

2

GESUNDHEIT GLOBAL



afrika



Sozialsysteme fördern Wachstum

In einigen Staaten Afrikas stabilisiert sich die Gesellschaft und die Wirtschaft wächst.

Diese Länder wollen ihre Gesundheitsversorgung ausbauen. Zur sozialen Absicherung der ganzen Bevölkerung ist es aber ein weiter Weg. Teil 2 der G+G-Serie „Gesundheit global“ ist ein Lagebericht aus Südafrika, Kenia, Ruanda und Ghana von [Jens Holst](#) und [Jean-Olivier Schmidt](#).

Afrika tritt in der deutschen Öffentlichkeit zumeist als Krisenherd und Katastrophengebiet in Erscheinung. Gemeinhin sind mit dem Kontinent Bilder des Elends assoziiert: Bürgerkriege, Dürre, Hungersnot und andere Katastrophen, Armut, Aids-Waisen und Bootsflüchtlinge auf dem Mittelmeer – ein gebeutelter Kontinent. Allen Vorurteilen zum Trotz ist der „schwarze Kontinent“ keineswegs so einheitlich, wie es aus nord- und mitteleuropäischer Perspektive erscheinen mag. In mehreren Ländern haben sich die Bedingungen in den letzten zehn Jahren erheblich verändert. Vielerorts stehen die Zeichen auf Hoffnung. Nirgends wächst die Wirtschaft so rasch wie in einigen Ländern südlich der Sahara. Es gibt demokratische Reformbewegungen und zunehmend friedliche Regierungswechsel. Die Bevölkerung ist jung und hat ein höheres Bildungsniveau als je zuvor. Die Entwicklungschancen des Kontinents ziehen immer mehr Investoren aus dem Ausland an. Vor allem China hat Afrika längst als Kontinent für Investitionen entdeckt. Die wirtschaftliche Ent-

wicklung führt in etlichen Ländern allerdings auch zu wachsenden sozialen Ungleichheiten und Spannungen. Deshalb nimmt der gesellschaftspolitische Handlungsbedarf zu. Vor allem sozial gerechter Zugang zu medizinischen Leistungen ist in das Blickfeld der Politik gerückt, die nach neuen Wegen zu universeller Absicherung im Krankheitsfall sucht.

Weltbank rät nun von Eigenbeteiligungen ab. Ein gesundheitspolitischer Meilenstein war die Bamako-Konferenz 1987 in der Hauptstadt Malis. Damals standen die meisten afrikanischen Länder vor der Herausforderung, trotz immer knapperer Kassen das öffentliche Gesundheitssystem aufrecht zu erhalten. Unter dem Druck von Weltbank, Internationalem Währungsfonds (IWF) und anderen Organisationen entschieden die anwesenden afrikanischen Gesundheitsminister bei der Konferenz, die Bevölkerung stärker am Gesundheitswesen zu beteiligen – vor allem in finanzieller Hinsicht. Entscheidendes Ergebnis der Bamako-Konferenz war die umfassende Einführung von Nut-



zergebühren. Es zeigte sich jedoch, dass Eigenbeteiligungen der Patienten die finanziellen Engpässe der Gesundheitsversorgung nicht überwinden konnten. Vielmehr hielten diese Gebühren vor allem die arme Bevölkerung von der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ab. Ein Vierteljahrhundert nach der Konferenz in Mali sind sich die meisten Politiker heute einig, dass die Beteiligung der Patienten an den Kosten ihrer Behandlung keine Lösung ist. Direktzahlungen im Krankheitsfall gelten inzwischen als sozial ungerecht und ausgrenzend. Inzwischen rät sogar die Weltbank davon ab.

Gesundheitssektor ist gewachsen. Lange überschätzte die Entwicklungszusammenarbeit auch das Potenzial gemeindebasierter Krankenversicherungen: Heute weiß man, dass sie allenfalls mit staatlicher Unterstützung dauerhaft zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall beitragen können. Auf der Suche nach neuen Finanzierungsquellen eröffnen Wirtschaftswachstum und die Erschließung von Rohstoffen neue Möglichkeiten. Bei ihrem Treffen in der nigerianischen Stadt Abuja im Jahr 2001 einigten sich die Länder der Afrikanischen Union (alle Staaten Afrikas außer Marokko) darauf, 15 Prozent der öffentlichen Haushaltsausgaben in das Gesundheitswesen fließen zu lassen. Diese Vorgabe hat in vielen Ländern zu einer wachsenden Bedeutung des Gesundheitssektors geführt. Das ehrgeizige Ziel haben allerdings nur wenige Staaten erreicht.

Bei allen grundlegenden Gemeinsamkeiten wählen die Länder Afrikas ihren jeweils eigenen Weg zu universeller Absicherung und sozial gerechter, nachhaltiger Gesundheitsfinanzierung. Dabei stehen die ostafrikanischen Staaten Kenia und Ruanda, das westafrikanische Ghana und Südafrika exemplarisch für die verschiedenen Ansätze. Gemeinsam ist den vier Ländern das Streben nach universeller Absicherung im Krankheitsfall unter erschwerten Bedingungen: weit verbreitete Armut, ein großer informeller Sektor (Kleinbauern, Händler und Handwerker ohne formale Beschäftigung) und teils unzuverlässige öffentliche Strukturen stellen jede Form der sozialen Absicherung vor große Herausforderungen.

