

4.2 Côte d'Ivoire (Elfenbeinküste)

Bevölkerung nutzt umfassendes Netzwerk kaum

Volkswirtschaftliche Rahmenbedingungen

Die Côte d'Ivoire ist ein für Westafrika typisch multiethnisches Land. Von den mehr als 50 Ethnien bilden Akan, Kru, Mandé und Voltaer die Hauptgruppen. Die Amtssprache ist Französisch. Mit 46% ist der Anteil der Stadtbevölkerung außergewöhnlich hoch. Sie lebt in den 250 Städten mit mehr als 4.000 Einwohnern, von denen die größten Abidjan (2,5 Millionen), Bouaké (460.000), Yamoussoukro und Daloa (je 200.000) sind.

Die durchschnittliche Familiengröße beträgt 5,28 Personen. In einem ivorischen Haushalt wohnen aber weit mehr Menschen als nur Eltern und ihre Kinder. Großeltern, nahe und entfernte Verwandte und deren Kinder konstituieren leicht eine Haushaltsgröße von bis zu 20 Personen. Im Durchschnitt leben etwa sieben Personen in einem Haushalt, in ländlichen Gebieten etwas mehr. Entgegen gängigen Vorstellungen sind polygame Lebensformen mit etwa 10% deutlich in der Unterzahl.

Kakao, Kaffee, Baumwolle und Holz bilden die wichtigsten Exportprodukte. Der Franc CFA (F CFA) ist eine Gemeinschaftswährung von acht westafrikanischen Staaten und wird von der Zentralbank in Dakar/Senegal kontrolliert. Seit der letzten Abwertung von 1994 besteht ein fester Umtauschkurs zum Französischen Franc im Verhältnis 100:1. Entsprechend ist auch der Wechselkurs zum Euro festgeschrieben (1 Euro = 656 F CFA).

1960 wurde die Côte d'Ivoire unabhängig und galt für lange Zeit als politisch stabil und ökonomisch erfolgreich. Die Rezession der Achtzigerjahre hat die Zahl der unterhalb der Armutsgrenze lebenden Menschen dramatisch anwachsen lassen. In den Folgejahren konnte sich die Côte d'Ivoire ökonomisch aber wieder erholen. Auf Grund wechselnder Regierungsformen wurde das Land gerade in den vergangenen Jahren politisch instabiler. Im Herbst 2000 löste die aktuelle Links-Regierung unter Präsident Gbagbo das vorherige nur zehn Monate währende Militärregime des Generals Guéi ab.

Kennzahlen zum Gesundheitsmarkt Côte d'Ivoire

Bruttoinlandsprodukt (BIP; 2001)	12,2 Mrd US\$
BIP pro Einwohner	759 US\$
Einwohner (2001)	16,1 Millionen
jährliches Bevölkerungswachstum 1990–2000	2,4%
Anteil der über 60-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (2000)	5,0%
durchschnittliche Lebenserwartung (2000)	
– Männer	46,4
– Frauen	48,4
Gesundheitsausgaben in % des BIP (1998)	2,9
Gesundheitsausgaben je Einwohner (1998)	22 US\$
Ärzte je 1.000 Einwohner (1996)	0,09
Zahnärzte je 1.000 Einwohner (1996)	0,15

Quellen: WHO; F.A.Z.-Institut.

1999 betrug das BIP pro Kopf 633 Euro. Während das Land damit auf der weltweiten Rangliste einen der hinteren Plätze einnimmt, belegt es im regionalen Vergleich eine Spitzenposition. Nigeria, Senegal, Benin bringen es auf rund 375 Euro pro Kopf, Länder wie Mali, Ghana oder Togo auf 185 bis 240 Euro. Gemessen an den regionalen Wachstumsraten von durchschnittlich 3 bis 5% liegt die Côte d'Ivoire mit einem Rückgang von 2% abgeschlagen auf dem letzten Platz.



Das Jahreseinkommen der Ivorer schwankt deutlich und beträgt im formellen Wirtschaftssektor ab 1,5 Mio F CFA (2.287 Euro), im informellen Sektor liegt es meist unter 580.000 F CFA (884 Euro).

