

Gemeindegetragene Krankenversicherungen

Ein Beitrag zur Finanzierung
kirchlicher Krankenhäuser in Afrika?

Das Prinzip, in eine Krankenversicherung Geld einzuzahlen, um im Krankheitsfall Kosten erstattet zu bekommen, ist jedem Mitteleuropäer sehr vertraut. In Deutschland entstand vor über 100 Jahren das Bismarck'sche Modell, wonach Arbeitnehmer und Arbeitgeber sich die Beiträge zu einer Krankenversicherung teilen, und damit jedem Mitglied der Gemeinschaft eine angemessene Behandlung im Krankheitsfall ermöglichen. Dieses Modell setzt eine gewisse Solidarität unter den Mitgliedern voraus. Man muss bereit sein, auch dann in die Kasse einzuzahlen, wenn nicht man selbst oder ein Familienmitglied davon profitiert, sondern jemand anders, den unglücklicherweise eine schwere Krankheit trifft. Außerdem muss ein ausreichendes Vertrauen vorhanden sein in die Zukunft der Versicherung und die ordnungsgemäße Verwendung der eingezahlten Gelder. Die Existenz all dieser Voraussetzungen im afrikanischen Kontext ist mit gewissem Recht angezweifelt worden.¹ Trotzdem wurde in den letzten Jahren verstärkt der Versuch unternommen, angepasste Modelle für Krankenversicherungen in Afrika zu entwickeln. Dabei geht es weniger um nationale Systeme wie in Europa, sondern um lokal organisierte, relativ übersichtliche und gemeindegetragene Ansätze, die zum Teil schon zu beachtlichen Erfolgen geführt haben. Die theoretischen Grundlagen und einige praktische Beispiele sollen in diesem Beitrag dargestellt werden. Die gegenwärtige problematische Situation der Gesundheitsdienste und ihrer Finanzierung in vielen afrikanischen Ländern verleiht der Suche nach innovativen und nachhaltigen Lösungen eine besondere Dringlichkeit und Priorität.

¹ Flessa 1998.

Die derzeitige Situation des Gesundheitswesens in Afrika südlich der Sahara

Die Gesundheitsdienste in Afrika befinden sich in einer Phase der Umstrukturierung und der Suche nach tragbaren Lösungen, um eine qualitativ angemessene und bezahlbare Gesundheitsversorgung für alle Menschen zur Verfügung stellen zu können. Strukturanpassungsmaßnahmen von Weltbank und internationalem Währungsfonds haben in den 80er- und 90er-Jahren zu einem drastischen Rückgang der staatlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen geführt. Im Zuge dieser Kürzungen kam es in vielen Ländern zu umfassenden Reformen der Gesundheitsdienste hin zu einer stärkeren Dezentralisierung und Verschiebung zum privaten Sektor.

Traditionell stellten die Regierungen entweder medizinische Dienste direkt zur Verfügung und/oder unterstützten nicht-staatliche Träger finanziell. Bei diesen Trägern handelt es sich ganz überwiegend um Kirchen und kirchlich unterstützte Nicht-Regierungsorganisationen (NROs). Der Anteil der kirchlichen Institutionen am gesamten Gesundheitswesen variiert von Land zu Land. In den ostafrikanischen Ländern Kenia, Uganda und Tansania z.B. stellen die Kirchen immerhin 30 bis 45 Prozent der Krankenhäuser und der Bettenkapazität zur Verfügung.² Aber auch die kirchlichen Krankenhäuser können nicht ausschließlich durch kirchliche Mittel getragen werden. Sie sind auf die Unterstützung durch das Gesundheitsministerium angewiesen, das oftmals einen erheblichen Anteil an den laufenden Kosten übernimmt. Grundsätzlich werden sowohl staatliche als auch kirchliche Einrichtungen aus unterschiedlichen Quellen finanziert: durch Steuergelder, direkte Zuzahlungen der Patienten und Spendengelder internationaler Partner. Dieses Modell erweist immer mehr seine Unzulänglichkeit, da die Steuereinnahmen in den ärmeren Ländern gering sind und die Verwendung nicht sehr effektiv ist.