RUANDA

Das kleine, dichtbevölkerte „Land der tausend Hügel“ im Herzen Afrikas geriet 1994 in die internationalen Schlagzeilen, als innerhalb weniger Wochen hunderttausende Menschen bei einem Genozid umkamen. Nach der Beendigung des Bürgerkrieges durch den damaligen General Paul Kagame hat sich die politische Situation im Land stabilisiert. Ruanda macht heute eher durch erfreuliche Nachrichten auf sich aufmerksam. So auch im Gesundheitswesen: Binnen weniger Jahre gelang es der Regierung, fast die gesamte Bevölkerung unter den Schirm von

„Wir stellen Expertise und Finanzmittel bereit“



Annette Widmann-Mauz ist Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit.

G+G: Die Bundesregierung hat ein Konzept zur globalen Gesundheitspolitik entwickelt. Mit welchen Zielen?

Widmann-Mauz: Wir wollen mit unseren Partnern gemeinsam handeln und so Verantwortung übernehmen für die Verbesserung der Gesundheit weltweit. Das bereits vielfältige Engagement deutscher Akteure soll noch besser koordiniert werden, um die Wirksamkeit unseres Beitrags zu erhöhen. Wir wollen die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland nachhaltig schützen und verbessern. Dies kann in einer globalisierten Welt nur durch weltweite Zusammenarbeit gelingen. Viele Gesundheitsprobleme manifestieren sich zwar vor Ort, haben ihren Ursprung aber in komplexen

globalen Zusammenhängen. Wir stellen deutsche Erfahrungen, Expertise und Finanzmittel bereit und helfen unseren Partnern dabei, nachhaltig finanzierte und sozial gerechte Gesundheitssysteme aufzubauen. Damit tragen wir weltweit zur Armutsbekämpfung, zu wirtschaftlicher Leistungsfähigkeit und zum gesellschaftlichen Zusammenhalt bei.

G+G: Welche Arbeitsschwerpunkte hat Deutschland in der globalen Gesundheitspolitik?

Widmann-Mauz: Das Konzept fokussiert auf fünf Schwerpunkte, in denen Deutschland Stärken aufweist. Dazu gehört, dass wir wirksam vor grenzüberschreitenden Gesundheitsgefahren schützen, Gesundheitssysteme weltweit stärken, intersektorale Kooperationen ausbauen und die globale Gesundheitsarchitektur stärken. Zudem setzen wir in der Gesundheitsforschung und Gesundheitswirtschaft Impulse für die globale Gesundheit. Das Konzept lässt aber auch Raum für individuelle Ansätze, um den jeweiligen Besonderheiten und neuen Herausforderungen gerecht zu werden.

G+G: Mit wem kooperiert das Bundesgesundheitsministerium dabei?

Widmann-Mauz: Globale Gesundheitsfragen stehen in engem Zusammenhang mit anderen Politikfeldern wie Entwicklung, Sicherheit, Handel, Wirtschaft, Menschenrechte, Umwelt und Ernährung. Aus diesem Grunde sind sektorübergreifende wie auch ressortübergreifende Lösungsansätze gefragt. Neben den verschiedenen Bundesressorts sind die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit, die KfW-Bankengruppe, aber auch das Robert Koch-Institut, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, das Paul-Ehrlich-Institut und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte in viele internationale Aktivitäten eingebunden. Uns war von Anfang an aber auch wichtig, dass die Zivilgesellschaft in die Entwicklung des Konzepts einbezogen wird. Das ist ein wesentlicher Unterschied zu Konzepten anderer Länder. ■

Konzept zum Download: www.bmg.bund.de > Gesundheitssystem > Internationale Zusammenarbeit > Globale Gesundheitspolitik > PDF „Globale Gesundheitspolitik gestalten“

„Mutuelles de Santé“ zu bringen. Dabei handelt es sich um gemeindebasierte, von Kommunalvertretern beaufsichtigte und verwaltete Krankenversicherungen. Die Verantwortlichen müssen in regelmäßigen Gemeindefitzungen Rechenschaft über die Verwendung der eingenommenen Gelder ablegen. Solche Kleinst-Krankenversicherungen sind vor allem im französischsprachigen Afrika weit verbreitet. Sie erreichen aber in den anderen Ländern nicht annähernd so einen großen Bevölkerungsanteil wie in Ruanda.