Gesundheitsversorgung

1999 wurden für Gesundheitsdienstleistungen rund 3% des BIP ausgegeben, also etwa 20 Euro pro Einwohner. Davon stammte knapp die Hälfte aus dem Staatsbudget inklusive der internationalen Hilfsleistungen.

Die Côte d'Ivoire hat in der Vergangenheit ein umfassendes Netzwerk aus vier Universitäts-, 18 Regional- und 57 Distriktkrankenhäusern errichtet. Die genaue Zahl der Gesundheitszentren – sie schwankt um 1.000 – ist nicht bekannt. Das damit verbundene Ziel, den Einwohnern zumindest geographisch einen Zugang zu Gesundheitseinrichtungen zu ermöglichen, ist weit gehend erreicht. Auch die nationalen Impfprogramme erreichen inzwischen 80 bis 90% der Bevölkerung. Organisatorisch orientiert sich das ivorische Gesundheitssystem am Modell der Gesundheitsdistrikte, die geographisch mit den 57 politischen Departements korrespondieren. Im Prinzip konstituiert der Gesundheitsdistrikt eine Versorgungspyramide, bei der sich die Gesamtheit der peripheren Gesundheitszentren um ein Referenzkrankenhaus gruppiert.

Die öffentlichen Gesundheitszentren bilden die wichtigste Anlaufstelle im Krankheitsfall. Sollte ein Krankenhaus aber näher liegen, umgehen die Patienten den primärärztlichen Kontakt und lassen sich auch mit „Bagatellerkrankungen“ in den Ambulanzen der Hospitäler behandeln. Auch traditionelle Heiler haben einen regelmäßigen Zulauf aus der Bevölkerung. Etwa 15 bis 20% ziehen den Heiler einem an westlicher Medizin orientierten Gesundheitszentrum vor. Private Gesundheitszentren sind außerhalb der großen Städte selten. Nach offiziellen Statistiken haben sie einen Marktanteil von unter 5%.

Auch die auf Generika ausgerichtete Arzneimittelpolitik zeigt Erfolge. Die verschriebenen Medikamente können in privaten Apotheken, in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, aber auch auf dem Wochenmarkt bezogen werden. Die dortigen Händler vertreiben in aller Regel aus den öffentlichen Einrichtungen entwendete Artikel. Bevorzugte Bezugsquelle der Patienten ist die private Apotheke.

Der aktuelle Stand der Dezentralisierung ermöglicht heute dem medizinischen Direktor des Gesundheitsdistrikts mit Versicherungen und anderen Organisationen Versorgungsverträge für Leistungen auf Ebene der Gesundheitszentren ebenso wie für das Referenzkrankenhaus zu schließen. Diese vorbildliche Vertragspolitik entspricht den Empfehlungen der Weltgesundheitsorganisation WHO. Ihr Erfolg wird stark von der Verfügbarkeit eines qualitativ adäquaten und effizient verwalteten Leistungsanbots abhängen.



Die infrastrukturellen Stärken dürfen aber nicht über die kritischen Aspekte des Gesundheitssystems hinwegtäuschen. Viele der Gesundheitseinrichtungen sind inzwischen marode, werden wenig frequentiert und bieten – vor allem in ländlichen Gebieten – nur Leistungen von unzureichender Qualität an.

Nutzung des Leistungsangebots

Eine im Frühjahr 2001 im Auftrag der Weltbank durchgeführte Studie verzeichnete signifikant niedrige Nutzungsraten der Gesundheitszentren. Das Ergebnis wies nur einen jährlichen Besuch pro Person auf. Vergleichbare Studien in der Region kommen immerhin auf zwei bis vier Besuche pro Jahr.

Auch die Auslastung der Krankenhäuser ist gering, variiert aber nach Fachgebieten. Während die Betten der Inneren Medizin mit 80 bis 100% häufig frequentiert werden, zeigt die 40- bis 60-prozentige Auslastung in Chirurgie und Gynäkologie eine Überkapazität, die ihre Ursache aber durchaus in einer alarmierenden Unternutzung haben könnte.

