



GESUNDHEIT UND GESELLSCHAFT

Was macht die Welt gesund?



Inhalt

VORWORT Partner auf Augenhöhe von Rüdiger Krech	3	»Südafrikas öffentlicher Sektor hat massiven Investitionsbedarf« Interview mit Dr. Michael Thiede	18
ASIEN Medizin gegen Armut von Jens Holst und Jean-Olivier Schmidt	4	LATEINAMERIKA Experimentierfeld für Reformen von Jens Holst und Jean-Olivier Schmidt	20
»Von oben herab geht gar nichts« Interview mit Karin Dobberschütz	6	»Brasilien fördert die Bürgerbeteiligung« Interview mit Ligia Giovanella	22
Länderüberblick	9	Länderüberblick	25
AFRIKA Sozialsysteme fördern Wachstum von Jens Holst und Jean-Olivier Schmidt	12	»Die Millenniumsziele müssen weiter verfolgt werden« Interview mit Hans-Peter Baur	27
»Gemeinsam voneinander lernen« Interview mit Tim Evans	14	Gesundheit im Blick	28
Länderüberblick	17		

Lesetipps

- **Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (2009)**
Sektorkonzept Soziale Sicherung
BMZ-Konzepte 180. BMZ, Bonn/Berlin
www.bmz.de > Mediathek > Publikationen
> Archiv > Themen > Soziale Sicherung
- **Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (2015)**
Soziale Entwicklung
www.giz.de > Leistungen > Produkte und Fachexpertise > Soziale Entwicklung
- **Evans, David; Marten, Robert; Etienne, Carissa (2012)**
Universal health coverage is a development issue
Lancet 380 (9845): 864–865
[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61483-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61483-4/fulltext)
- **Holst, Jens (2015)**
Große Spender für den kleinen Pieks
G+G 11/15: 30–34
- **International Labour Organization (ILO) (2010)**
Providing coverage in times of crisis and beyond
World Social Security Report 2010/11. ILO, Genf
www.ilo.org > Publications > Books and reports
- **International Labour Organisation (ILO) (2007)**
Social health protection. An ILO strategy towards universal access to health care. A consultation
Issues in Social Protection, Discussion paper 19. ILO, Genf
www.ilo.org > About the ILO > How the ILO works > Departments and offices > Social Protection Department > Information resources > Publications and tools > Discussion papers
- **Lagomarsino, Gina; Garabrant, Alice; Adyas, Atikah; Muga, Richard; Otoo, Nathaniel (2013)**
Moving toward universal health coverage: Recent health insurance reforms in nine lower income countries in Africa and Asia
Lancet 380 (9845): 933–943. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61147-7
- **Oxford Committee for Famine Relief (2013)**
Gesundheitsfürsorge für alle. Warum Krankenversicherungen die Armen außen vor lassen
OXFAM Deutschland, Berlin
www.oxfam.de/system/files/20131009_universal-health-coverage.pdf
- **United Nations (2015)**
Sustainable development goals
UN, New York
www.un.org/sustainabledevelopment/
- **United Nations (2012)**
Global health and foreign policy
A/RES/67/81, Sixty-seventh session, Agenda item 123. UN, New York
www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/67/L.36
- **World Health Organization (WHO) (2010)**
Health systems financing: Path to universal coverage
World Health Report 2010. WHO, Genf
www.who.int > Programmes > World health report > Previous reports

Gesundheit global ist eine Sonderausgabe von G+G.

Impressum: Gesundheit und Gesellschaft, Rosenthaler Straße 31, 10178 Berlin. G+G erscheint im KomPart-Verlag (www.kompart.de).

Redaktion: Hans-Bernhard Henkel-Hoving (verantwortlich), Karin Dobberschütz, Katleen Krause, Anne Töpfer | Art Direction: Anja Stamer

Herausgeber: KomPart-Verlag | Stand: Februar 2016

Partner auf Augenhöhe

Deutsches Know-how ist gefragt, wenn es um den Aufbau sozialer Sicherungssysteme geht. Wichtig ist dabei für **Rüdiger Krech** eine Beratung auf Augenhöhe.



Es gibt einige gute Gründe dafür, weltweit die Gesundheitssysteme so zu stärken, dass sie mit Krisen besser fertig werden. Der erste ist, dass das Menschenrecht auf Gesundheit nur dann umgesetzt werden kann, wenn in allen Ländern der Erde ein tragfähiges Gesundheitssystem besteht. Der zweite ist, dass wir alle mehr und mehr voneinander abhängig werden. Viren kennen nämlich keine Grenzen. Jeden Tag gibt es 8,6 Millionen Fluggäste, die in einem der etwa 100.000 Flüge in die entlegensten Winkel der Erde reisen. Auch die besten Ein- und Ausreisescreeings vermögen es nicht, in dieser globalisierten Welt von heute Länder und Kontinente vor Krankheit hermetisch abzuriegeln. Deswegen sind mehr und mehr Staatsoberhäupter überzeugt, dass die Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems eines Landes ebenso über die Gesundheitssituation anderer Länder entscheidet wie über globale Sicherheit und Stabilität. Das sind gute Nachrichten, denn der dritte Grund ist, dass Gesundheit schon heute in vielen Ländern der größte Wirtschaftszweig ist und massiv dazu beiträgt, die negativen Auswirkungen von Finanzschocks abzumildern. Dass daher immer mehr Menschen eine qualitativ angemessene Gesundheitsversorgung und die Absicherung im Krankheitsfall als hohe Werte für sich erachten, ist nur allzu verständlich. Und Regierungen tun gut daran, die Rahmenbedingungen dafür klar vorzugeben.

Deutschland hat sehr effiziente Strukturen der internationalen Zusammenarbeit im Bereich der sozialen Sicherung aufgebaut: Die politische Steuerung wird

durch das Ministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung sichergestellt. Die Durchführung liegt in den Händen der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) und der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW). Zusätzlich leistet die AOK International Consulting wichtige fachliche Beratung. So werden die politische Steuerung und die fachliche Beratung von konkreten Projekterfahrungen gespeist. Das macht sie für die Partnerländer und die internationalen Organisationen so wertvoll.

Erfreulicherweise schauen derzeit viele Regierungen nach Deutschland. Sie wollen von den Erfahrungen, die dort gemacht wurden, lernen und sie für sich auswerten. Was, so fragen sich viele Sozial- und Gesundheitsfachleute, die für diese Regierungen arbeiten, passt zu uns und was nicht? Es kann nur in aller Interesse sein, dass diese Fachberatung gut gelingt und die Länder den für sie richtigen Weg finden. Dieses Sonderheft beleuchtet ein paar dieser Erfahrungen aus der deutschen Sicht und zeigt, wie Partnerschaften heute funktionieren: Partner arbeiten auf „gleicher Augenhöhe“ projekt- und problemorientiert zusammen.

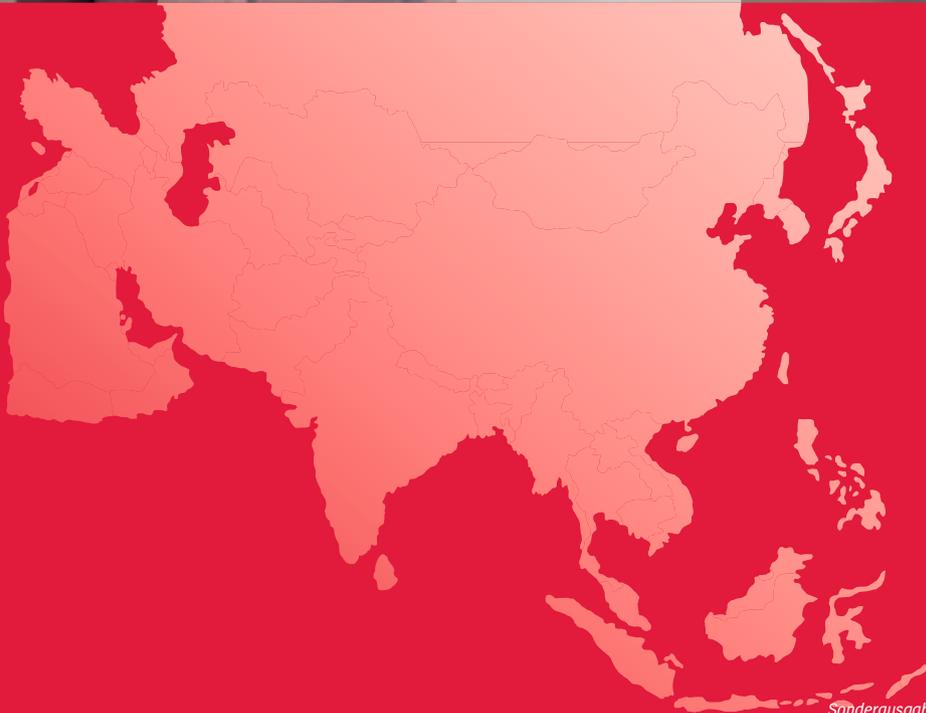
Dr. Rüdiger Krech, Direktor,
Gesundheitssysteme und Innovation, Büro der Stellvertretenden
Generaldirektorin, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Genf

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** auf den folgenden Seiten. Im ersten Kapitel 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 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 ohne wirksame 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 Bevölkerungsmehrheit 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, ihre 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 zuständig für AOK International Consulting. 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 von Land und Aufgabe ab. Manche Qualifikationen sind weiter unter den international interessierten AOK-Experten verbreitet als andere. Insgesamt sind knapp 100 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 International Consulting.