Der Beitrag, den besonders ärmere Patienten zahlen können, ist begrenzt und führt oftmals dazu, dass gerade die bedürftigsten Menschen von den notwendigen Leistungen ausgeschlossen werden.

² Shaw und Griffin 1995, S. 68/69.

Auch die Spenden von internationalen karitativen Organisationen gehen eher zurück. So besteht die dringende Notwendigkeit, nach neuen Wegen zur Finanzierung der Gesundheitsdienste zu suchen.

Das Konzept der gemeindegetragenen Krankenversicherung (Community Based Health Insurance, CBHI)

Eine attraktive Alternative scheint das Modell der gemeindegetragenen Krankenversicherung zu sein. Es basiert auf der Verlagerung des Krankheits- und Behandlungsrisikos auf eine größere Gruppe von Personen und auf der gemeinsamen Nutzung der finanziellen Mittel. In den letzten Jahren sind in Ländern südlich der Sahara einige Pilotprojekte initiiert worden, die dieses Konzept in der Praxis erprobt haben.

Viele internationale Organisationen wie die Weltgesundheitsorganisation (WHO)³, die Internationale Arbeitsorganisation (ILO)⁴ sowie die Weltbank⁵ haben sich sehr für die Entwicklung dieses Konzepts eingesetzt. Viele Artikel und Handbücher sind veröffentlicht worden, um zur Umsetzung dieses Konzepts beizutragen. Einige der bereits laufenden Modelle sind schon ausgewertet worden, so dass aus diesen Erfahrungen bereits Lehren bzw. Konsequenzen gezogen werden können.⁶

Es gibt viele unterschiedliche Krankenversicherungsmodelle. So müssen wir unterscheiden zwischen einem Modell, bei dem der Anbieter von Gesundheitsdienstleistungen, also z.B. ein Krankenhaus, gleichzeitig auch Träger der Versicherung ist (hospital based), und einem Modell, bei dem sich Menschen in dem Gemeinwesen zusammenschließen, eine Art Kooperative gründen, und mit ihrem Geld Dienste bei verschiedenen Anbietern einkaufen (community based). Außerdem ist zu unterscheiden zwischen Einzahlungsmodellen, bei denen der Einzahlende direkt den Nutzen davon hat (prepayment scheme) und denen, bei denen die Risiken bzw. die Kosten gleichmäßig verteilt werden und nur die Erkrankten

³ Bennet 1998.

⁴ Normand und Weber 1994.

⁵ Shaw und Ainsworth 1995.

⁶ Kaddar 1997, Bennett 1998.

von der Versicherung profitieren (risk sharing). Letztlich ist ein Hauptkriterium, ob sich die Versicherung an Menschen wendet, die eine Anstellung mit festem Gehalt haben (formeller Sektor), oder ob es sich um Menschen handelt, die durch Landwirtschaft und Kleinhandel (informeller Sektor) ihren Unterhalt bestreiten.

Die bestehenden Projekte, die hauptsächlich von kirchlichen Institutionen initiiert wurden, befinden sich überwiegend im ländlichen Bereich. Die Versicherungen wenden sich damit fast ausschließlich an Personen, die im informellen Sektor tätig sind. Sie sind in der Regel an Krankenhäuser angebunden, obwohl Elemente der Mitbestimmung der Bevölkerung vorgesehen sind, und praktizieren ein auf Risikoausgleich basierendes Versicherungsmodell. Zwei dieser Modelle sollen im Folgenden näher dargestellt werden.