Die häufigsten Erkrankungen sind Fiebererkrankungen (vorwiegend Malaria), Infektionen der Atemwege sowie Störungen des Magen-Darm-Trakts. Das gilt für Gesundheitszentren ebenso wie für Krankenhäuser, bei denen Geburtskomplikationen ergänzend zu erwähnen sind.

Die Patienten zahlen sowohl im Gesundheitszentrum wie auch im Krankenhaus Aufnahmegebühren und den Preis der Behandlung entsprechend der ausgehängten Tarife. Ein Regionalkrankenhaus verlangt beispielsweise für die niedrigste Klasse im Mehrbettzimmer eine 10-Tages-Pauschale von 5.000 F CFA (7,60 Euro; im Vergleich: Komfortklasse kostet 50.000 F CFA) und für eine Röntgenaufnahme zwischen 5.000 und 15.000 F CFA (7,60 bis 22,90 Euro). Für Verpflegung und Bettzeug haben die Patienten stets selbst zu sorgen. Zusätzliche Schmiergeldzahlungen an das Gesundheitspersonal sind keine Seltenheit und steigern das finanzielle Risiko auf das bis zu 20fache der offiziellen Gebühren. Somit determinieren nicht nur die geographischen Nähe, der Ruf und das persönlichen Vertrauen in das Personal, sondern maßgeblich auch die zu erwartenden direkten und indirekten Behandlungskosten den Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen.

Ein besonderes Problem stellt für die Landbevölkerung überdies der Transport ins Krankenhaus dar. Selbst im Falle dringender Überweisung unterbleibt häufig die Behandlung, weil allein schon der Transport die ohnehin zu erwartenden Behandlungskosten übersteigt und beides zusammen nicht leistbar ist. Vor diesem Hintergrund nimmt vor allem die ärmere Bevölkerung selbst den möglichen Tod billigend in Kauf.



Auf Grund der ersten Erfahrungen des Gesundheitspersonals mit Krankenversicherungen zeigen sich diese über die Zunahme derselben nur mäßig begeistert. Sie beklagen einen enormen administrativen Aufwand, der je nach den Anforderungen der Versicherungsunternehmen variiert: Vor der Behandlung sind zunächst die Identität des Patienten zu prüfen und mit dem auf der Versichertenkarte Genannten zu vergleichen. Darüber hinaus muss die Bestätigung der Versicherung über die Prämienzahlung und die Kostenzusage der Versicherung geklärt werden.

Politisches Ziel: eine Krankenversicherung für alle

Von den etwa 15 Millionen Einwohnern der Republik Côte d'Ivoire haben nur etwa 10% Zugang zu irgendeiner Form von Krankenversicherung. Der überwiegende Teil der Bevölkerung (90%) bleibt im Falle von Krankheit sich selbst überlassen. Dazu zählen alle Personen ohne formale Arbeitsverhältnisse mitsamt ihren Großfamilien (Kleingewerbetreibende, Markthändler, Tagelöhner etc.) sowie alle Beschäftigten des gesamten landwirtschaftlichen Sektors. Die Kosten einer Behandlung – sollten die maroden öffentlichen Gesundheitseinrichtungen eine solche überhaupt adäquat anbieten können – sind für diese Bevölkerungsgruppe zumeist unerschwinglich. Die Kosten eines Krankheitsfalls führen leicht zum wirtschaftlichen Ruin ganzer Familien und entscheiden nicht selten über Leben und Tod des Betroffenen.

Mit der seit November 2000 amtierenden Regierung sollen sich die bisherigen Verhältnisse grundlegend ändern. Das eigens geschaffene Ministerium für Soziales und Solidarität arbeitet mit Hochdruck an seinem öffentlichkeitswirksamen Anliegen, binnen kürzester Zeit eine universelle Pflichtversicherung einzuführen.

Bereits Anfang 2001 konstituierte die Regierung eine nationale Expertenkommission, die ein erstes Konzept entwerfen sollte. Dieses wurde schon im April mit 230 Vertretern aus Politik und Gesellschaft erörtert.

Am 9. Oktober 2001 schließlich verabschiedete das Parlament das neue Krankenversicherungsgesetz. Es sieht den Schutz der gesamten ivorischen Bevölkerung gegen Risiken von Krankheit und Mutterschaft vor. Der Gesetzestext No. 2001-636 regelt die Entwicklung, Organisationsform und Funktionsweise der neuen Pflichtversicherung.