Hochzeit nur mit Versichertenkarte. Worauf lässt sich dieser bemerkenswerte Erfolg zurückführen? Eine Besonderheit in Ruanda ist sicherlich das überaus straffe, um nicht zu sagen autoritäre Regierungssystem in dem einstigen Königreich. Anordnungen des heutigen Präsidenten Paul Kagame erreichen in kürzester Zeit jeden Bürgermeister. Der ehemalige General will sein Ruanda zu einem Musterland umbauen, das ausländische Investitionen anzieht. Um dieses Ziel zu erreichen, greift er zu ungewöhnlichen Mitteln: Nicht nur alle Minister in seinem Kabinett, auch jede lokale Selbstverwaltung hat einen direkten Leistungsvertrag mit dem Präsidenten. Jahr für Jahr muss ihm jeder Bürgermeister Rede und Antwort stehen zu einer Reihe von vereinbarten Zielgrößen – dazu gehört auch die Mitgliederzahl der kommunalen Mutuelles. Um ihre Vorgaben zu erreichen, üben wiederum die Bürgermeister Druck auf die Menschen aus, den Mitgliedsbeitrag an die lokale Krankenkasse zu entrichten, indem sie sich beispielsweise auf dem Standesamt vor einer Trauung die Krankenversicherungskarte vorlegen lassen. Die Regierung überwacht die Entwicklung ihres Prestigeprojektes Mutuelles mit Argusaugen, bei Bedarf auch höchstpersönlich. Gesundheitsministerin Agnès Binagwaho stellt klar: „Wenn mir zu Ohren kommt, dass jemand in die Kasse gegriffen hat, um sich persönlich zu bedienen, dann gehe ich selber dahin und stelle die Verantwortlichen zur Rede.“

Beitrag richtet sich nach geschätztem Einkommen. In einem Land, in dem die meisten Menschen von Subsistenzwirtschaft leben, können viele nicht oder nur mit großer Mühe einen Krankenversicherungsbeitrag aufbringen, selbst wenn es nur einige Euro im Jahr sind. Die Regierung finanziert daher aus Steuermitteln und mit Unterstützung externer Geber die Beiträge der ärmsten Ruander – immerhin ein Viertel der Bevölkerung. Alle anderen Bürger entrichten Beträge zwischen drei bis sieben Euro pro Jahr, gestaffelt nach geschätztem Einkommen. Bemessungsgrundlage hierfür sind Kriterien, die an das System der Beitragsbemessung bei deutschen Landwirten erinnern: Die Höhe des Beitrags richtet sich unter anderem nach Größe und Fruchtbarkeit des Ackerlandes. Auf Distriktebene hat die Regierung auch eine Art Risikostrukturausgleich eingerichtet, der in finanzielle Not geratene Mutuelles de Santé unterstützt.

Geld reicht nur für die Grundversorgung. Die Hauptlast der Finanzierung liegt weiterhin bei der Zentralregierung und internationalen Gebern. Insgesamt belaufen sich die jährlichen Pro-Kopf-Gesundheitsausgaben in Ruanda auf umgerechnet knapp 50 Euro. Obwohl derzeit nur ein kleiner Teil dieser Aus-

Internationale Partnerschaften

Exportschlager Krankenkasse

Mit der Verabschiedung des Reichsversicherungsgesetzes von 1883 unter Otto von Bismarck übernahm Deutschland weltweit eine Vorreiterrolle in der sozialen Absicherung. Seither hat sich das System als anpassungsfähig und nachhaltig erwiesen. Viele Länder in Europa und anderswo folgten dem deutschen Beispiel und führten soziale Krankenversicherungen ein.

Deutschland unterstützt andere Länder beim Aufbau und der Weiterentwicklung von Gesundheits- und sozialen Sicherungssystemen. Das geschieht zum einen über mehr als 30 bilaterale Programme in Partnerländern der deutschen Entwicklungszusammenarbeit. Dazu gehören zurzeit Burundi, Kenia, Tansania, Ruanda, Uganda, Malawi, Mozambik, Südafrika und Namibia.

Hier zeigen Berater der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz) neue Perspektiven und andere Modelle auf und geben Denkanstöße. Gemeinsam mit Fachleuten und Politikern vor Ort überlegen sie, welche Systemansätze und -elemente zu den lokalen Gegebenheiten passen und wie man sie anpassen kann. **Hierbei spielt der Süd-Süd-Austausch eine zunehmende Rolle, das heißt Länder auf einem ähnlichem Entwicklungsstand arbeiten gemeinsam an bestimmten Fragen.** Die giz versucht, diese Form der Kooperation zu unterstützen und zu moderieren.

Außerdem gehört die Bundesrepublik als eine der führenden Wirtschaftsnationen zu den größten Geldgebern multilateraler Institutionen wie der Weltbank, der Weltgesundheitsorganisation und des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria. ■

P4H: Globales Netzwerk bündelt Hilfe

Um das Thema „Soziale Absicherung im Krankheitsfall“ in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit zu fördern, rief die Bundesregierung gemeinsam mit der französischen Regierung im Jahr 2007 die Initiative Providing for Health (P4H) ins Leben, die mittlerweile weiter gewachsen ist. Alle bilateralen (Deutschland, Frankreich, Spanien, Schweiz) und multilateralen Partner (Weltbank, Weltgesundheitsorganisation, Afrikanische Entwicklungsbank) haben sich verpflichtet, **in den Entwicklungsländern an einem Strang zu ziehen und ihre gesundheitspolitische Beratung zu bündeln.** Zurzeit nehmen weltweit zwanzig Länder die Unterstützung des P4H-Netzwerks in Anspruch.