Mehr Infos unter www.kompart.de/international

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. Ohne breitenwirksame öffentliche Finanzierung wären größere Investitionen in Hightechmedizin in den Ländern des Südens unmöglich. Vor allem bliebe die Mehrheit der Bevölkerung weiterhin von angemessener Versorgung ausgeschlossen.

Die Ausgrenzung ärmerer Bevölkerungsgruppen aus 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 bei der Entwicklungszusammenarbeit große Bedeutung haben 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 meisten öffentlichen Einrichtungen bieten. Für Privatleistungen gibt es aber oft 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 die Finanzierung hierfür ganz überwiegend aus Steuern oder Sozialversicherungsbeiträgen erfolgen muss. Auch wenn es viele Finanzminister noch nicht richtig glauben mögen:



Eine solche Investition rechnet sich, 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 auch einige Gemeinsamkeiten. Beide Länder beanspruchen nicht nur eine regionale, sondern auch eine globale Führungsrolle. 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 hatten, 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. Der Staat war dabei 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 konnte.

Indiens Gesundheitsindikatoren sind für ein Land dieser Wirtschaftsstärke bis heute völlig inakzeptabel: Jede 250. 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 im 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 der ehemalige Premierminister Manmohan Singh als größtes Sicherheitsproblem bezeichnete. 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 bemühte 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 inzwischen fast alle Bundesstaaten Krankenversicherungen mit dem Namen RSBY (Rashtriya Swasthya Bima Yojana, deutsch: Nationale Krankenversicherung) auf. RSBY ermöglicht armen Indern Zugang zu kostenfreier medizinischer Versorgung. Der indische Staat musste hierfür einen revolutionären Rollenwechsel vollziehen: Anstatt selber als Leistungserbringer aufzutreten, lässt er sowohl über öffentliche als auch private Versicherungen 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 400 Euro) pro Jahr begrenzt. Zusätzlich trägt RSBY Transportkosten bis zu 1.000 Rupien (13 Euro) – in einem so großen Land wie Indien eine überaus bedeutsame Leistung. Die Krankenversicherung kostet die öffentliche Hand je nach Bundesstaat etwa zehn Euro pro Versichertem

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. 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 staatlichen 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



im Jahr. Diesen Beitrag stellen die Versicherungen dem Staat in Rechnung. Das Erfolgsmodell erklärt Anil Swarup, ehemaliger Leiter von RSBY: „Wir lassen die Kräfte des Marktes unter staatlicher Regie spielen.“ Bisher war das Programm erfolgreich: Binnen weniger Jahre erhielten 36 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, selber 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. In den 1980er Jahren gab das Land 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 24 US-Dollar pro Person und Jahr. Den größten Teil tragen die Zentral- und die jeweilige Provinzregierung. Bis

heute sind 832 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. Die Versorgung in den Städten ist anders als auf dem Land. Neben einer Basiskrankenversicherung für informell tätige und bedürftige Stadtbewohner gibt es in China eine Krankenversicherung, bei der sich Arbeitnehmer und Arbeitgeber die Abgaben teilen: 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 Schichten 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 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 den 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 kommen. Anfang 2016 kündigte die chinesische Regierung an, die bestehende Stadt-Land-Trennung abzubauen und die ländliche mit der städtischen Basiskrankenversicherung zusammenzuführen. Von der Zusammenlegung und der Angleichung der

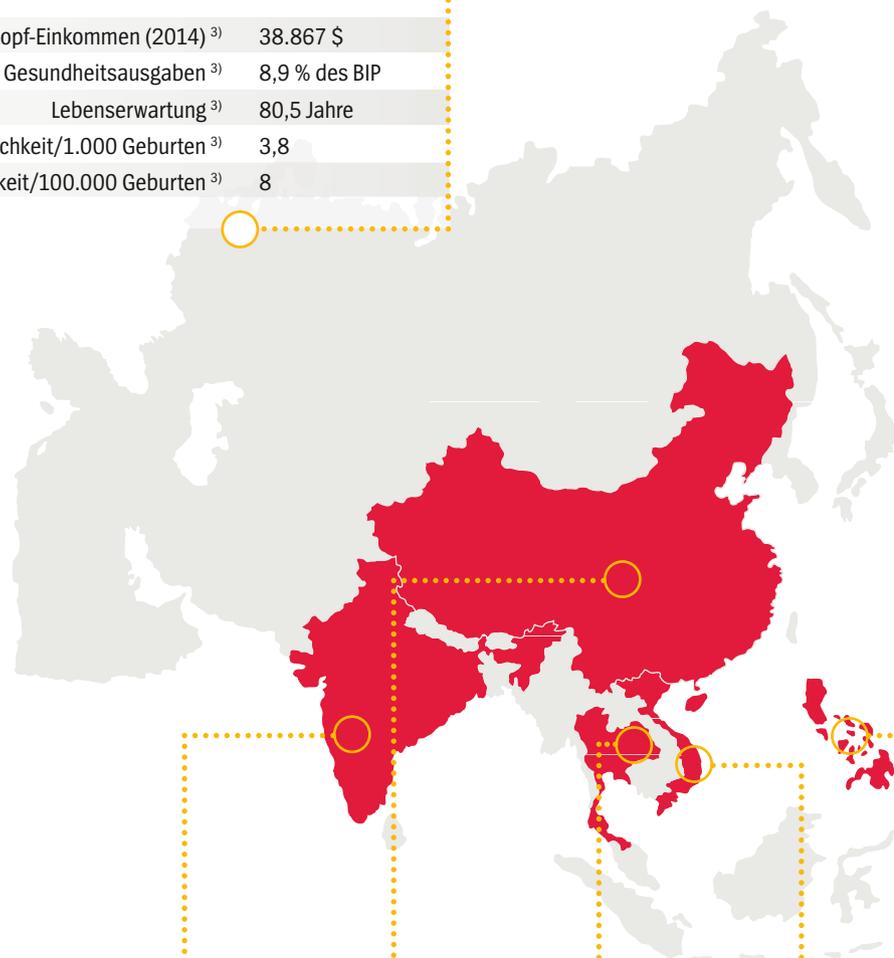


asien

OECD-Durchschnitt (2013)

(Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

Pro-Kopf-Einkommen (2014) ³⁾	38.867 \$
Gesundheitsausgaben ³⁾	8,9 % des BIP
Lebenserwartung ³⁾	80,5 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten ³⁾	3,8
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten ³⁾	8



Indien

China

Thailand

Vietnam

Philippinen

	Indien	China	Thailand	Vietnam	Philippinen
Bevölkerungszahl (2014) ¹⁾	1,295 Milliarden	1,364 Milliarden	67,73 Millionen	90,73 Millionen	99,14 Millionen
Staatsform ⁴⁾	parlamentarische Demokratie	sozialistische Volksrepublik	konstitutionelle Monarchie	Einparteiensystem	Präsidentsystem
Alphabetisierungsrate (2015) ²⁾	71,2 Prozent	96,4 Prozent	96,7 Prozent	94,5 Prozent	96,3 Prozent
Bruttoinlandsprodukt (BIP) (2014) ¹⁾	2,05 Billionen \$	10,35 Billionen \$	404,8 Mrd. \$	186,2 Mrd. \$	284,8 Mrd. \$
Pro-Kopf-Einkommen (2014) ¹⁾	1.570 \$	7.400 \$	5.780 \$	1.890 \$	3.500 \$
Gesundheitsausgaben (2013) ²⁾	4 % des BIP	5,6 % des BIP	4,6 % des BIP	6 % des BIP	4,4 % des BIP
Lebenserwartung (2013) ¹⁾	67,7 Jahre	75,4 Jahre	74,2 Jahre	75,8 Jahre	68,1 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten (2015) ²⁾	41,81	12,44	9,63	18,39	22,34
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten (2015) ²⁾	174	27	20	54	114

Quellen: ¹⁾ worldbank.org, ²⁾ CIA World Factbook, ³⁾ stats.oecd.org, ⁴⁾ auswaertiges-amt.de



Leistungspakete beider Versicherungen werden vor allem Wanderarbeiter profitieren.

Insgesamt sind die soziale Absicherung und Gesundheitsversorgung der Chinesen heute schlechter als unter 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 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 bis hin zu 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. Die Ausweitung der sozialen Absicherung auf die Gesamtbevölkerung gelang hier ebenfalls innerhalb kurzer Zeit. 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.

Sustainable Development Goals – Gesundheit reloaded

Wie gerecht und gesund soll die Welt sein?

Im September 2015 verabschiedeten die Vereinten Nationen die Nachhaltigen Entwicklungsziele. Darin verpflichten sich die Mitgliedsstaaten bis 2030 zu weltweiten Fortschritten auf insgesamt 17 Gebieten und haben sich dafür 169 Zielvorgaben gesetzt. Im Vergleich zu den bis Ende 2015 gültigen Millenniumszielen beziehen sich die Nachhaltigen Entwicklungsziele (SDG) nicht nur auf Entwicklungsländer, sondern auf alle Staaten. An oberster Stelle steht weiterhin die Überwindung der Armut auf der Welt. Gesundheit bestimmt das eigenständige Ziel Nummer 3, das in neun Unterziele aufgeteilt ist: Senkung der Müttersterblichkeit auf weniger als 70 pro 100.000 Geburten und der Kindersterblichkeit auf zwölf pro 1.000 Geburten. Die Eindämmung der Ausbreitung von HIV/Aids, Tuberkulose und Malaria bleibt ein wichtiges Unterziel.