Geplant ist ein Vollversicherungsschutz, der sowohl ambulante und stationäre medizinische Versorgung und Diagnostik als auch die zahnmedizinische und medikamentöse Behandlung umfassen soll. Für alle Leistungsarten ist bei Inanspruchnahme eine Selbstbeteiligung der Versicherten vorgesehen, die bisher aber nicht näher definiert wurde.



Zur Organisation ihres für den afrikanischen Kontinent denkwürdigen Großvorhabens glauben die Regierenden, mit Gründung von zwei öffentlichen, aber nach privatwirtschaftlichen Grundsätzen geführten Krankenkassen und einer Regulierungsbehörde eine ausreichende Infrastruktur aufbauen zu können. Es handelt sich um:

- ▶ die landwirtschaftliche Krankenkasse (Caisse Sociale Agricole), zuständig für den gesamten Agrarsektor;
- ▶ die nationale Krankenkasse (Caisse Nationale d'Assurance Maladie), die alle nicht im landwirtschaftlichen Sektor tätigen Ivorer pflichtversichern soll;
- ▶ die nationale Regulierungsbehörde der Krankenversicherung (Fonds National de Régulation), zuständig für den Beitragseinzug, die finanzielle Administration und Allokation der Budgets.

Weder das finanztechnische Know-how der privaten Krankenversicherungen noch die kulturellen und partizipativen Erfahrungen der vereinzelt bestehenden Kleinstinitiativen der Krankenversicherung („Mutuelles“) wurden zur Unterstützung der Systemreform genutzt. Langfristig sollen beide Organisationsformen nur noch für Zusatzversicherungen zuständig sein.

Dabei muss die vorgestellte Reform gerade jetzt große Herausforderungen meistern: Mit allen Gesundheitseinrichtungen des Landes sind Konventionen und Verträge zu verabschieden, die Leistungsumfang und -qualität der Einrichtungen sowie Vergütungsformen, Kontroll- und Sanktionsmechanismen festlegen.

In Ermangelung eines funktionsfähigen Meldewesens soll die Identität der zukünftigen Versicherten anhand von Schul- und Universitätslisten und anderer administrativer und gerichtlicher Dokumente geprüft werden. Selbst an die im Ausland lebenden Ivorer wurde gedacht. Ihnen steht bald eine freiwillige Mitgliedschaft in der Pflichtversicherung des Heimatlandes offen.

Zur Finanzierung hat die Regierung für den modernen, den informellen und den landwirtschaftlichen Wirtschaftssektor unterschiedliche Konzepte vorgelegt: Während die einen prozentual zum Grundgehalt Arbeitnehmer- und Arbeitgeberbeiträge leisten sollen, sollen die Zahlungen im informellen Sektor auf Basis der erzielten Umsätze ermittelt werden. Wie diese dann erfasst werden sollen, bleibt allerdings im Dunkeln. Einer Studie der Weltbank vom Frühjahr 2001 zufolge ist für das vorgeschlagene Leistungsvolumen selbst in ländlichen Regionen ein Monatsbeitrag von mindestens 2.000 F CFA (3 Euro) pro Person erforderlich. Ausgehend von einem Siebenpersonenhaushalt, entspräche das etwa 15% des verfügbaren Einkommens.



Das erforderliche Startkapital zum Aufbau der Versicherungsstruktur schätzt die Ministerin für Soziales und Solidarität Clothilde Ohouochi auf 30 Mrd F CFA (45,7 Mio Euro) und rechnet mit einem jährlichen Leistungsvolumen in Höhe von 397 Mrd F CFA (605 Mio Euro).

Nach einer zwölfmonatigen Vorlaufzeit sollen die neuen Krankenversicherungsorganisationen im Jahr 2003 ihre Arbeit aufnehmen können. Die Versicherten – vorausgesetzt, sie werden jemals ihre Beiträge zahlen können – müssten dann nochmals sechs Monate warten, bis sie bei regelmäßigem Zahlungseingang erstmalig einen Leistungsanspruch erwerben.