Seit vielen Jahren setzt sich Deutschland auf internationalen Foren und Gremien wie der Weltgesundheitsversammlung oder der Generalversammlung der Vereinten Nationen dafür ein, der sozialen Absicherung im Krankheitsfall mehr Gewicht beizumessen und die Staatengemeinschaft zum gemeinsamen Vorgehen gegen soziale Ausgrenzung und krankheitsbedingte Verarmung zu bewegen. Erfolge waren hierbei Resolutionen der Weltgesundheitsversammlung 2011 und der Generalversammlung der Vereinten Nationen 2012. ■

Jens Holst/Jean-Olivier Schmidt

Mehr Infos:

www.who.int > programmes and projects > providing for Health



gaben über die Mutuelles finanziert ist, sieht die ruandische Regierung deren Beitrag als einen Weg für die Zukunft, um langfristig die Abhängigkeit von nationalen Steuereinnahmen zu verringern und die Bevölkerung direkt am Aufbau des Landes zu beteiligen. Trotz finanzieller Beteiligung der Regierung und internationaler Geber steht der Bevölkerung nur ein schmaler Leistungskatalog zur Verfügung. Mehr ist mit den geringen Beiträgen schwerlich finanzierbar. Auf dem Land gibt es zumeist nur eine Grundversorgung. In den größeren Städten und in der Hauptstadt Kigali stehen sehr eingeschränkt weiterführende Versorgungsmöglichkeiten wie Kaiserschnitt-Entbindungen, Inkubatoren für Frühgeborene, Leistenbruch- und andere einfachere Operationen zur Verfügung. Darauf haben – zumindest in der Theorie – auch Mitglieder der Mutuelles de Santé Anspruch.

Vorbild für andere Gesundheitssysteme. Auch wenn zeitgleich andere Reformen im ruandischen Gesundheitswesen stattfanden, beispielsweise die Einführung einer teilweise leistungsbezogenen Honorierung bei Erfüllung bestimmter Qualitätskriterien, hat die Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes in Ruanda zweifellos zu den beachtlichen Erfolgen beigetragen. Vor allem die Säuglings- und Müttersterblichkeit ist in den vergangenen zehn Jahren kontinuierlich gesunken. Die Anzahl der Aids-, Tuberkulose- und Malaria-Opfer ging in den letzten Jahren um 80 Prozent zurück. Dies ist bei den relativ bescheidenen Gesundheitsausgaben als großer Erfolg zu werten. Ruanda ist zum Vorbild für andere Gesundheitssysteme in Schwarzafrika geworden.

SÜDAFRIKA

Das Gesundheitswesen der Regenbogennation ist sehr widersprüchlich. So erregte der Chirurg Christiaan Barnard bereits Ende der 1960er Jahre in Kapstadt mit der weltweit ersten Herztransplantation großes Aufsehen, die übrigens in einem öffentlichen Krankenhaus stattfand. Der schwarzen Bevölkerungsmehrheit stand gleichzeitig unter dem Apartheid-Regime nur eine dürftige Versorgung zu. Die Kluft zwischen einer High-Tech-Medizin, die vor allem weißen Südafrikanern zugute kommt, und einer kärglichen öffentlichen Basisgesundheitsversorgung in dem Land mit einer der weltweit höchsten HIV-Infektionsraten ist seither gewachsen. Denn viele Jahre lang kümmerte sich niemand um Qualitätssicherung in öffentlichen Gesundheitszentren und Krankenhäusern. Wer immer es sich in Südafrika leisten kann, versichert sich bei einer privaten Krankenkasse, die wie Pilze aus dem Boden geschossen sind, um private Praxen oder Kliniken in Anspruch nehmen zu können. Heute hat Südafrika in der Gesundheitsversorgung de facto ein Zweiklassensystem.

Qualitätsstandards für öffentliche Einrichtungen. Inzwischen gibt es aber ernsthafte politische Bemühungen um die Einführung einer landesweiten sozialen Krankenversicherung (siehe Interview auf Seite 36). Südafrika hat sich zum Ziel gesetzt, die

Absicherung im Krankheitsfall in den nächsten zwölf Jahren auf die gesamte Bevölkerung auszudehnen. In einem ersten Schritt bemüht sich die Regierung um die

Umsetzung von Qualitätsstandards in den öffentlichen Einrichtungen, um einheitliche Minimalanforderungen an die Krankenversorgung durchzusetzen. Außerdem ist eine größere Verwaltungsautonomie der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen geplant. Dort soll das Gesundheitsministerium in Zukunft aktiv Leistungen einkaufen, anstatt diese weiterhin über ein festgelegtes Budget zu finanzieren. Versicherte der nationalen Krankenkasse sollen auch medizinische Leistungen privater Anbieter nutzen können. Dazu ist eine effektive Regulierung des privaten Versorgungssektors durch die öffentliche Hand erforderlich. Das sind komplexe und politisch anspruchsvolle Reformen, für die bisher Kapazitäten fehlen. Daher testet Südafrika die neuen Aufgaben, Rollen und Abläufe zunächst in ausgewählten Pilotdistrikten.

