedeten die Vereinten Nationen die Millenniumserklärung. Darin verpflichteten sich die 193 Mitgliedsstaaten bis 2015 zur Erreichung relevanter Entwicklungsziele, an erster Stelle zur Verminderung der weltweiten Armut. **Drei von insgesamt acht Zielen haben explizit Bezug zur Gesundheit: Die Senkung der Kinder- und der Müttersterblichkeit um jeweils 75 Prozent sowie die Verringerung der Ausbreitung der wichtigsten Infektionskrankheiten HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria.** Viele Länder werden die Millenniumsziele nicht erreichen. Vor allem die Sterblichkeit von Schwangeren und Gebärenden ist nach wie vor in vielen Ländern sehr hoch. Das liegt auch an den hohen Kosten für die medizinische Versorgung. So stirbt beispielsweise in Afghanistan eine von 32 Frauen im Lauf ihres Lebens im Rahmen einer Geburt. **Hohe Ausgaben im Krankheitsfall stellen das wichtigste Armutsrisiko weltweit dar, soziale Absicherung im Krankheitsfall nimmt daher eine herausragende Stellung ein.** Zurzeit diskutiert die Staatengemeinschaft über die Ziele für die Zeit nach 2015 und denkt dabei über umfassendere Ansätze der Gesundheitsvorsorge und -versorgung nach.

Holst/Schmidt

sich die etablierten Kandidaten regelmäßig Stimmen mit PhilHealth-Mitgliedskarten. Der Anteil der krankenversicherten Bevölkerung in Wahlkampfzeiten steigt regelmäßig auf über 80 Prozent an. Da die Karten nur für ein Jahr Gültigkeit haben, entfernen sich die Philippinen nach kurzer Zeit immer wieder vom Ziel universeller Absicherung.

Zugleich hat bisher nur eine Minderheit der informell tätigen Philippinos das Angebot einer freiwilligen Krankenversicherung über PhilHealth in Anspruch genommen. Viele überfordert selbst ein Beitrag von 1.200 Pesos (22 Euro) im Jahr. Für besser gestellte Selbstständige dagegen sind Angebot und Versorgungsqualität der PhilHealth-Leistungen nicht gut genug. Sie ziehen Behandlungen im Privatsektor vor. Seit etlichen Jahren versucht die Krankenkasse daher, Kooperativen und anderen Organisationen günstige Gruppentarife anzubieten, um die Zahl informell beschäftigter Mitglieder zu steigern. Doch auch hier sind die Erfolge mehr als bescheiden. Der letzte Regierungswechsel hat neue Hoffnung auf eine Verbesserung der sozialen Absicherung im Krankheitsfall geweckt. Die Philippinen stehen unter wachsendem Druck, das bereits für 2010 angepeilte Ziel der universellen Absicherung zu erreichen. Bisher verfolgte PhilHealth in erster Linie Immobilien- und Finanzinvestitionen, statt sich um die Kernaufgaben einer Krankenkasse zu kümmern. Mehr als die Hälfte des Rechenschaftsberichts 2009 befasst sich mit Renditen, Immobilienerlösen und Kapitalerträgen; Angaben über Leistungen und Leistungsausgaben fehlen gänzlich. Im anders gestalteten Jahresbericht 2011 nahmen diese Ergebnisse immerhin schon ein Drittel ein.