Der Reformprozess wird enorme Auswirkungen auf die ivorische Wirtschafts- und Sozialpolitik haben. Melde- und Steuerwesen, das Gesundheitsangebot und die gesamte soziale Infrastruktur sind neu zu strukturieren. Trotz angebrachter Skepsis ist die internationale Gemeinschaft aufgefordert, die Côte d'Ivoire auf ihrem eingeschlagenen Reformpfad zu unterstützen. Ein positives Ergebnis könnte enormes Potenzial freisetzen und wäre insbesondere als Beispiel für die Nachbarländer viel versprechend.

Die privaten Krankenversicherungen

Informationen über den privaten Krankenversicherungsmarkt der Côte d'Ivoire sind nur begrenzt vorhanden. Aggregierte Daten aus den Finanzberichten der Unternehmen gelten heute als verlässlichste Quelle. Darin geben die Versicherungsunternehmen zwar Auskunft über die Anzahl der abgeschlossenen Verträge, die Zahl der tatsächlich versicherten Personen ist auf diese Weise aber nicht zu ermitteln. Das ivorische Wirtschaftsministerium bemüht sich um eine Verbesserung der unübersichtlichen Datenlage.

Die westafrikanischen Versicherungsmärkte werden durch den am 14. April 1994 geschlossenen Vertrag der Interafrikanischen Konferenz der Versicherungsmärkte (CIMA) – eines Zusammenschlusses von 14 frankophonen afrikanischen Staaten – geregelt. Dessen Anhang definiert die versicherungsspezifischen Bilanzrichtlinien sowie den Aufgabenbereich von Zwischenhändlern (Agenten, Broker, Gutachter und Dienstleister der Versicherungsverwaltung). Die Krankenversicherungssparte und deren Besonderheiten lässt der CIMA-Vertrag aber unerwähnt.

Die Versicherer betrachten ihre Krankenversicherungsprodukte nicht selten als reines Marketing. Sie dienen als Türöffner in die Unternehmen des modernen Sektors, mit dem Ziel, dort rentablere Policen der Sach- und Lebensversicherung zu verkaufen. Kenntnisse über die Charakteristiken des Gesundheitswesens der Côte d'Ivoire, über Mechanismen der Leistungserbringer, die Kosten des Gesundheitsangebots oder den Bedarf der Bevölkerung sind bei den Versicherungsunternehmen kaum vorhanden. Ganz allgemein scheut die Branche das „Moral-Hazard-Risiko“ und die Betrugsanfälligkeit der Krankenversicherung.



Verordnungen könnten beispielsweise für den Versicherten ausgestellt, aber tatsächlich von einer anderen Person (Familienmitglied, Freund etc.) in Anspruch genommen werden.

1998 gab es in der Côte d'Ivoire 25 Versicherungsunternehmen, davon waren zehn in der Lebensversicherungssparte und 15 im Bereich Sachversicherung (Nicht-Leben) tätig. 13 Versicherer bieten Krankenversicherungs- bzw. Unfallversicherungsprodukte an (z.B. Colina S.A., AXA S.A.). Unter den 25 Gesellschaften haben sechs die Rechtsform „Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit“. Vorherrschende Vertragsform sind Gruppenpolicen mit Gewerkschaften, Großunternehmen oder Wirtschaftsorganisationen. Auf die zehn größten Gesellschaften entfallen etwa 70% des ohnehin geringen Marktumsatzes.

Daneben gibt es noch die Landeskasse der sozialen Vorsorge (CNPS), eine obligatorische Unfallversicherung für privatwirtschaftliche Unternehmen, die neben Leistungen bei Berufsunfällen und -krankheiten auch Schutz im Falle von Mutterschaft und Geburt anbietet.

Das Nettoprämienaufkommen der Versicherer betrug 1999 etwa 105 Mrd F CFA (160 Mio Euro). Auf die Sparte „Kranken- und Unfallversicherung“ entfielen 18,6%, gerade einmal 20 Mrd F CFA (30,5 Mio Euro). Im Vergleich: Die Krankenversicherung für den öffentlichen Dienst, die MUGEF-CI, hatte im gleichen Zeitraum ein Beitragsaufkommen von 10,5 Mrd F CFA (16 Mio Euro). Die Zahlen verdeutlichen die marginale Präsenz der kommerziellen Versicherer in der Elfenbeinküste.