KENIA

Das Motto im Staatswappen Kenias lautet „Harambe“. Das bedeutet so etwas wie Gemeinsinn, umfasst also auch den Begriff Solidarität. Vielleicht hat daher Kenia die älteste Krankenversicherung Afrikas, den „National Hospital Insurance Fund“ (NHIF). Wie schon der Name sagt, übernimmt der 1966 gegründete Versicherungsträger für seine knapp drei Millionen Mitglieder fast ausschließlich stationäre Behandlungskosten. Hierfür hat der NHIF 500 Leistungsverträge sowohl mit öffentlichen als auch mit privaten Krankenhäusern abgeschlossen.

Allerdings erfasst diese soziale Krankenversicherung nicht einmal jeden zehnten Kenianer – ganz überwiegend formal beschäftigte Arbeitnehmer, deren Unternehmen Sozialabgaben abführen müssen. Zwar können die im informellen Sektor Tätigen für sich und ihre Kinder für einen monatlichen Beitrag von 1,60 Euro eine Krankenversicherung abschließen, sofern sie sich eine Mitgliedschaft finanziell überhaupt leisten können. In der Praxis tut dies allerdings kaum jemand.

Das liegt sicherlich auch an der großen Zurückhaltung des NHIF, auf die Menschen im informellen Sektor zuzugehen und sie für die Krankenkasse zu begeistern. Zu groß ist im Management die Sorge vor finanziellen Verlusten. „Können wir uns das leisten, oder gefährdet das unsere Zahlungsfähigkeit?“, fragt der NHIF-Vorsitzende Richard Kerich jedes Mal, wenn es um eine Ausweitung des Krankenversicherungsschutzes in Kenia geht, sei es durch Aufnahme von Menschen aus dem informellen Sektor oder sei es durch Kostenübernahme für die ambulante Versorgung.

Viele wissen nichts vom Versicherungsangebot. Aber es gibt auch andere Gründe, zum Beispiel mangelndes Wissen in der Bevölkerung. Pascal, ein Taxifahrer in Nairobi, reagiert spontan begeistert, als er von den Vorteilen der Mitgliedschaft erfährt: „Ich gehe morgen hin, um mich und meine Kinder registrieren zu lassen – das ist ja eine sehr erschwingliche Summe“. Viele Menschen in der umtriebigen Wirtschaftsmetropole Nairobi könn-