Beispiele von Krankenversicherungsmodellen in Kongo/Zaire und Uganda

Das Bwamanda Health Insurance Scheme: Eines der ältesten Krankenversicherungsprojekte in Afrika wurde 1986 in Bwamanda im Nordwesten des damaligen Zaire gegründet. Es ist mehrfach sehr eingehend wissenschaftlich untersucht und begutachtet worden, so dass detaillierte Informationen über dieses Projekt vorliegen.⁷

Alle Bewohner des Distrikts mit einer Bevölkerung von 158.000 Menschen können dem Projekt beitreten. Bis 1997 waren 61 % der Bevölkerung, das heißt fast 100.000 Menschen über diesen Fonds versichert. Die Distriktverwaltung spielt eine große Rolle bei der Organisation und Verwaltung des Projekts. Ausgangspunkt war aber das Krankenhaus Bwamanda, das von der Römisch-Katholischen Kirche getragen wird. Dieses 138-Betten-Hospital ist praktisch der einzige Anbieter von kurativen Krankenhausleistungen in diesem Distrikt. Die Menschen in diesem Distrikt sind relativ arm und leben fast ausschließlich von der Landwirtschaft. Außerdem ist auf Grund der politischen Situation die Regierungsverwaltung bereits seit Jahren praktisch vollständig zusammengebrochen. Eine

⁷ Criel 1997, Criel 1998 a+b.

Unterstützung der Gesundheitsversorgung durch den Staat gibt es nicht mehr.

Dementsprechend niedrig ist der Jahresbeitrag für die Versicherung von umgerechnet nur 0,25 Euro pro Kopf und Jahr. Um einen Missbrauch von Dienstleistungen bei den Versicherten (sog. moral hazard) zu beschränken, wurden zwei Mechanismen in das System eingebaut:

1. Eine Zuzahlung von 20 % der tatsächlichen Kosten.
2. Eine strikte Überweisungspraxis. Nur Patienten, die in einem der 23 Gesundheitsstationen des Distrikts untersucht und als krankenhausbedürftig eingestuft wurden, können die Versicherungsleistung in Anspruch nehmen.

Außerdem wurden Maßnahmen getroffen, die verhindern sollen, dass überwiegend kranke Menschen der Versicherung beitreten (adverse selection):

1. Nur ganze Familien können geschlossen beitreten.
2. Es gibt im Jahr nur eine Beitrittsperiode im Frühjahr. Dadurch wird verhindert, dass erst nach Eintritt einer Krankheit die Mitgliedschaft beantragt werden kann. Das Frühjahr ist die Zeit des Verkaufs der Ernte, in der mehr finanzielle Mittel zur Verfügung stehen.

Mit diesem System ist es gelungen, nicht nur ein funktionierendes Versicherungsmodell zu etablieren, das es den Menschen ermöglicht, zu jeder Zeit eine lebensnotwendige Krankenhausbehandlung zu erhalten, sondern auch eine sichere Finanzierungsgrundlage für das Hospital zu erreichen. Wirklich bemerkenswert ist, dass dieses Projekt die ganzen Bürgerkriegswirren des Kongo unbeschadet überstanden hat, und auch im Jahre 1999 noch einwandfrei funktioniert, obwohl in der gesamten Region die übrige Versorgung praktisch zusammengebrochen ist. Dadurch wird das Versicherungsmodell interessant auch für andere Regionen, in denen eine regelmäßige Unterstützung von außen nicht unbedingt gegeben ist.

Die Kisiizi Hospital Society: Ein weiteres sehr interessantes Projekt entstand 1996 in Westuganda. Auch dort war der Ausgangspunkt ein

kirchliches Krankenhaus. Das Kisiizi-Hospital gehört zur Anglikanischen Kirche und hat 200 Betten. Aufgrund der Unzufriedenheit sowohl der Krankenhausverwaltung wie auch der Bevölkerung mit der laufenden Finanzierung, die zu 60 % aus direkten Benutzergebühren bestand, wurde nach möglichen Alternativen gesucht. In der Gemeinschaft gab es bereits eine Art der lokalen Versicherung, allerdings nicht für den Krankheits-, sondern für den Sterbefall. Seit langer Zeit bestanden sogenannte Engozi-Gesellschaften, zu der 96 % der Bevölkerung gehörten. Die Mitglieder zahlten Geld in einen gemeinsam verwalteten Fonds, aus dem im Trauerfall die Beerdigungskosten bezahlt wurden. Beerdigungen sind in diesem kulturellen Kontext sehr kostspielig und überschreiten häufig die finanziellen Möglichkeiten einer Familie. Nach ausführlicher Information und Mobilisation der Bevölkerung konnten die Engozi-Gesellschaften dafür gewonnen werden, auch Geld in einen Fonds einzuzahlen, aus dem im Krankheitsfall die Behandlungskosten bezahlt werden können. Der Fonds wird von dem Kisiizi-Hospital verwaltet.