Der angebotene Leistungsumfang ist sowohl für die Kranken- als auch für die Unfallversicherung relativ gering. Die Schadensquote beträgt rund 75%. Abschlussprovision, Risiko-, Verwaltungs- und Profitzuschläge machen die verbleibenden 25% der Prämien aus. Gerade die Verwaltungskosten schlagen bei einer geringen Versichertenzahl enorm zu Buche.

Auf dem Markt der Zwischenhändler gibt es einige wenige große Versicherungsagenturen (z.B. die „Société d'Etude et de Gestion Maladie“ [SEGMA] oder Managed Care International [MCI]) sowie 28 registrierte Makler. Dazu gesellen sich zahlreiche nicht registrierte Zwischenhändler, die die Vorgaben des CIMA-Vertrags nicht erfüllen. Auch auf diesem Markt ist die Gruppenversicherung die vorherrschende Vertragsform.

Zwei Arten von Versicherungsagenturen werden unterschieden:

- ▶ Agenturen, die mit Versicherern zusammenarbeiten und bei diesen Risiken platzieren: Sie managen das Risikoportfolio von Firmen und entsprechen der klassischen Form des Versicherungsmaklers (SEGMA, MCI).
- ▶ Agenturen, die als externer Verwalter Betriebskrankenversicherungen für Unternehmen organisieren: Nach deren Modell verbleibt das gesamte Versicherungsrisiko beim Auftrag gebenden Unternehmen. In Ergänzung zur administrativen Abwicklung der



Versicherung zählt ein Vertragsmanagement mit verschiedenen Leistungserbringern (Krankenhäusern, Ärzten, Apotheken) zu den Leistungen. SEGMA und MCI bedienen auch diesen Geschäftszweig, andere Anbieter, wie z.B. PANASS, konzentrieren sich allein darauf. Im Falle von MCI, einer Health-Maintenance-Organization (HMO) der singapurisch-französischen Muttergesellschaft A.E.A., zählen zu den Vertragspartnern auch eigene Kliniken in Abidjan. Die Versicherten sind zur Inanspruchnahme der Vertragspartner verpflichtet. MCI handelt auf der einen Seite Sonderkonditionen mit den Leistungsanbietern aus, auf der anderen Seite kontrolliert und dokumentiert sie kleinlich die Inanspruchnahme durch die Versicherten. Beides trägt maßgeblich zur Kostensenkung bei.

Die privaten Krankenversicherungsprodukte sind für ivoirische Verhältnisse teuer. Nur Beschäftigte des modernen Wirtschaftssektors können sie sich leisten. Die jährlichen Prämien kosten mindestens 100.000 F CFA (152 Euro), können aber durchaus auf bis zu 350.000 F CFA (534 Euro) steigen. Sollte zudem die auf den lokalen Gesundheitsmarkt begrenzte Deckung für einige Fälle auf eine internationale (meist europäische) Inanspruchnahme ausgedehnt werden, steigen die Prämien nochmals um ein Vielfaches.

Die Zahl der privat Krankenversicherten wird in der Côte d'Ivoire auf 1 Million Personen geschätzt. Das Versicherungsangebot konzentriert sich maßgeblich auf die großen Städte Yamoussoukro, Daloa, Bouaké und insbesondere Abidjan. Der Versicherungsschutz – in aller Regel über den Arbeitgeber angeboten – variiert stark. Üblich sind eine Kostenerstattung (70 bis 80%) für Leistungen der allgemeinen ambulanten Versorgung bei privat tätigen Ärzten, stationäre Leistungen in Regional-, National- und privaten Krankenhäusern und für bestimmte Medikamente. Nach oben hin ist die Erstattung begrenzt (etwa 10 Mio F CFA; 152.400 Euro). Katastrophale Risiken (Aids, Krebs) sind häufig ausgeschlossen.