Die Tatsache, dass viele Länder bis Ende 2015 die Millenniumsziele nicht erreicht haben und noch immer viel zu viele Schwangere und Gebärende sterben – so stirbt beispielsweise in Afghanistan eine von 32 Frauen im Laufe ihres Lebens im Rahmen einer Geburt – ist nicht zuletzt auf die hohen Kosten für die medizinische Versorgung zurückzuführen. Darüber hinaus stellen hohe Ausgaben im Krankheitsfall nach wie vor das wichtigste Armutsrisiko weltweit dar. Universelle soziale Absicherung im Krankheitsfall gehört daher auch zu den Nachhaltigen Entwicklungszielen der Weltgemeinschaft.

Jens Holst/Jean-Olivier Schmidt

Mitgliedskarten als Wahlkampfinstrument. So weit die Theorie. Die Praxis sieht anders aus. Das steuerfinanzierte Programm für die Armen verkommt immer mal wieder zu einem Wahlkampfinstrument. Vor Parlaments-, Gouverneurs- und Parlamentswahlen erkaufen sich die etablierten Kandidaten gern 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. Lange 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.

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 Einzelleistungvergütung erfolgen. An ihre Stelle treten zunehmend bevölkerungsabhängig berechnete Pauschalen, bevor die vollständige Umstellung der Krankenhausfinanzierung auf diagnosebezogene Fallpauschalen folgt. Mit der schrittweisen Überwindung der Einzelleistungvergütung will das Land



JENS HOLST, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit zu Gesundheitsfinanzierung, sozialer Sicherung und Gesundheitssystem-Entwicklung. Dabei ist er weltweit für die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), für AOK International Consulting und andere Organisationen im Einsatz, unter anderem in El Salvador, Jemen, Kenia, Laos, Paraguay, Philippinen, Syrien und Tansania. Darüber hinaus ist er Dozent an der Hochschule Magdeburg-Stendal und im Postgraduierten-Programm der Gesundheitswissenschaftlichen Abteilung der Universität Chile in Santiago; zurzeit hat er eine Vertretungsprofessur an der Hochschule Fulda. Außerdem schreibt er über soziale Sicherungssysteme, gesundheitspolitische Mythen, Zuzahlungen und andere gesundheitspolitische Themen. www.jens-holst.de; drdrjensholst@web.de



JEAN-OLIVIER SCHMIDT leitet das Kompetenzzentrum für Gesundheit, Soziale Sicherung und Inklusion in der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit. Vorher verantwortete er das globale Sektorprogramm P4H, dessen Ziel es ist, Länder auf dem Weg zu sozialer Absicherung im Krankheitsfall zu unterstützen. Jean-Olivier Schmidt hat in Ostafrika (Kenia, Ruanda) in Gesundheitsprogrammen gearbeitet sowie in Südasien (Bangladesch, Indien) Programme 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

Leistungsausweitungen und Ausgabensteigerungen bremsen. Gesundheit für alle soll bezahlbar bleiben.

Solidarische Finanzierung ist unverzichtbar. So verschieden die Länder in Asien sind, so zeigen die Erfahrungen der vergangenen fünfzehn 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. Gerade beim letzten Punkt könnten die Länder auch von deutschen Erfahrungen profitieren. ■

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. Das zweite Kapitel ist ein Lagebericht aus Südafrika, Kenia, Ruanda und Ghana.

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 gebeuteltes 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 Entwicklung 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 aufrechtzuerhalten. 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 Nutzergebühren. 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 kleiner, gemeindebasierter Krankenversicherungen: Heute weiß man, dass sie allenfalls mit staatlicher Unterstützung dauerhaft zur sozialen Absicherung im Krankheitsfall beitragen können. Auf der Suche nach Finanzierungsquellen eröffnen heute 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. Tatsächlich haben dieses ehrgeizige Ziel 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

„Gemeinsam voneinander lernen“



Tim Evans ist der leitende Direktor der Weltbank-Abteilung „Weltweite Praxis Gesundheit, Ernährung und Bevölkerung“.

G+G: Die Generaldirektorin der Weltgesundheitsorganisation (WHO) Margaret Chan bezeichnet universelle Absicherung im Krankheitsfall als derzeit bedeutsamstes gesundheitspolitisches Konzept weltweit. Worin besteht die Bedeutung dieses Konzepts?

Evans: Universelle Absicherung im Krankheitsfall macht Fragen der Verteilungsgerechtigkeit zur wichtigsten Triebfeder bei der Entwicklung von Gesundheitssystemen. Sie erzeugt in schnell wachsenden Systemen einen gleichzeitigen Zugewinn an Gerechtigkeit und rationalem Ressourceneinsatz.

G+G: Universelle Absicherung im Krankheitsfall zu erreichen, ist für viele Länder eine große Her-

ausforderung. Welche Unterstützung vonseiten der internationalen Gemeinschaft ist erforderlich?

Evans: Gemeinsames Lernen: Erkennen, dass es keinen einheitlichen Ansatz für alle geben kann, man aber eine Menge lernen kann, wenn man versteht, wie verschiedene Länder auf ihrem Weg zu universeller Absicherung im Krankheitsfall die Chancen ergriffen und die Herausforderungen gemeistert haben. Diesen gemeinsamen Lernprozess muss Unterstützung beim Aufbau der wichtigsten Institutionen zur Finanzierung und Leistungserbringung in den Ländern ergänzen, die innovative Wege in Richtung universeller Absicherung im Krankheitsfall einschlagen können. Dabei muss die Gesundheitsfinanzierung den vorherrschenden Fokus auf kurzfristige Ergebnisse überwinden und ihre Wirksamkeit immer stärker an der Evidenz messen. Nur so kann sich die Gesundheitsfinanzierung besser aufstellen, einen größeren Mehrwert stiften, den Bedarf aller decken und dabei nachhaltig funktionsfähig bleiben, während sich die armen Länder entwickeln und allmählich ihr Einkommensniveau steigern.

G+G: Wie werden die kürzlich von der Weltgemeinschaft verabschiedeten Nachhaltigen Entwick-

lungsziele (SDG) zur Förderung der universellen Absicherung im Krankheitsfall beitragen?

Evans: Gesundheitsziel 3 beinhaltet eine entsprechende Zielgröße. Die Weltbank und die WHO haben gemeinsam einen Ansatz entwickelt, wie man Fortschritte auf dem Weg zu universeller Absicherung überprüfen kann; damit wird deutlich, dass man das Ausmaß der sozialen Absicherung im Krankheitsfall messen kann.

G+G: Wie nehmen Sie die Anstrengungen der deutschen Regierung auf dem Gebiet der globalen Gesundheit und insbesondere im Bereich Gesundheitssystemstärkung wahr?

Evans: Die führende Rolle der deutschen Regierung war enorm wichtig, um die Aufmerksamkeit auf die Bedeutung von universeller Absicherung im Krankheitsfall und auf die Grundvoraussetzungen von Gesundheitssystemen zu lenken, die für jeden Fortschritt in dieser Richtung erforderlich sind. Die von der deutschen Bundeskanzlerin eingebrachte Initiative „Gesunde Systeme – gesunde Leben“ schenkt endlich auch den viel zu oft als selbstverständlich angesehenen wesentlichen Funktionen eines Gesundheitswesens, wie etwa standesamtlichen Geburts- und Sterberegistern, die längst überfällige Beachtung. ■

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 „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.

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, Mosambik, 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 ähnlichen 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 (Internationale Arbeitsorganisation, Weltgesundheitsorganisation, Afrikanische Entwicklungsbank, Weltbank) 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



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 60 Euro. Obwohl derzeit nur ein kleiner Teil dieser Ausgaben 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 im südlichen Afrika geworden.