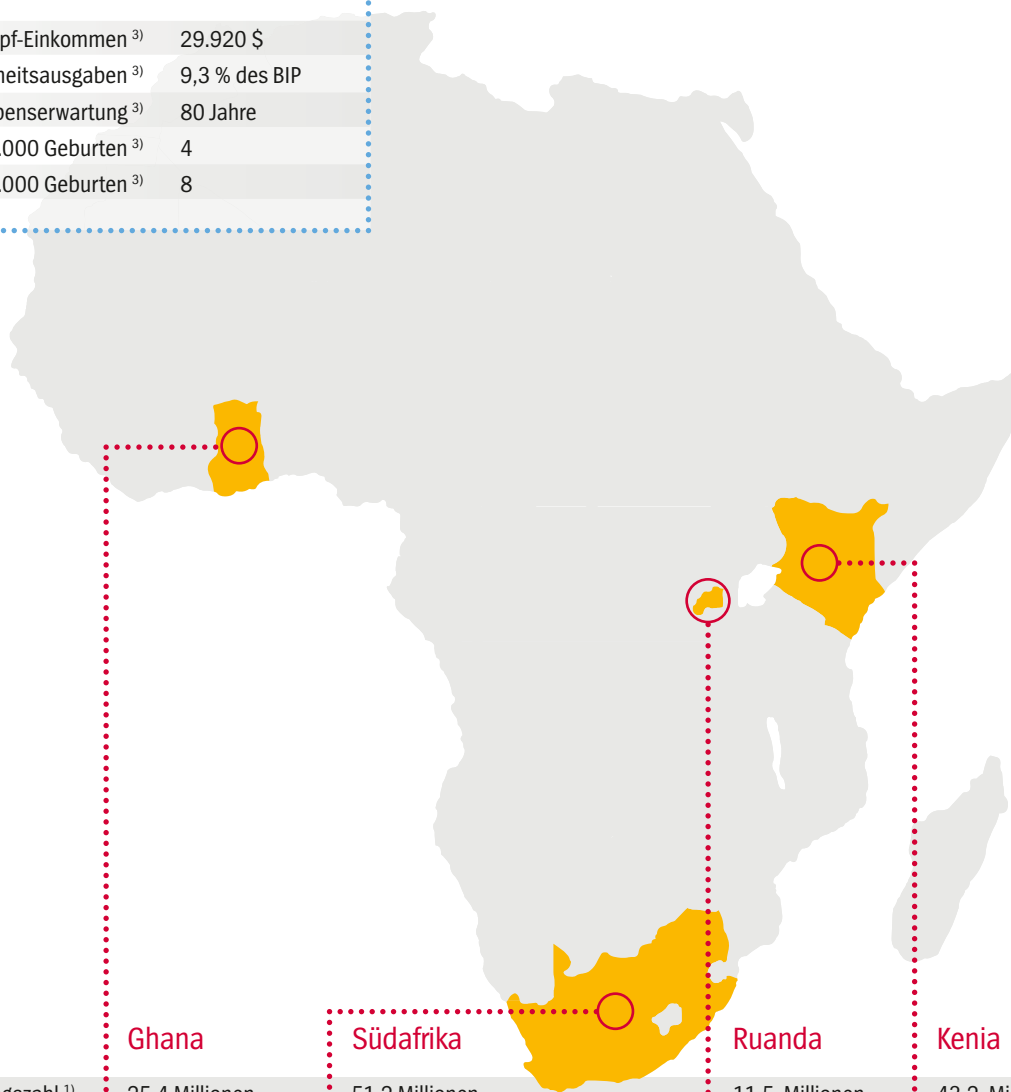


afrika

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



Ghana

Südafrika

Ruanda

Kenia

Bevölkerungszahl ¹⁾	25,4 Millionen	51,2 Millionen	11,5 Millionen	43,2 Millionen
Regierungssystem	Präsidentielles Regierungssystem	Parlamentsgebundene Exekutivgewalt	Präsidentielles Regierungssystem	Semipräsidentielles Regierungssystem
Alphabetisierungsrate ²⁾	72 Prozent	93 Prozent	71 Prozent	87 Prozent
Bruttoinlandsprodukt (BIP) 2012 ¹⁾	40,7 Mrd. \$	384 Mrd. \$	7,1 Mrd. \$	37,2 Mrd. \$
Pro-Kopf-Einkommen 2012 ¹⁾	1.940 \$	11.190 \$	1.250 \$	1.760 \$
Gesundheitsausgaben ²⁾	8,2 % des BIP	8,9 % des BIP	10,5 % des BIP	4,8 % des BIP
Lebenserwartung ³⁾	65 Jahre	49 Jahre	59 Jahre	63 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten ²⁾	42	42	61	42
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten ²⁾	350	300	340	360

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



ten zu diesem Schluss kommen, wenn sie vom NHIF wüssten, und dürften in der Lage sein, den Beitrag aufzubringen. Anders sieht es auf dem Land aus, wo das Einkommen in Abhängigkeit von den Jahres- und Erntezeiten schwankt. Außerdem wohnen viele Kenianer in abgelegenen Gebieten. Sie leben so weit vom nächstgelegenen Krankenhaus entfernt, dass sich eine Versicherung für sie gar nicht lohnt, weil sie die Leistungen kaum in Anspruch nehmen können. Zu beschwerlich sind die Transportwege in die nächste Stadt oder gar ins ferne Nairobi.

Viel Geld fließt in Liegenschaften. Der NHIF gilt als Ausgangspunkt für die Einführung einer universellen Absicherung im Krankheitsfall, was erklärtes Ziel der kenianischen Gesundheits- und Sozialpolitik ist. Passiert ist trotz der langen Vorgeschichte nicht viel – oder vielleicht gerade wegen der langen Geschichte? Politik und Krankenversicherung scheinen wenig Interesse an einer grundlegenden Reform des NHIF zu haben. Verwaltungsrat und Management sind seit vielen Jahren in denselben Händen, Leistungsumfang und -qualität haben sich kaum verbessert. Die Finanzen sind intransparent, und das Ansehen des NHIF ist bei vielen Kenianern ausgesprochen schlecht. Von außen nehmen sie vor allem die schicken Bürotürme und den luxuriösen Fuhrpark des öffentlichen Versicherungsträgers wahr. Die ausgesprochen üppigen Verwaltungsausgaben von annähernd

20 Prozent und das Verhältnis zwischen Beitragseinnahmen und Leistungsausgaben bestätigen diese Wahrnehmung: Nur 30 Cent von jedem eingenommen Euro fließen in die Krankenversicherung. Den Rest investiert der NHIF in Liegenschaften und Kapitaleinlagen.

Gewerkschaften leisten Widerstand gegen Beitragsanhebungen. Die NHIF-Beiträge sind einkommensabhängig gestaffelte Festbeträge, deren Anteil am Gehalt mit steigendem Einkommen bis zur Beitragsbemessungsgrenze leicht von drei auf gut zwei Prozent sinkt. Die Beiträge haben seit Jahren nicht mit der rapiden Einkommensentwicklung gerade der wachsenden Mittelschicht mitgehalten. Der Höchstbeitrag von etwas mehr als drei Euro im Monat ist für viele Versicherte nur noch ein winziger Bruchteil ihres Gehalts.

Alle Versuche, die Beiträge anzuheben, stoßen regelmäßig auf heftigen Widerstand der Gewerkschaften, die sinkende Einkünfte der Beschäftigten und Wettbewerbsnachteile durch steigende Lohnkosten befürchten. Dies als Ausdruck fehlender Solidarität der Besserverdienenden mit den vielen Armen des Landes zu sehen, ist nur ein Teil der Wahrheit. Das bereits erwähnte mangelnde Vertrauen, die große Unzufriedenheit mit der öffentlichen Krankenkasse und nicht zuletzt teilweise weite Wege zu den Gesundheitseinrichtungen sind weitere Ursachen der geringen Zahlungsbereitschaft.