Die Beiträge liegen hier bei umgerechnet 3,00 Euro pro Kopf und Jahr. Auch hier muss eine Zuzahlung von mindestens 25 % geleistet werden. Die Leistungen umfassen sowohl ambulante als auch stationäre Behandlung, allerdings ohne Überweisungszwang. Aber auch hier gibt es Ausschlusskriterien und Maßnahmen zur Begrenzung von Missbrauch. Dabei wird nicht nur erwartet, dass ganze Familien beitreten, sondern auch eine Engozi-Gesellschaft kann nur dann dem Versicherungsschutz beitreten, wenn mindestens 60 % der Mitglieder daran teilnehmen wollen. Die Versicherung hat das Vertrauen der Bevölkerung gewinnen können und durch das größere Mitspracherecht der ca. 8.000 Mitglieder die Qualität der Krankenversorgung deutlich verbessert. Es ist sicher noch zu früh, um endgültig beurteilen zu können, ob das Projekt auf die Dauer überlebensfähig sein wird, aber bislang ist Kisiizi ein Beispiel dafür, dass auch in einer ländlichen Region ein angepasstes Versicherungsmodell entwickelt werden kann.⁸

Die beiden Beispiele Bwamanga und Kisiizi sollen nicht darüber hinwegtäuschen, dass es natürlich auch gescheiterte Projekte gibt,

⁸ Mugume 1999.

und in manchen Regionen bislang nur ein relativ kleiner Teil der Bevölkerung für diese neue Finanzierungsmethode gewonnen werden konnte. Sicherlich sind Krankenversicherungen kein Allheilmittel für alle Probleme eines unterfinanzierten und schlecht verwalteten Gesundheitswesens. Allerdings haben Krankenversicherungen sicher ein Potential, um zusätzliche Mittel für eine gute Gesundheitsversorgung bereitzustellen und die Bevölkerung stärker an wichtigen Entscheidungen zu beteiligen.

Potentielle Ansätze für eine engere Zusammenarbeit von Kirchen und Regierungen

In vielen Ländern Ostafrikas gibt es zwischen Regierungen und Kirchen bereits eine gute Zusammenarbeit bei der Bereitstellung medizinischer Dienste. Es gibt mehrere Gründe, warum eine solche Zusammenarbeit auch bei der Organisation eines gut funktionierenden Versicherungssystems notwendig ist. Sowohl die Regierungen als auch die Kirchen haben bei diesen Bemühungen ihre jeweils unverzichtbare Rolle zu spielen. Die Regierungen haben für die nötigen Rahmenbedingungen zu sorgen. Es sollte Teil ihrer nationalen Gesundheitspolitik werden, nach den Prinzipien von Primary Health Care eine für alle zugängliche, bezahlbare und effiziente Gesundheitsfürsorge bereitzustellen. Der vorrangige Beweggrund sollte nicht darin bestehen, die öffentlichen Mittel für den Gesundheitsdienst so weit wie möglich zu reduzieren und die Krankenversicherung als eine weitere Möglichkeit zu nutzen, die direkten Zahlungen der Patienten zu erhöhen. Vielmehr geht es um die Suche nach dem besten Weg, das Grundrecht der Menschen auf eine Versorgung mit Basisgesundheitsdiensten sicherzustellen. Auch das Anliegen der Kirchen kann nicht darin liegen, den Staat aus seiner Verantwortung für soziale Grunddienste zu entlassen. Sie fordern im Gegenteil mehr öffentliche Mittel für diese grundlegenden Dienste und für den Aufbau einer möglichst effektiven Versorgung, die allen Menschen zur Verfügung steht, unabhängig davon, wo sie wohnen und wie reich oder arm sie sind.