SÜDAFRIKA

Das Gesundheitswesen der Regenbogenation könnte kaum widersprüchlicher sein. 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 Hightechmedizin, die vor allem weißen Südafrikanern zugutekommt, 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 18*). Südafrika hat sich zum Ziel gesetzt, die Absicherung im Krankheitsfall in den nächsten zwölf Jahren auf die gesamte Bevölkerung auszuweiten. 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 soziale 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 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?“, fragte der langjährige 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 be-

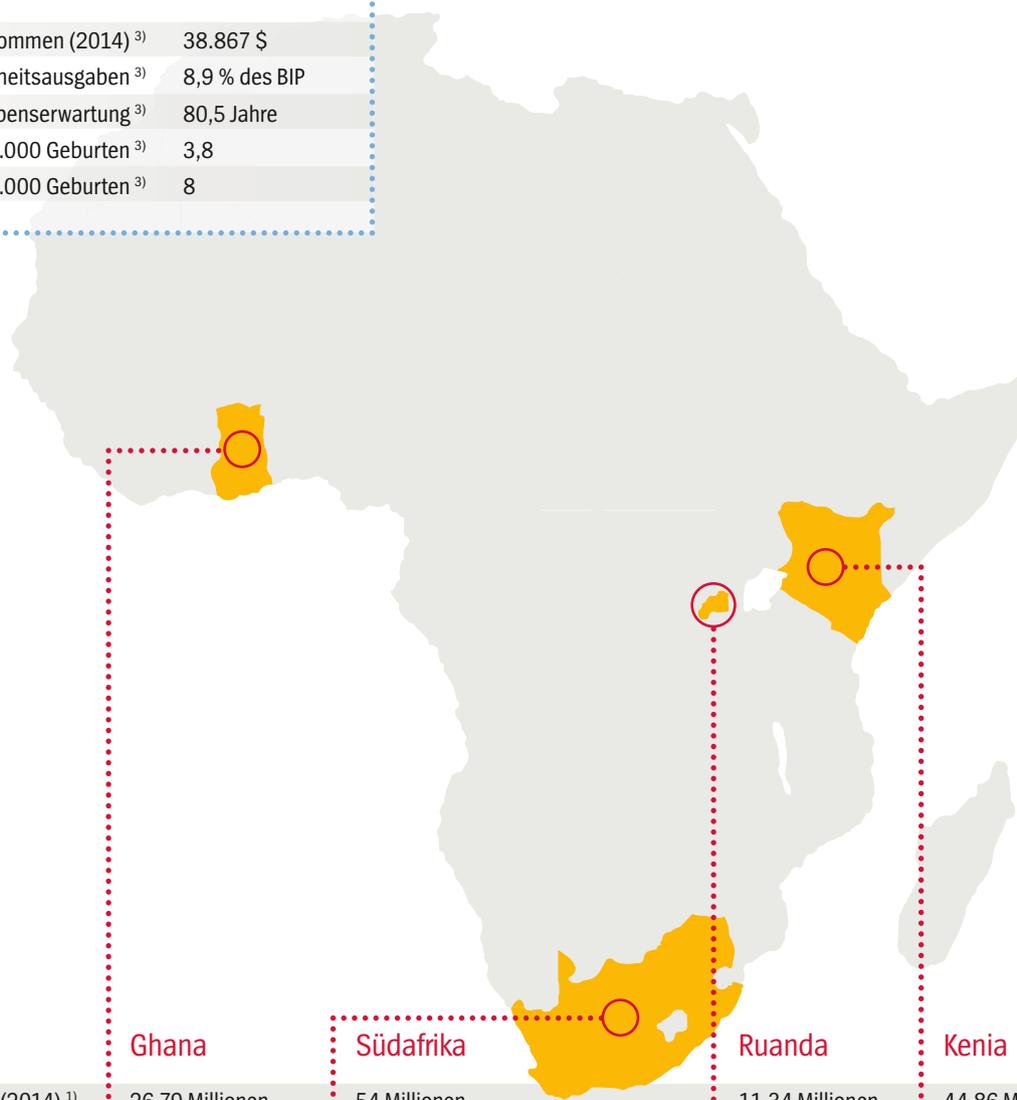


afrika

OECD-Durchschnitt (2013)

(Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

Pro-Kopf-Einkommen (2014) ³⁾	38.867 \$
Gesundheitsausgaben ³⁾	8,9 % des BIP
Lebenserwartung ³⁾	80,5 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten ³⁾	3,8
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten ³⁾	8



Ghana

Südafrika

Ruanda

Kenia

Bevölkerungszahl (2014) ¹⁾	26,79 Millionen	54 Millionen	11,34 Millionen	44,86 Millionen
Staatsform ⁴⁾	Präsidentdemokratie	parlamentarische Demokratie	präsidiale Republik	präsidiale Republik
Alphabetisierungsrate (2015) ²⁾	76,6 Prozent	94,3 Prozent	70,5 Prozent	78 Prozent
Bruttoinlandsprodukt (BIP) (2014) ¹⁾	38,62 Mrd. \$	350,1 Mrd. \$	7,89 Mrd. \$	60,94 Mrd. \$
Pro-Kopf-Einkommen (2014) ¹⁾	1.590 \$	6.800 \$	700 \$	1.290 \$
Gesundheitsausgaben (2013) ²⁾	5,4 % des BIP	8,9 % des BIP	11,1 % des BIP	4,5 % des BIP
Lebenserwartung (2013) ¹⁾	61,1 Jahre	56,7 Jahre	63,4 Jahre	61 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten (2015) ²⁾	37,37	32,99	58,19	39,38
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten (2015) ²⁾	319	138	290	510

Quellen: ¹⁾ worldbank.org, ²⁾ CIA World Factbook, ³⁾ stats.oecd.org, ⁴⁾ auswaertiges-amt.de



geistert, 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 erschweringliche Summe.“ Viele Menschen in der umtriebigen Wirtschaftsmetropole Nairobi könnten 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 waren viele Jahre 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 eingenommenen Euro fließen in die Krankenversorgung. 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

„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 Hightechmedizin. 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. ■

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.

Auflängere 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 indes 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 Krankenkassenfinanzierung ist in Ghana eine heftige Kontroverse entbrannt. Denn Mehrwertsteuern 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.

Anspruch auf allgemeine Versicherungspflicht. Die ghanaische Regierung beschreitet interessante innovative Wege zur Verknüpfung der vielerorts bestehenden gemeindebasierten Krankenversicherungen mit der nationalen Krankenkasse. Das NHIS nimmt die Mitglieder solcher dörflichen Kleinstversicherungen

mit zum Teil lokal angepassten Leistungspaketen auf. Zurzeit ist die Mitgliedschaft in den gemeindebasierten Krankenversicherungen noch freiwillig. Im Prinzip besteht eine allgemeine Krankenversicherungspflicht für alle Bürger. Seit der Abschluss einer Krankenversicherung verbindlich wird, muss Ghana die Finanzierungsquellen überprüfen. Die stärkere Besteuerung von Gemeingütern wie Einnahmen aus dem Erdölexport wäre eine Möglichkeit. Verabschiedet hat die ghanaische Regierung inzwischen eine Mehrabgabe für Privatversicherte zugunsten der öffentlichen Kasse.

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 Krankenkassenkarte. 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 auch 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. ■

3

GESUNDHEIT GLOBAL



lateinamerika



Experimentierfeld für Reformen

Chile bietet seiner Bevölkerung seit fast hundert Jahren Krankenversicherungsschutz nach dem Bismarck'schen Modell. Doch marktorientierte Reformen haben den Sozialstaat geschwächt. Ähnliche Entwicklungen durchliefen auch Mexiko und Kolumbien. Das dritte Kapitel schildert, wie Länder in Lateinamerika heute ihre sozialen Sicherungssysteme nachjustieren.

Viele Jahre bestimmten Diktaturen und Bürgerkriege das Bild von Mittel- und Südamerika. Doch jenseits des Kalten Krieges, der sich auch im „Hinterhof der USA“ abspielte, begann dort schon Ende der 1970er Jahre ein gigantischer sozialpolitischer Umbruch. Seine ganze Tragweite wurde erst viel später erkennbar. Lateinamerika war Experimentierfeld für marktorientierte Reformen der Sozialsysteme. So führte Chile bereits 1981 den Krankenkassenwettbewerb ein und strebte die Privatisierung des gesamten Gesundheitswesens an – lange bevor solche Ideen Deutschland und andere europäische Länder erreichten.

Reformen verschärfen soziale Ungleichheit. Nahezu alle Staaten in Lateinamerika folgten in den 1980er und 1990er Jahren mehr oder weniger dem chilenischen Vorbild. Selbst Costa Rica, das sein soziales Krankenversicherungssystem schrittweise ausweitete, geriet unter Privatisierungsdruck. Mit ihren Struktur Anpassungsmaßnahmen und den Auflagen bei der Kreditvergabe drängten Entwicklungsinstitutionen, allen voran Weltbank und Internationaler Währungsfonds, verschuldete Entwicklungsländer zu marktorientierten Reformen. Nur wenige Regierungen widersetzten sich anfangs dem Sog des Neoliberalismus. Neben Kuba war das vor allem Brasilien, das 1988 ein staatliches

Gesundheitssystem einführte. Über 25 Jahre später kämpft das größte Land Südamerikas trotz seines beachtlichen sozialen Sicherungssystems mit unübersehbaren Mängeln und Versorgungsengpässen des bisherigen Modells. Die anderen Länder der Region betreiben heute mit großem Aufwand Schadensbegrenzung. Die marktorientierten Reformen vergangener Jahrzehnte haben die Lage vieler Menschen in den betroffenen Ländern kaum verbessert, dafür aber die sozialen Ungleichheiten verstärkt. Seit einigen Jahren stehen nun universelle Absicherung im Krankheitsfall und mehr soziale Gerechtigkeit ganz oben auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung.

Minenarbeiter kämpfen für ihre Rechte. Anders als die meisten Länder in Afrika, Südostasien und Indochina streiften die Staaten Lateinamerikas die Kolonialherrschaft schon vor über 200 Jahren ab. Bevor in Mittel- und Südamerika die ersten Sozialsysteme entstanden, mussten allerdings noch einmal mehr als hundert Jahre vergehen. Pionierland war bereits damals Chile, das 1918 mit dem Aufbau eines Gesundheitswesens begann und 1924/25 die erste Sozialgesetzgebung verabschiedete. Mit dem Nitratboom – der Grundstoff für Dünger und Sprengstoff war in der Zeit des Ersten Weltkriegs überaus begehrt – entstand in



„Brasilien fördert die Bürgerbeteiligung“

Lígia Giovanella ist Gesundheitswissenschaftlerin an der Nationalen School of Public Health in Rio de Janeiro und berät das regierungsübergreifende südamerikanische Institut ISAGS.