„Südafrikas öffentlicher Sektor hat massiven Investitionsbedarf“



Dr. Michael Thiede ist Geschäftsführer der Scenarium Group GmbH, Berlin. Derzeit berät er die südafrikanische Regierung in Fragen der Gesundheitsfinanzierung.

G+G: Reiche Südafrikaner haben Zugang zur High-Tech-Medizin. Die Mehrheit der Bevölkerung ist mangelhaft versorgt. Lebt die Apartheid im Gesundheitssystem fort?

Thiede: Die Ausgangslage ist komplex. Bei den gut versorgten Mitgliedern der privatwirtschaftlich organisierten Medical Schemes – das sind in etwa 16 Prozent der Bevölkerung – handelt es sich um die Bessergestellten. Hierzu gehört auch der neue Mittelstand. Seit einigen Jahren versichert das

Government Employees Medical Scheme Angestellte im öffentlichen Dienst und ihre Familien. Über 80 Prozent der Bevölkerung sind aber auf die völlig unzureichende Versorgung durch öffentliche Kliniken und Krankenhäuser angewiesen.

G+G: Südafrika unternimmt Anstrengungen, die Gesundheitsversorgung für die gesamte Bevölkerung zu verbessern. Wie weit sind diese Bemühungen gediehen?

Thiede: Das Gesundheitsministerium hat 2011 Pläne für eine nationale Gesundheitsversicherung vorgestellt, die NHI. Bis 2026 soll die Reform umgesetzt sein, die ein einheitliches Gesundheitssystem für alle Südafrikaner zum Ziel hat. Die Pläne sehen den Aufbau eines weitgehend zentralisierten steuerfinanzierten Gesundheitssystems vor. Die augenfälligste Herausforderung ist die niedrige Versorgungsqualität im öffentlichen Sektor. Wenn vorrangig die öffentlichen Leistungserbringer die gesamte Bevölkerung versorgen sollen, muss sich einiges ändern. Das bedeutet massiven Investitionsbedarf, vor allem in Infrastruktur und Personal. Sonst geht die NHI mit einem großen Glaubwürdigkeitsproblem an den Start.

G+G: Inwiefern hilft deutsche Expertise, die Herausforderungen zu bewältigen?

Thiede: Erfahrungen mit dem Selbstverwaltungsprinzip werden von deutschen Experten gern in Diskussionen zur institutionellen Ausgestaltung von Gesundheitssystemen eingebracht. Eine weitere Stärke deutscher Expertise liegt nach meiner Beobachtung im Dringen auf die Umsetzung der Prinzipien guter Regierungsführung, besonders im gesundheits- und sozialpolitischen Kontext.

G+G: Sie arbeiten als Berater in Südafrika. Mit welchen Einrichtungen haben Sie dort hauptsächlich zu tun und wie funktioniert die Zusammenarbeit?

Thiede: Ich bin zurzeit im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit in Südafrika. Es gibt eine produktive Kooperation mit dem südafrikanischen Schatzamt. Während ich dort vorrangig mit Finanzierungsfragen befasst bin, bemühe ich mich auch um die interministerielle Kommunikation. Hier gilt es gelegentlich, bei abweichenden Interessenlagen zu vermitteln. Ich hoffe, auch einen Beitrag zur Entideologisierung der Reformdebatte leisten zu können. ■



Auf längere Sicht wird sich Kenia aber kaum einer grundlegenden Reform der Gesundheitsfinanzierung verschließen können: Es ist die aufstrebende Wirtschaftsmacht in Ostafrika, gleichzeitig ist die gesundheitliche Lage der Bevölkerung desolat. Die Lebenserwartung ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten gesunken, die Müttersterblichkeit gestiegen. Das sind keine guten Ausgangsbedingungen für ein Land, das den Anschluss an die Weltwirtschaft sucht.

GHANA

Bei den Präsidentschaftswahlen in Ghana um die Jahrtausendwende versprach der Kandidat John Kufour, das bestehende System der Nutzergebühren, also Direktzahlungen im Krankheitsfall abzuschaffen. Er gewann die Wahlen und hielt sein Versprechen. Das kleine westafrikanische Land am Golf von Guinea, das heute als eine der stabilen Demokratien Afrikas gilt, begann 2004 mit dem Aufbau einer landesweiten Krankenversicherung. Das National Health Insurance Scheme (NHIS) stand anfangs ausschließlich Beamten und formal Beschäftigten offen. Sie stellen bis heute das Gros der Beitragszahler. Die Mitversicherung von Kindern bringt es in einer jungen Bevölkerung wie der ghanaischen mit sich, dass fast die Hälfte der Mitglieder unter 18 Jahre alt ist.