VIETNAM

Auch andere Länder im südlichen Asien arbeiten am Aufbau sozialer Sicherungssysteme. Dabei stecken beispielsweise Laos und Kambodscha noch in den Anfängen und beschränken sich auf grundlegende Gestaltungsfragen. Vietnam hingegen bietet den meisten Bürgern soziale Absicherung im Krankheitsfall über eine soziale Krankenversicherung. Sie schließt 25 Versicherten-Gruppen wie Angestellte des öffentlichen und privaten Sektors, Rentner, Schüler und Studenten, ethnische Minderheiten und Arme ein. Die Beiträge sind kaufkraftabhängig und belaufen sich auf 4,5 Prozent des verfügbaren Einkommens beziehungsweise gesetzlichen Mindestlohns. Für Bedürftige und einkommensschwache Haushalte übernimmt der Staat die Zahlung ganz oder teilweise. Das Hauptaugenmerk bei den laufenden Reformvorhaben liegt auf der Honorierung von Leistungserbringern und der Ausgabenbegrenzung. In der Primärversorgung erhalten die Gesundheitseinrichtungen zukünftig Kopfpauschalen für die dort registrierten Versicherten. Die Honorierung von Fachärzten und Krankenhäusern soll nur noch teilweise per Einzelleistungsvergütung erfolgen. An ihre Stelle treten zunehmend bevölkerungsabhängig berechnete Pauschalen, bevor die vollständige Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf diagnosebezogene Fallpauschalen folgt. Mit der schrittweisen Überwindung der Einzelleistungsvergütung will das Land Leistungsausweitungen und Ausgabensteigerungen bremsen. Gesundheit für alle soll bezahlbar bleiben.



JENS HOLST, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet seit fast 15 Jahren als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit in den Themenbereichen Gesundheitsfinanzierung, soziale Sicherung und Gesundheitssystem-Entwicklung. Dabei ist er weltweit für die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), für AOK Consult und für andere Organisationen im Einsatz, unter anderem in Bolivien,

El Salvador, Jemen, Kenia, Laos, Paraguay, Peru, Philippinen, Syrien und Tansania. Darüber hinaus ist er Dozent für Angewandte Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Magdeburg-Stendal und im Postgraduierten-Programm der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung der Universität Chile in Santiago. Außerdem schreibt er über soziale Sicherungssysteme, Mythen in der gesundheitspolitischen Debatte, Zuzahlungen und andere gesundheitspolitische Themen.

www.jens-holst.de; drdrjensholst@web.de



JEAN-OLIVIER SCHMIDT leitet das Kompetenzzentrum Soziale Sicherung in der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. Außerdem verantwortet er das globale Sektorprogramm P4H, dessen Ziel es ist, Länder auf dem Weg zu Sozialer Absicherung im Krankheitsfall zu unterstützen. Vorher hat er in Ostafrika (Kenia, Ruanda) in Gesundheitsprogrammen gearbeitet sowie in Südasien (Bangladesh, Indien) Program-

me der deutschen Entwicklungszusammenarbeit zu Gesundheit und Sozialer Sicherung geleitet. Er veröffentlicht regelmäßig zu diesen Themen in Fachzeitschriften und Buchpublikationen. Schmidt fasst seine Motivation so zusammen: „Jeder Mensch sollte unabhängig davon, wie viel Geld er hat, angemessene Basisgesundheitsdienste nutzen können – das ist auch eine Frage der globalen Gerechtigkeit. Weiter entwickelte Länder können dabei die anderen technisch und finanziell unterstützen.“

Jean-Olivier.Schmidt@giz.de

Solidarische Finanzierung ist unverzichtbar. So verschieden die Länder in Asien sind, so zeigen die Erfahrungen der vergangenen zehn Jahre doch in eindrucksvoller Weise, wie sie den wirtschaftlichen Aufschwung nutzen, um wachsenden Ungleichheiten mit sozialpolitischen Maßnahmen zu begegnen. Mit Gesundheit können sich Politiker im Wahlkampf gut profilieren. Bei allen Unterschieden in Kultur und Gesellschaft scheint Einigkeit darin zu bestehen, dass solidarische Finanzierung und Risikoverteilung für Gesundheitssysteme unverzichtbar sind. Die größten Herausforderungen bilden im Moment die Einbeziehung des riesigen informellen Sektors und die Regulierung privater Anbieter. Dabei könnten die Länder auch von deutschen Erfahrungen profitieren. ■