Als Beraterin von ISAGS haben Sie einen Überblick über die Gesundheitssysteme in Südamerika. Wo sehen Sie im Moment die wichtigsten Reformansätze auf dem Subkontinent?

Giovanella: In fast allen Ländern geht es in den letzten Jahren um die gesetzliche und verfassungsmäßige Verankerung des Rechts auf Gesundheit und um universelle Absicherung im Krankheitsfall. Der Ansatz ist sektorenübergreifend. Im Mittelpunkt steht die Verantwortung der öffentlichen Hand für die Gesundheit der Bürger. Grundlage ist ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit, und zwar als Recht auf ein gutes Leben. Das ist in den Verfassungen von Bolivien und Ecuador bereits berücksichtigt. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre bringen die Suche nach neuen Modellen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und den ausdrücklichen Wunsch nach sozial gerechtem Wirtschaftswachstum zum Ausdruck. Denn eine Verringerung der großen sozialen Ungleichheit in Südamerika wirkt sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung aus.

Gibt es grundlegende Unterschiede zwischen der gesundheitspolitischen Debatte in Europa und Lateinamerika?

Giovanella: Ja, selbstverständlich. Die europäischen Länder haben die universelle Absicherung bei relativ großer sozialer Gerechtigkeit erreicht. In Südamerika entstanden dagegen segmentierte Systeme, die verschiedenen Bevölkerungsgruppen einkommensabhängig unterschiedlichen Zugang erlaubten. Im Rahmen der Rotstiftpolitik infolge der aktuellen Krise sind in Europa Ausgabenkürzungen der wichtigste Grund zur Sorge. In Lateinamerika besteht die größte Herausforderung darin, wirklich universelle Gesundheitssysteme aufzubauen. Das erfordert eine Steigerung der öffentlichen Ausgaben und den Aufbau integrierter Versorgungsnetzwerke.

Sie kennen das deutsche System sehr gut. Was können wir von Brasilien lernen?

Giovanella: In Brasilien ist die Beteiligung der Bevölkerung sehr weit gediehen. Institutionell ist die Partizipation im Nationalen Gesundheitsrat, in 26 Gesundheitsräten auf Bundesstaatsebene und in mehr als 5.000 kommunalen Gesundheitsräten verankert. Vertreter der Behörden, der Leistungserbringer und der Zivilgesellschaft treffen dort gesundheitspolitische Entscheidungen. Auch die Primärvorsorge scheint mir in Brasilien weiter entwickelt zu sein als in Deutschland, denn wir haben über mehrere Jahre systematisch interdisziplinäre Teams aufgebaut und die Bürgerbeteiligung gefördert.

Die Fragen stellte Jens Holst.

der nordchilenischen Atacama-Wüste eine starke Arbeiterbewegung, die für mehr Lohn, bessere Arbeitsbedingungen und soziale Absicherung kämpfte. Ganz im Stil von Reichskanzler Otto von Bismarck begegneten die Minenbesitzer den streikenden Arbeitern mit einer Mischung aus Zuckerbrot und Peitsche: Einerseits ließen sie Arbeitskämpfe brutal zusammenknüpfeln, andererseits kamen sie den Forderungen nach. So entstand in den 1920er Jahren ein Sozialversicherungssystem Bismarck'scher Prägung für Arbeiter und Angestellte.

Größere Gruppen ausgeschlossen. Im Zuge der allmählichen Industrialisierung entstanden zunächst in den größeren Küstenstädten auch in den anderen Ländern Lateinamerikas Sozialversicherungen, meistens für Bedienstete des öffentlichen Sektors wie Eisenbahn- und Hafentarbeiter in Brasilien und Argentinien, aber auch für formal Beschäftigte in größeren Privatunternehmen. Dabei übernahmen die europäisch geprägten Eliten die Sozialversicherungsmodelle des Alten Kontinents. Trotz der schrittweisen Ausweitung auf neue Arbeitnehmergruppen blieben allerdings größere Bevölkerungsteile von den Sozialsystemen ausgeschlossen. Die Aufnahme von informell Beschäftigten wie Kleinbauern, selbstständigen Handwerkern, ambulanten Händlern, Tagelöhnern und aller Armen in eine Sozialversicherung ist schwierig und nur mit staatlicher Unterstützung möglich. Auch in Deutschland dauerte es 80 Jahre, bis Landwirte, Studierende sowie freischaffende Künstler und Journalisten in die gesetzliche Krankenversicherung kamen. In Entwicklungs- und Schwellenländern ist der Bevölkerungsanteil, der von informeller Beschäftigung lebt, ungleich größer als in einem Industrieland. In Lateinamerika haben bis heute nicht alle Bürger Zugang zu bezahlbarer Krankenversorgung.

CHILE

Nicht immer bestimmte die Forderung nach sozialer Absicherung und größerer Zugangs- beziehungsweise Finanzierungsgerechtigkeit die Gesundheitspolitik in Lateinamerika. In den 1980er und 1990er Jahren herrschte ein anderer Wind auf dem Subkontinent, der seinen Ausgang in Chile nahm. Dort ließ sich die damalige Regierung von Diktator Augusto Pinochet von marktliberalen Vertretern der Chicagoer Schule beraten, die bedingungslos auf die Kräfte des Marktes setzten. Ebenso wie das Rentensystem kreppten die „Chicago-Boys“ das Gesundheitswesen des südamerikanischen Landes grundlegend um, das dank kombinierter Beitrags- und Steuerfinanzierung allen Chilenen bezahlbaren Zugang zu medizinischen Leistungen geboten hatte. Dabei hielten sie zwar an allgemeiner Krankenversicherungspflicht und einkommensabhängigen Beiträgen fest, schafften aber den Arbeitgeberanteil ab. Vor allem öffneten sie den Sozialversicherungsmarkt für Privatkassen. Diese stehen seit 1981 untereinander und mit der einzigen öffentlichen Krankenkasse im Wettbewerb um Versicherte. Nach jahrelanger Rotstiftpolitik der Regierung waren öffentliche Gesundheitsposten und Krankenhäuser teilweise in erbärmlichem Zustand, sodass jedermann eine Privatpolice anstrebte, sofern er sie sich leisten konnte. Das war und ist allerdings den Besserverdienenden vorbe-

halten. Trotz staatlicher Subventionen lag der Marktanteil der privaten Krankenversicherungswirtschaft nie über 30 Prozent. Heute kann sich kaum mehr als jeder sechste Chilene eine Privatversicherung leisten.

Privatkassen betreiben Rosinenpickerei. Chile ist neben Deutschland das einzige Land der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) mit allgemeiner Versicherungspflicht, das ein Ausscheren aus der öffentlichen in eine private Vollversicherung (PKV) erlaubt. Anders als hierzulande richtet sich der PKV-Beitrag in Chile aber nicht bloß nach dem individuellen Risiko bei Versicherungsabschluss, sondern passt sich zeitlebens dem jeweiligen Risikoprofil an. Spätestens bei Eintritt ins Rentenalter werden die Beiträge für die allermeisten unbezahlbar. Das lässt der chilenischen Privatversicherung Raum für Risikoselektion und Rosinenpickerei. Die öffentliche Kasse sichert die Versorgung derjenigen, die für das Geschäftsmodell der Privatkassen nicht lukrativ sind. Daraus ergeben sich große Herausforderungen im Hinblick auf soziale Gerechtigkeit und Umverteilung. Ende 2014 legte eine von Präsidentin Michelle Bachelet berufene Kommission Reformvorschläge vor, deren Umsetzung indes noch aussteht.

Risikostrukturausgleich scheiterte. Knappe öffentliche Ressourcen führen trotz umfangreicher Investitionen der letzten Jahre zu langen Wartezeiten und Engpässen. Das Hauptproblem im Privatsektor sind hingegen unvorhersehbare, teilweise sehr hohe und sozial ungerechte Zuzahlungen. Die bisher umfangreichste Re-Reform des chilenischen Gesundheitswesens, der Plan AUGE, sollte diese Schief lagen beheben. Er legt Behandlungs garantien für häufige Erkrankungen fest, indem er die maximale Wartezeit auf zwei Monate und die höchstzulässige Zuzahlung auf zwei Monatsgehälter beschränkt. Bei Verstoß können die Patienten ihre Rechte einklagen.

Globale Allianzen für Soziale Sicherung

Wirtschaftswachstum in aufstrebenden Entwicklungs- und Schwellenländern geht oft mit einer Zunahme von sozialen Ungleichheiten und politischen Konflikten einher. Soziale Sicherung und die Anpassung der Sozialsysteme an die neuen Herausforderungen gewinnen an Bedeutung. Bei ihren sozialpolitischen Bemühungen und auf der Suche nach inhaltlichen und organisatorischen Anregungen wünschen sich diese Länder einen stärkeren Austausch untereinander.