Die Finanzierung des NHIS erfolgt nur zu einem Viertel aus Beiträgen der Mitglieder. Der Großteil der Mittel für die Krankenversicherung stammt aus einem festen Anteil der Mehrwertsteuer. Über die Gerechtigkeit der Krankenkassen-Finanzierung ist nun in Ghana eine heftige Kontroverse entbrannt. Denn Mehrwertsteuer zahlt zwar die gesamte Bevölkerung, aber sie belasten arme Haushalte überproportional stark. Hinzu kommt, dass gerade arme Menschen weniger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, weil aufwendigere Behandlungen nur in Spezialeinrichtungen in den Städten zu finden sind.

Versicherungspflicht steht zur Diskussion. Die ghanaische Regierung beschreitet interessante innovative Wege zur Verknüpfung der vielerorts bestehenden gemeindebasierten Krankenversicherungen mit der nationalen Krankenkasse. Das NHIS nimmt die Mitglieder solcher dörflicher Kleinstversicherungen mit zum Teil lokal angepassten Leistungspaketen auf. Zurzeit ist die Mitgliedschaft in den gemeindebasierten Krankenversicherungen noch freiwillig. Aber immer wieder steht eine allgemeine Krankenversicherungspflicht zur Debatte. Spätestens wenn der Abschluss einer Krankenversicherung verbindlich wird, muss Ghana die Finanzierungsquellen überprüfen. Bisher liegen dazu einige Vorschläge auf dem Tisch, beispielsweise eine stärkere Besteuerung von Gemeingütern wie Einnahmen aus dem Erdöllexport, die so allen Bürgern zugute kämen.

Ein Drittel der Bevölkerung ist versichert. Darüber hinaus versorgt die Regierung alle Schwangeren über ein Sozialprogramm mit Versichertenkarten für die medizinische Versorgung rund um Schwangerschaft und Geburt. Auch Sozialhilfeempfänger erhalten zusätzlich zu ihrer Geldleistung kostenfrei eine Kranken-

kassenkarte. So ist die Versichertenzahl seit der Gründung stark angestiegen: von anfangs einer Million auf aktuell acht Millionen Bürger, immerhin ein Drittel der Bevölkerung. Das Leistungspaket ist ziemlich umfangreich und umfasst alles, was das Gesundheitssystem tatsächlich bereithält. Ausgenommen sind Dialyse bei Niereninsuffizienz, Herz-, neurochirurgische sowie kosmetische Operationen. Nicht zuletzt im Vergleich zu anderen Ländern im südlichen Afrika kann sich das ghanaische Leistungspaket sehen lassen. Noch liegt aber ein weiter Weg vor dem kleinen westafrikanischen Land, bevor seine Bürger auf eine Versorgung wie in Europa hoffen können. Lydia Dsane-Selby, Leiterin der Abteilung für Krankenhausakkreditierung beim NHIS, sagt: „Wir haben in Ghana zwar in kurzer Zeit ein bemerkenswertes, umfassendes System geschaffen. Aber wir stehen vor dem Problem, die Qualität der Behandlungen sicherzustellen. Hier müssen wir uns noch verbessern.“

Länder südlich der Sahara steigern Gesundheitsausgaben. Der enormen Krankheitslast zum Trotz, die auf dem afrikanischen Kontinent liegt, lässt die jüngere Entwicklung afrikanischer Gesundheitssysteme Hoffnung aufkeimen. Auch wenn manche Länder wie Kenia oder Tansania eher im Status quo verharren, sind andernorts deutliche Fortschritte erkennbar. Immer mehr Staaten südlich der Sahara leiten grundlegende Reformen ihrer Systeme ein und steigern ihre Gesundheitsausgaben.

Ghana, Kenia, Ruanda und Südafrika geben heute im Verhältnis zum Volkseinkommen und pro Kopf mehr für Gesundheit aus als Bangladesch oder Indien. Es hat sich gezeigt, dass die lange von der Entwicklungszusammenarbeit geförderten gemeindebasierten Krankenversicherungen auf staatliche Unterstützung angewiesen sind, um dauerhaft zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall beitragen zu können. Entscheidend sind politischer Wille und gute Regierungsführung. Die Lage verbessert sich nur, wenn die Menschen Zugang zu und Anspruch auf gute Versorgung haben. Immer mehr Regierungen in Afrika nehmen diese Aufgabe ernst und investieren in die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. ■

Dr. Dr. Jens Holst, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet seit fast 15 Jahren als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit. **Kontakt:** drdrjensholst@web.de

Jean-Olivier Schmidt leitet das Kompetenzzentrum Soziale Sicherung in der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz). **Kontakt:** Jean-Olivier.Schmidt@giz.de

Lese- und Webtipps

- Jens Holst, Jean-Olivier Schmidt: **Medizin gegen Armut. Teil 1 der G+G-Serie „Gesundheit global“.** In: G+G 10/2013, S. 22–29
- G+G 7-8/2010: **Gesundheit rund um den Globus.** Erfahrungsberichte über Gesundheitssysteme weltweit. S. 22–27
- Otmar Müller: **Entwicklungshilfe bündelt Konzepte.** Bericht über die Initiative P4H. In: G+G 7-8/2013, S. 16–17
- Ulrich P. Schäfer: **Als Chirurg in Afrika.** In: G+G 12/2010, S. 14–15
- www.aok-consult.de > Internationales