Um dieses Ziel zu erreichen, haben die Kirchen und andere NGOs aber bei der Errichtung solcher Systeme oft die bessere Ausgangssituation. Kirchliche Einrichtungen arbeiten relativ nah an

der Basis und haben das Vertrauen der Bevölkerung. Ohne dieses Vertrauen und bereits existierende qualitativ gute Gesundheitseinrichtungen könnte eine gemeindegetragene Krankenversicherung nie eingeführt werden. Deswegen zeichnen sich einige der von den Kirchen getragenen Modelle durch besondere Merkmale aus. Sie sind für ländliche Gegenden gedacht, wo die Menschen in der Regel kein festes Anstellungsverhältnis haben, sondern sich ihren Lebensunterhalt durch eigene landwirtschaftliche Tätigkeit verdienen. Diese Modelle versuchen, die Krankenversicherung mit bereits in den Gemeinwesen bestehenden Einrichtungen wie Beerdigungsgesellschaften, landwirtschaftlichen Kooperativen oder Kreditgenossenschaften zu verbinden. Solidarität innerhalb der Gruppe ist eine Grundvoraussetzung für das Prinzip des gemeinsamen Tragens der Risiken und der Bereitstellung der Ressourcen, worauf die Versicherungssysteme basieren. Die Chancen für ein erfolgreich durchgeführtes Programm mit einer starken Einbindung des gesamten Gemeinwesens steigen in dem Maße, in dem es in bereits bestehende Strukturen gemeinschaftlicher Aktivitäten eingebunden werden kann.

Die Kirchen und NGOs können bei folgenden Maßnahmen besondere Hilfestellung leisten:

- Sie können geeignete Gemeinwesen für Pilotprojekte ausfindig machen.
- Sie können Durchführbarkeitsstudien unter Einbeziehung des gesamten Gemeinwesens erstellen.
- Sie können praktische Hilfe, Ausbildungsmöglichkeiten und motivierte Mitarbeiter, die ein solches Modell umsetzen können, bereitstellen.
- Sie können den Austausch und die Koordination zwischen bestehenden Einrichtungen fördern.
- Sie können sicherstellen, dass die Ärmsten eines Gemeinwesens mit einbezogen werden.

Uganda bietet ein gutes Beispiel für diese Art der Kooperation. Die Kirchen stellen einen beträchtlichen Anteil am nationalen Gesundheitsdienst. Sie arbeiten mit der Regierung zusammen bei der Formulierung der Aufgabenstellungen und bei der Umsetzung

vieler Programme einschließlich Krankenversicherungssystemen. Kürzlich hat sich die erste nationale Vereinigung von gemeindegetragenen Versicherungsprojekten gebildet (Uganda Community Based Health Financing Association). Die meisten Mitglieder gehören zu kirchlichen Institutionen.

Aus den bisherigen Erfahrungen von existierenden Projekten lassen sich einige Hinweise für Länder, Regionen oder Institutionen formulieren, die die Einführung eines gemeindegetragenen Versicherungssystems überlegen.

- Versicherungen sollten in der Regel durch die jeweiligen Regierungen gewollt und unterstützt werden und benötigen eine entsprechende Gesetzgebung.
- Der gesetzliche Rahmen muss den nationalen und lokalen Verhältnissen angepasst sein.
- Pilotprojekte können dazu beitragen, ein nationales Konzept für eine Krankenversicherung zu entwickeln.
- Versicherungssysteme können kein nationales Gesundheitsprogramm ersetzen, sie können dazu lediglich einen Beitrag leisten.
- Die Einführung eines solchen Systems könnte negative Auswirkungen für diejenigen haben, die ihm aus unterschiedlichen Gründen nicht beitreten können. Deswegen sollten Mechanismen eingebaut werden, die solche Unzulänglichkeiten möglichst reduzieren und den Beitritt der ärmsten Bevölkerungsschicht ermöglichen (angepasste Beitragssätze, Ausnahmeregelungen, Zuschüsse).
- Versicherungssysteme dienen nicht nur der Beschaffung von Finanzen, sondern können darüber hinaus den Gemeinsinn und das Verantwortungsbewusstsein füreinander stärken.
- Es ist notwendig, dass die unterschiedlichen Wünsche, Bedürfnisse und Finanzierungsmöglichkeiten etc. der jeweiligen Bevölkerungsgruppe eingehend untersucht und besprochen werden, bevor ein Plan entworfen werden kann. Das kann durch Durchführbarkeitsstudien vor der Einrichtung eines Projekts erreicht werden.