Um die Kooperation zwischen und mit den aufstrebenden Ländern zu unterstützen, beauftragte das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) das Projekt „Globale Allianzen für Soziale Sicherung“. In dessen Rahmen fördert die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) den Erfahrungsaustausch unter anderem zwischen Indien, Indonesien, Brasilien und Mexiko, aber auch China, Chile, Peru und Südafrika. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem sozialpolitischen Dialog zwischen interessierten Ländern und einem problemorientierten Wissenstransfer, in den auch Erfahrungen aus Deutschland einfließen werden. Dies soll in konkrete gemeinsame Maßnahmen münden.

Mehr Infos: Christof.Kersting@giz.de

Der viel gelobte Plan AUGE verbessert zwar die Lage vor allem für chronisch Kranke, aber er verdeutlicht zugleich die Beschränkungen nachholender Reformen.

Vor der Einführung von Behandlungs garantien war die damalige sozialdemokratisch geführte Koalitionsregierung 2003 mit dem Versuch gescheitert, einen Risikostrukturausgleich zwischen der öffentlichen und den privaten Versicherungen einzuführen. Zu stark war der politische Widerstand von Privatwirtschaft und Konservativen. Von dem ehrgeizigen Reformprojekt blieben nur die gesetzliche Deckelung von Wartezeiten und Selbstbeteiligungen für ausgewählte Behandlungen. Aber solche vertikalen Ansätze bergen die Gefahr, nicht erfasste Erkrankungen hintanzustellen und Parallelmärkte für die ausgewählten Therapien zu fördern: Anstatt in ihren Krankenhäusern zu operieren, haben Augenärzte öffentlicher Kliniken in unmittelbarer Nachbarschaft Praxen zur Behandlung des Grauen Stars, einer der ersten Erkrankungen des Plan AUGE, aufgemacht und arbeiten nun in die eigene Tasche.

KOLUMBIEN

Auch andere Länder, die einst den chilenischen Weg in Richtung Deregulierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens einschlugen, bemühen sich heute um Nachbesserungen und die Abmilderung der unerwünschten Folgen marktorientierter Reformen. Kolumbien hatte vor 20 Jahren ebenfalls den Wettbewerb zwischen privatwirtschaftlich agierenden Krankenversicherungen eingeführt. Jeder Kolumbianer, der ein Einkommen von mehr als zwei gesetzlichen Mindestlöhnen erzielt, muss seither zwölf Prozent davon für seinen Versicherungsschutz an die Krankenkasse seiner Wahl abführen. Die Versorgung der Armen und Mittellosen erfolgt im subventionierten System, das vorwiegend über Steuermittel finanziert ist, aber nur ein eingeschränktes Leistungspaket vorhält.

Solidarfonds für Arme. Anders als die chilenischen Liberalisierer versuchten die Gesundheitsreformer in Kolumbien allerdings, die sozialen Verwerfungen des Wettbewerbs zwischen prinzipiell gewinnorientierten Krankenkassen zu kontrollieren. Sie hielten am Arbeitgeberbeitrag fest – bei abhängig Beschäftigten immerhin zwei Drittel des Gesamtbeitrags. Zudem führten sie zur Vermeidung rücksichtsloser Selektion mit dem Kassenwettbewerb einen Risikostrukturausgleich ein. Und mit einem Zwölftel ihres Beitrags unterstützen Besserverdienende über einen Solidarfonds die beitragsfrei im subventionierten System abgesicherte arme Bevölkerung des Landes.

Die Auswirkungen der kolumbianischen Reform von 1993 sind zwar nicht so dramatisch wie in Chile, aber auch nach über 20 Jahren weist das dortige Gesundheitswesen erhebliche Mängel auf. „Noch immer genießen nicht alle Kolumbianer Krankenversicherungsschutz. Verschiedene Bevölkerungsgruppen haben Anspruch auf unterschiedliche Leistungspakete, die für Mitglieder des subventionierten Systems unzureichend sind. Zudem müssen Patienten teilweise hohe Zuzahlungen aufbringen“, sagt Gesundheitswissenschaftler Ramón Castaño aus Kolumbien. Die gewinnorientierten Krankenversicherungen



verweigern immer wieder die Kostenübernahme für Behandlungen. Und die Trennung zwischen beitragsbasiertem und beitragsfreiem System führt zur Zweiklassenmedizin – umfassender Schutz ist nur bei privater Zusatzversicherung möglich.

Abkehr vom Kassenwettbewerb? Im Juni 2013 verabschiedete die kolumbianische Regierung daher eine weitere Gesundheitsreform. Kernelement ist der Aufbau eines einheitlichen öffentlichen Kostenträgers, der Beiträge erhebt und die Leistungserbringer bezahlt. Diese Reform bedeutet nicht weniger als die Abkehr vom Kassenwettbewerb. Weitere Reformbestandteile waren die Einführung einer Versicherungsaufsicht und der Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen.

MEXIKO

Mexiko baute ab 1943 eine soziale Krankenversicherung für formal Beschäftigte nach deutschem Vorbild auf. Der Hamburger Arzt jüdischen Glaubens Ernst Frenk flüchtete 1930 vor dem zunehmenden Antisemitismus nach Mexiko, wo er sich aktiv am Aufbau des Sozialversicherungssystems beteiligte. Ein gutes halbes Jahrhundert später leitete sein Enkel Julio Frenk als mexikanischer Gesundheitsminister die bisher letzte große Gesundheitsreform ein. Ziel dieses ehrgeizigen Vorhabens war die Ausweitung des Krankenversicherungssystems auf die ganze Bevölkerung. Denn davon war Mexiko vor wenigen Jahren noch weit entfernt: Anfang 2004 hatten elf Millionen mexikanische Familien keine Krankenversicherung. Zu Beginn dieses Jahrhunderts bestand ein zersplittertes Gesundheitssystem mit mehreren Sozialversicherungen für die Hälfte der Bürger, einem staatlichen Gesundheitswesen, das jeden dritten Mexikaner versorgte, und einem kleinen Privatsektor. Die verschiedenen Teilsysteme arbeiten weitgehend getrennt. Mitglieder einer sozialen Krankenkasse können nur deren Gesundheitseinrichtungen und informell Beschäftigte ausschließlich staatliche Gesundheitsposten oder Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Das hat zumindest in den Großstädten zu Ressourcen vergeudenden Doppel- und Mehrfachstrukturen geführt: In Mexiko-Stadt liegen staatliche Hightechkliniken der Maximalversorgung nur wenige Kilometer von der auch nach europäischem Standard hervorragend ausgerüsteten Sozialversicherungsklinik entfernt.

Volkerversicherung für bisher Nichtversicherte. Kernelement der unter Minister Julio Frenk ab 2004 eingeleiteten Reform war die Einführung einer weiteren Säule im mehrgliedrigen mexikanischen Gesundheitssystem. Die steuersubventionierte „Volkerversicherung“ (Seguro Popular) steht allen bisher nicht versicherten Bürgern des Landes offen und übernimmt die ambulante Versorgung sowie einfachere Krankenhausbehandlungen. Die Finanzierung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge der Mitglieder, einen einheitlichen Bundeszuschuss der Regierung pro Familie und einen Sozialanteil der einzelnen Bundesstaaten, der von der Zahl der versicherten Einwohner abhängt.

Zwei Jahre später als geplant feierte Mexiko am 1. April 2012 offiziell die Einführung universeller Absicherung im Krank-

heitsfall. Möglich war dies nur durch einen sehr kreativen Umgang mit Zahlen und Daten. Erhebliche Probleme bestanden zum einen bei der Zahlungswilligkeit der bisher nicht versicherten Bürger und zum anderen bei der Zahlungsmoral gerade der reicheren Bundesstaaten, die ihren finanziellen Verpflichtungen bis heute nicht in vollem Umfang nachkommen.

Kritik am eingeschränkten Leistungspaket. Zweifellos sind seit Einführung des Seguro Popular deutlich mehr Menschen krankenversichert und haben Zugang zu Gesundheitsleistungen. Doch die Versorgungsstrukturen stoßen an ihre Kapazitätsgrenzen. Ärzte und Pflegekräfte sehen eine Überlastung, denn sie müssen nun in den bestehenden Einrichtungen und mit unveränderter Personaldecke zusätzlich die Versicherten der neuen Krankenkasse behandeln. Auf Kritik stößt vor allem das eingeschränkte Leistungspaket der „Volkerversicherung“, die keine Behandlungskosten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumoren, chronischer Nierenschwäche und anderen schweren Krankheiten übernimmt. Dafür steht zwar ein „Fonds zum Schutz vor bedrohlichen Gesundheitsausgaben“ zur Verfügung, aber auf Zahlungen daraus besteht kein rechtlicher Anspruch. „Wer die falsche Krankheit hat, muss aus eigener Tasche zahlen“, meint lapidar der Gesundheitswissenschaftler Jesús del Real Sánchez.

BRASILIEN

Auch im größten Land des Subkontinents begann die Geschichte der sozialen Absicherung im Krankheitsfall mit Sozialversicherungen à la Bismarck. Sie erfassten in den 1980er Jahren etwa die Hälfte der Bevölkerung. Doch anders als die Nachbarländer, die der neoklassischen Wirtschaftstheorie aufsaßen und ihre Krankenversicherungssysteme in Richtung Markt und Privatwirtschaft weiterentwickelten, entschied sich die Bundesrepublik Brasilien für einen radikalen Umbruch in Richtung Steuerfinanzierung, um die Ausgrenzung des großen informellen Sektors zu überwinden. Soziale Absicherung im Krankheitsfall wurde zu einem wesentlichen Bestandteil einer umfassenden Sozialpolitik, die sich nicht auf Armutsbekämpfung beschränkt, sondern als Durchsetzung sozialer Rechte versteht.

Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen. Im Widerstand gegen die Militärdiktaturen, die Brasilien von 1964 bis 1985 beherrschten, spielte die Gesundheitsbewegung eine wichtige Rolle. Ihr Einfluss auf den Demokratisierungsprozess schlug sich in der neuen brasilianischen Verfassung von 1988 nieder, die Gesundheit als soziales Menschenrecht und verpflichtende Aufgabe des Staates festschreibt. Das war ein unübersehbarer Kontrapunkt zu Privatisierung und Rückbau des Staates in den anderen Ländern des Subkontinents. Brasilien vollführte mit der Einführung des Einheitlichen Gesundheitssystems SUS (Sistema Único de Saúde) den Strukturwandel vom Sozialversicherungs- in ein staatliches System.

Eckpunkte der Reform von 1989 waren Universalität, soziale Gerechtigkeit, Dezentralisierung, Subsidiarität, Partizipation sowie integrale und integrierte Versorgung mit dem Ziel, die



latein amerika



Mexiko

Chile

Brasilien

Kolumbien

Bevölkerungszahl (2014) ¹⁾	125,4 Millionen	17,76 Millionen	206,1 Millionen	47,79 Millionen
Staatsform ⁴⁾	Präsidentialrepublik	Präsidentialdemokratie	präsidentiale föderative Republik	Präsidentialdemokratie
Alphabetisierungsrate (2015) ²⁾	95,1 Prozent	97,5 Prozent	92,6 Prozent	94,7 Prozent
Bruttoinlandsprodukt (BIP) (2014) ¹⁾	1,295 Billionen \$	258,1 Mrd. \$	2,346 Billionen \$	377,7 Mrd. \$
Pro-Kopf-Einkommen (2014) ¹⁾	9.870 \$	14.910 \$	11.580 \$	7.790 \$
Gesundheitsausgaben (2013) ²⁾	6,2 % des BIP	7,6 % des BIP	9,7 % des BIP	6,8 % des BIP
Lebenserwartung (2013) ¹⁾	76,5 Jahre	81,2 Jahre	74,1 Jahre	73,8 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten (2015) ²⁾	12,23	6,86	18,6	14,58
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten (2015) ²⁾	38	22	44	64

OECD-Durchschnitt (2013)

(Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

Pro-Kopf-Einkommen (2014) ³⁾	38.867 \$
Gesundheitsausgaben ³⁾	8,9 % des BIP
Lebenserwartung ³⁾	80,5 Jahre
Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten ³⁾	3,8
Müttersterblichkeit/100.000 Geburten ³⁾	8

Quellen:

¹⁾ worldbank.org

²⁾ CIA World Factbook

³⁾ stats.oecd.org

⁴⁾ auswaertiges-amt.de



bisherige Ausgrenzung des informellen Sektors von der sozialen Sicherung zu überwinden. Seither haben alle Menschen in Brasilien freien Zugang zu steuerfinanzierter Gesundheitsversorgung. Verantwortlichkeiten und Finanzierung verteilen sich nach klar definierten Kriterien auf Bundesregierung, Bundesstaaten und Kommunen. Auf allen drei Ebenen gewährleisten Gesundheitsräte Bürgerbeteiligung. Sie haben bei sämtlichen gesundheitspolitischen Entscheidungen ein gewichtiges Wort mitzureden.

Schwimmende Krankenhäuser auf dem Amazonas. Die Entstehung des SUS war durch erhebliche Startschwierigkeiten gekennzeichnet. Sie fiel in die Blütezeit der neoliberalen Politik, die auch an Brasilien nicht spurlos vorüberging und zu Ressourcenmangel und Kapazitätsengpässen im öffentlich finanzierten Gesundheitswesen führte. Immense Herausforderungen bestehen bei der Versorgung strukturschwacher und dünn besiedelter Regionen, denn im armen Hinterland des Nordostens und vor allem im Amazonasbecken ist das medizinische Angebot unzulänglich. Abhilfe sollen hier schwimmende Krankenhäuser schaffen, doch deren Reichweite ist naturgemäß beschränkt.

Ein anderes grundlegendes Problem, vor allem in den Städten, sieht Lígia Giovanella, Professorin an der Nationalen School of Public Health in Rio de Janeiro (siehe Interview auf Seite 22): „Die wachsende Zahl von Bürgern mit privater Zusatzversicherung führt zu einer neuen Segmentierung im brasilianischen Gesundheitswesen.“ Jeder vierte der knapp 200 Millionen Brasilianer nutzt heute eine private Zusatzabsicherung, zwei Drittel davon über den Arbeitsplatz. Damit versuchen Besserverdienende, Wartelisten und teilweise bestehende Mängel im öffentlichen Sektor zu umgehen. Allerdings liefern sie sich dabei einem perfiden Geflecht von profitorientierten Privatkassen und -anbietern aus, bei denen Finanzierung und Leistungserbringung in einer Hand liegen. „Für Privatversicherungen besteht die luxuriöse Situation, dass sie für kostspielige Behandlungen nicht aufkommen müssen“, erklärt Lígia Giovanella weiter, „denn die wälzen sie vielfach auf den SUS ab, der schließlich allen Bürgern offensteht.“

Ein gerechteres Steuersystem ist unumgänglich. Ein Kernproblem für die Finanzierungsgerechtigkeit ist bis heute das regressive Steuersystem in Brasilien. Durch Steuerflucht entziehen sich vor allem hohe Einkommen dem Zugriff des Fiskus. Zudem entfallen gut 70 Prozent des Steueraufkommens auf indirekte, vor allem Mehrwertsteuern, die Bezieher niedriger Einkommen anteilig stärker belasten als Gutverdiener. „Was wir unbedingt brauchen ist eine grundlegende Steuerreform“, meint dazu Armando de Negri, Gesundheitswissenschaftler und Mitorganisator der internationalen Sozialforen in Porto Alegre. „Mit einem sozial ungerechten Steuersystem kann man kein gerechtes Gesundheitswesen finanzieren.“

Überhaupt stellen der Rückgang des Wirtschaftswachstums seit 2014 und knappere öffentliche Kassen die Stabilität der bisherigen sozialpolitischen Anstrengungen Brasiliens in Frage. Die umfangreichen Sozialprogramme haben zwar viele Menschen aus der Armut geholt, gleichzeitig bedroht die zunehmen-

de Inflation ihre Teilhabechancen ebenso wie die Finanzierbarkeit öffentlicher Maßnahmen. Die sozialen Proteste der letzten Jahre belegen eindrücklich die wachsende Unzufriedenheit der Bevölkerung.

„Gutes Leben“ in Bolivien, Ecuador und Venezuela. Die links orientierten Regierungen in Bolivien, Ecuador und Venezuela folgen im Prinzip dem brasilianischen Vorbild einer steuerfinanzierten sozialen Absicherung im Krankheitsfall. Anders als in Brasilien sind die Gesundheitsreformen in den drei Ländern Teil eines umfassenderen, Buen Vivir genannten Entwicklungsmodells. Das Recht auf „gutes Leben“ ist in den Verfassungen festgeschrieben. Es beinhaltet den Anspruch auf gute Ernährung, Zugang zu Wasser, Gesundheit und Bildung und verfolgt letztlich eine Abkehr von der wachstumsorientierten Wirtschaftsordnung. Gesundheitsreformen im Rahmen des Buen-Vivir-Modells gehen weit über Verbesserungen der Gesundheitsfinanzierung und Krankenversorgung hinaus und weisen den sozialen Determinanten von Gesundheit vorrangige Bedeutung zu. Ein wichtiger Ansatz in allen drei Ländern ist die Stärkung der hausärztlichen Versorgung, die vorwiegend in Gesundheitszentren erfolgt, wo Ärzte und Pflegekräfte zudem aktiv an der Gestaltung gesundheitsrelevanter Angelegenheiten ihrer Gemeinde mitwirken und Familien vor Ort betreuen. Allen das gleiche Recht nicht nur auf medizinische Versorgung, sondern auch auf „gutes Leben“ zu gewähren und niemanden auszuschließen – das lässt sich nach Auffassung der linken Regierungen allein durch Steuermittel gewährleisten. Abgesehen vom Ölexporteur Venezuela, wo nun der Wahlsieg der konservativen Opposition die Fortsetzung der bisherigen Sozialpolitik in Frage stellen wird, fällt es den lateinamerikanischen Staaten allerdings nicht leicht, die erforderlichen Mittel bereitzustellen.