- Die betreffenden Gemeinwesen müssen gründlich informiert und über alle Aspekte eines solchen Programms aufgeklärt werden, bevor sie eingeführt werden können.
- Gut geplante Programme müssen umfassend „vermarktet“ werden, damit die größtmögliche Teilnehmerzahl erreicht wird.
- Es müssen Maßnahmen getroffen werden, um Missbrauch und Überbeanspruchung der angebotenen Dienste zu verhindern.
- Die Einführung von Versicherungen muss immer mit Maßnahmen zur Qualitätskontrolle und Qualitätsverbesserung beim jeweiligen Anbieter von Leistungen verbunden sein.
- Es muss eine sehr gute Datenerfassung und -verwaltung etabliert werden.

Unter Beachtung dieser Kriterien können Krankenversicherungen in der Zukunft einen sinnvollen Beitrag zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung in Afrika leisten, ohne dass die Wirksamkeit dieses Ansatzes auf absehbare Zeit überschätzt werden sollte.

Literatur

- BENNET, S., CREESE, A.; MONASH, R.: Health Insurance Schemes for People outside Formal Sector Employment Current Concerns. ARA Paper No. 16, World Health Organization, Geneva 1998
- CRIEL, B., KEGELS, G.: A health insurance scheme for hospital care in Bwamanda district, Zaire: Lessons and questions after 10 years of functioning. *Tropical Medicine and International Health* 2: 654-672, 1997
- CRIEL, B.: District-based Health Insurance in sub-saharan Africa. Part I: From Theory to Practice. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 9, 1998a
- CRIEL, B.: District-based Health Insurance in sub-saharan Africa. Part II: Case-studies. *Studies in Health Services Organisation & Policy* 10, 1998b

- FLESSA, S.: Krankenversicherungen in Afrika: Ein Strohhalm für das Gesundheitswesen. Gesundheitswesen 60: 52-57, 1998
- KADDAR, M. et al.: Prepayment of Health Care. Children in the Tropics No. 228, 1997
- KUTZIN, J.: Health Insurance for the Formal Sector in Africa: „Yes, but ...“ Current Concerns. ARA Paper No. 14, World Health Organization, Geneva 1997
- MUGUME, M.: Overview of Kisiizi Hospital Society. Presentation at the 2nd International Workshop on Community Based Health Insurance at Momella Lodge, Tanzania, 1999
- NORMAND, C.; WEBER, A.: Social Health Insurance – A Guidebook for Planning World Health Organization and International Labour Office, Geneva 1994
- SHAW, R., AINSWORTH, M.: Financing Health Services through User Fees and Insurance Case Studies from Sub-Saharan Africa World Bank Discussion Papers No. 294. The World Bank, Washington, D.C., 1995
- SHAW, R., GRIFFIN, C.: Financing Health Care in Sub-Saharan Africa through user Fees and Insurance The World Bank, Washington, D.C., 1995

Christoph Benn: (Dr.med.,MPH MA DTMH) ist Arzt und Theologe. Er war beteiligt an der Gründung des Globalen Fonds zur Bekämpfung von Aids, Tuberkulose und Malaria und ist zur Zeit der Director of External Relations dieser Organisation in Genf. Für mehrere Jahre hat er als leitender Arzt am Bulongwa Lutheran Hospital in Tansania und als Aids-Koordinator der Evangelisch-

Lutherischen Kirche in Tansania gearbeitet. Von 1992 bis 2003 war Christoph Benn beim DIFÄM in Tübingen beschäftigt, zuletzt als stellvertretender Direktor.

Entnommen: Gerd Propach (Hrsg), „Geht hin und heilt.- Zeichen der Freundlichkeit Gottes“.
Verlag der Francke-Buchhandlung, Marburg 2002,