Europa kann von Lateinamerika lernen. Die aktuellen Reformbemühungen fast überall in Lateinamerika zielen darauf ab, die unerwünschten Folgen früherer Reformen abzumildern. Eine Kernerkenntnis der Medizin gilt auch in der Gesundheitspolitik: Vorbeugen ist besser als heilen. Denn soziale Ungerechtigkeiten und ein Zweiklassensystem lassen sich allenfalls im Schnecken-tempo überwinden. Aber heute dreht sich die Debatte in Lateinamerika in erster Linie um das Recht auf Gesundheit und weit weniger um Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen als in Europa. So hat vor allem Brasilien gezeigt, dass umfassende soziale Absicherung keineswegs das Wirtschaftswachstum bremsen muss, so wie es hierzulande die Debatte über Lohnnebenkosten nahezulegen versucht, sondern zur Formalisierung der Beschäftigungsverhältnisse und höheren Einkommen beitragen kann. Zweifelsohne können lateinamerikanische Sozialsysteme bis heute einiges von der langen Erfahrung europäischer Institutionen lernen. Mittlerweile haben die einstigen europäischen Kolonien aber selber bemerkenswerte gesundheitspolitische Erfahrungen und Erfolge vorzuweisen. Die Zunahme unsteter und prekärer Arbeitsverhältnisse in Europa erfordert auch hierzulande neue sozialpolitische Strategien. Lateinamerika hat auf diesem Gebiet viel zu bieten – internationale Zusammenarbeit muss keine Einbahnstraße sein. ■

„Die Millenniumsziele müssen weiter verfolgt werden“

Krankheit stellt weltweit das größte Verarmungsrisiko dar. Um es zu senken, bedarf es starker Gesundheitssysteme und einer universellen Absicherung im Krankheitsfall. Dies ist nur durch gemeinsame Anstrengungen der internationalen Gemeinschaft zu erreichen, sagt Hans-Peter Baur.

Wie unterstützt Deutschland den Aufbau sozial gerechter Gesundheitssysteme in der Welt?

Baur: Wir unterstützen Partnerländer dabei, ihre Gesundheitsversorgung so zu gestalten, dass sie für alle Menschen zugänglich und fair finanziert ist. Mit deutschen Geldern werden Programme gefördert, in denen internationale Experten mit den Fachleuten und Politikern vor Ort Hand in Hand arbeiten, um an die jeweiligen Bedingungen angepasste und finanzierbare Gesundheits- und soziale Sicherungssysteme aufzubauen. Deutschland zählt darüber hinaus zu den größten Unterstützern globaler Initiativen im Gesundheitsbereich. Insgesamt investieren wir dafür bi- und multilateral jährlich rund 800 Millionen Euro.

Welches sind die größten Hindernisse beim Aufbau einer sozial gerechten Gesundheitsversorgung weltweit?

Baur: In den meisten Entwicklungsländern bilden der Mangel an qualifiziertem Gesundheitspersonal, eine unzureichende Versorgung mit Medikamenten sowie ein unterfinanzierter, teils schlecht organisierter Gesundheitssektor die größten Herausforderungen. Besonders problematisch ist, dass der Zugang zu lebenswichtiger Versorgung häufig vom Einkommen abhängt und damit ohnehin benachteiligte Bevölkerungsgruppen ausgeschlossen werden.

Was ist notwendig, um diese Hindernisse zu überwinden?

Baur: Starke Gesundheitssysteme und Absicherung im Krankheitsfall! Denn Krankheit stellt weltweit das größte Verarmungsrisiko dar. Viele Länder haben sich deshalb für das Ziel der universellen Absicherung im Krankheitsfall entschieden. Der politische Wille ist hierbei ausschlaggebend, ebenso ein langfristiger Ansatz, bei dem Gesundheits-, Finanz- und andere Ministerien eng zusammenarbeiten. Dieses Vorgehen sollte von der internationalen Gemeinschaft abgestimmt begleitet werden. Daher haben Deutschland und Frankreich auf dem G8-Gipfel 2007 das Providing for Health Netzwerk (P4H) gegründet. Weitere Partner sind die Weltbank, WHO und die Internationale Arbeitsorganisation ILO. Für Investitionen mit dem Ziel der universellen Absicherung im Krankheitsfall ist dieses Netzwerk die zentrale Koordinationsplattform.

Welche Erfolge lassen sich bisher erkennen?

Baur: Universelle Absicherung im Krankheitsfall kann nur über einen längeren Zeitraum erreicht werden. Erfolge zeigen sich bereits in einigen Staaten: So haben zum Beispiel Ruanda und die Philippinen inzwischen über 75 Prozent ihrer Bevölkerung abgesichert. Ghana, Indonesien und Vietnam erreichen über 50 Prozent. Die im Jahr 2000 von der internationalen Gemeinschaft vereinbarten Millenniumsentwicklungsziele waren wegweisend für den Gesundheitsbereich. Durch die gemeinsamen Anstrengungen konnte die Kinder- und Müttersterblichkeit um jeweils 45 Prozent gesenkt werden und auch bei der Bekämpfung von

Hans-Peter Baur leitet die Unterabteilung 30 „Frieden; Demokratie; Menschenrechte; Soziale Entwicklung“ im Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung



HIV/Aids, Malaria und Tuberkulose sind wir auf einem guten Weg. So wurden die Sterberaten bei Aids und Malaria um jeweils 50 Prozent und bei Tuberkulose um 45 Prozent reduziert. Weitere Anstrengungen der Länder selbst und der internationalen Gemeinschaft sind aber unerlässlich.

Viele Länder haben die für 2015 gesteckten Millenniumsziele im Bereich Gesundheit nicht erreicht. Wie sollte es weitergehen?

Baur: Deutschland setzt sich mit Nachdruck für das übergeordnete Ziel des universellen Zugangs zu einer umfassenden Gesundheitsversorgung in der Agenda 2030 ein. Dafür bedarf es starker Gesundheitssysteme in den Ländern. Die nachhaltigen Entwicklungsziele müssen weiterhin verfolgt werden, insbesondere in den Ländern in Subsahara-Afrika und Südasien, wo trotz großer Fortschritte einige Ziele nicht erreicht wurden. Daher hat das Entwicklungsministerium ein Sonderprogramm „Gesundheit in Afrika“ aufgelegt, für das wir in den nächsten vier Jahren 600 Millionen Euro bereitstellen werden. ■

Gesundheit im Blick

GESUNDHEIT GLOBAL ist eine Sonderausgabe der Zeitschrift „G+G – Gesundheit und Gesellschaft“, des AOK-Forums für Politik, Praxis und Wissenschaft. Die hier zusammengestellten Artikel erschienen 2014 als dreiteilige Serie in G+G. Die Autoren Jens Holst und Jean-Olivier Schmidt sind als Gesundheitsexperten für die Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) tätig. Sie haben ihre Beiträge für dieses Sonderheft noch einmal aktualisiert.



Das Thema Gesundheit ist eine Kernleistung der **Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit GmbH (GIZ)**, die in weltweit mehr als 130 Partnerländern tätig ist. Aufbauend auf jahrzehntelange Erfahrungen aus erster Hand berät die GIZ derzeit etwa 80 Länder in Afrika, Asien, Lateinamerika und zunehmend auch in Europa zu Gesundheitsfragen. Ihr Hauptauftraggeber ist das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ). Die GIZ und ihr Unternehmensbereich GIZ International Services arbeiten auch für andere nationale und internationale Kunden und Partner wie die Europäische Union, die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und den Privatsektor in über 15 Ländern sowie in einer wachsenden Zahl von regionalen und globalen Projekten. Die GIZ ist ein ausgewiesenes WHO-Kollaborationszentrum für die Stärkung von Gesundheitssystemen.

Die bilaterale, multilaterale und regionale Zusammenarbeit umfasst ein breites Spektrum an Themen wie:

Vorbeugung und Bekämpfung von Krankheiten

- Infektions- und nicht übertragbare Krankheiten
- Ernährung
- Klimawandel und Gesundheit
- Pandemievorsorge

Berücksichtigung der Gesundheit über den gesamten Lebenszyklus

- sexuelle und reproduktive Gesundheit und Rechte
- Mütter-, Neugeborenen- und Kindergesundheit
- Gesundheit von Jugendlichen
- Gesundheitsförderung und demografische Veränderungen

Verbesserung der Systeme und Strukturen

- Entwicklung und Stärkung der Gesundheitssysteme
- Gesundheitspersonal
- Gesundheitsfinanzierung
- Qualitätssteigerung
- Krankenhausmanagement

Gemeinsam für die Gesundheit arbeiten

- Gesundheitspartnerschaften

Die GIZ nutzt Ansätze, die auf alle Ebenen der Gesundheitssysteme und der Gesellschaften ausgerichtet sind – vom nationalen und internationalen Agenda-Setting und der Politikberatung in den Partnerländern bis zu gezielten Interventionen, wie den verbesserten Zugang zu Dienstleistungen und die Förderung der Beteiligung der Gemeinschaft bei der Bewältigung lokaler Herausforderungen. Sie legt Wert auf Kapazitätsentwicklung, Qualität und Nachhaltigkeit in allen Bereichen. Die Ansätze sind sektorweit, systemisch und oft grenzüberschreitend. Projekte und Programme nehmen Rücksicht auf politische, wirtschaftliche, soziale und ökologische Aspekte. Sie sind kulturell angemessen, geschlechtersensibel und integrativ. Sie tragen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen Gebern, Institutionen und Organisationen bei und haben die Verbesserung des Zugangs von Frauen und Mädchen, Armen und den am stärksten marginalisierten Gruppen zu hochwertigen Gesundheitsdienstleistungen zum Ziel.

Weitere Informationen über das Gesundheitsportfolio der GIZ unter:

www.giz.de/health | www.giz.de/international-services | www.health.bmz.de