Die Versicherungsverträge sind auf die Dauer von einem Jahr begrenzt. Sobald ein Versicherter ernsthaft oder dauerhaft krank wird, kann ihm das Versicherungsunternehmen kündigen oder im Folgejahr einen entsprechenden Risikozuschlag erheben.

Ab einem Alter von 60 Jahren besteht für die ivoirische Bevölkerung praktisch keine Chance mehr, sich gegen Krankheitsrisiken zu versichern. Die privaten Versicherer lehnen selbst bei ihren langjährigen Kunden eine Fortführung des Versicherungsverhältnisses ab.

Die Krankenversicherung für den öffentlichen Dienst (MUGEF-CI)

Mit ihren etwa 150.000 Mitgliedern, beschränkt auf Mitarbeiter des öffentlichen Diensts und des Militärs (inkl. Rentner), ist die MUGEF-CI der bedeutendste „Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit“. Der Staat leistet keinen Arbeitgeberanteil, zahlt aber die Gehälter der MUGEF-CI-Bediensteten. Das jährliche Prämienaufkommen beträgt 10,5 Mrd F CFA (16 Mio



Euro). Mit Prämien in Höhe von 3% des monatlichen Grundgehalts bzw. der Rente sind auf Grund der kostenlosen Familienmitversicherung Leistungen für etwa 500.000 Berechtigte zu bestreiten.

Das Versicherungsangebot beschränkt sich auf die Übernahme von 70% der Kosten für Medikamente, Brillen und zahnärztliche Leistungen unter Beachtung des staatlich vorgegebenen Tarifgefüges. Die Ausgaben für Medikamente machen rund 90% des Leistungsvolumens aus. Die MUGEF-CI handelt nach dem Sachleistungsprinzip und erstattet ihren Anteil direkt den Leistungserbringern.

Wegen dieses äußerst schlechten Leistungsangebots – Krankenhausleistungen sind überhaupt nicht gedeckt – sind die MUGEF-CI-Mitglieder äußerst unzufrieden. Die Gewerkschaft des öffentlichen Diensts ist inzwischen mit privaten Versicherungsunternehmen in Verhandlung getreten, um eine MUGEF-CI-Zusatzversicherung zu konzipieren. Nach Vorstellungen der Gewerkschaft soll diese die übrigen 30% der Medikamentenkosten, 70% der Kosten für Labor und Röntgen sowie eine umfassende stationäre Versorgung abdecken.

Die „Mutuelles“ – gemeindegetragene Versicherungsvereine auf Gegenseitigkeit

Gerade in den ländlichen Regionen engagieren sich viele Ivorer in Vereinen gegenseitiger Hilfe. Ein solches solidarisches Netzwerk ist für Westafrika typisch und von hoher Dynamik geprägt. Ein Drittel der Bevölkerung gehört mindestens einer solchen Organisation an. Die Organisationsformen sind einfach, und die finanzielle Kapazität dieser Strukturen ist bei einem monatlichen Beitrag zwischen 1.200 und 1.500 F CFA (1,83 und 2,29 Euro) stark begrenzt. Im Vordergrund stehen ethnische Organisationen, Gewerkschaften, Kooperativen und allgemeine Solidarkassen, die den Beteiligten im Falle von Tod, Krankheit und sonstigen außergewöhnlichen Ereignissen (z.B. Hochzeiten, Geburten) gewisse finanzielle Unterstützung zukommen lassen. Der Todesfall ist mit Abstand der gängigste Unterstützungsgrund. Vor dem Hintergrund afrikanischer Kulturen überrascht das kaum: Denn dort haben der Tod und ein ansprechendes Begräbnis einen höheren Stellenwert als die kollektive Verantwortung für den Erhalt des Lebens um jeden Preis. Das bedeutet aber mitnichten, dass in Afrika das Leben nichts zählt.

Auch Krankenversicherungsvereine auf Gegenseitigkeit (so genannte „Mutuelles“) sind diesen Hilfsorganisationen zuzurechnen. Hinweise darauf, dass heute etwa ein Drittel der Vereine auch für Krankheitsfälle unterstützend eingreift, sind hinsichtlich der zukünftigen Relevanz von Krankenversicherungsstrukturen ermutigend.

Die Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) unterstützt in der Stadt Man im Westen des Landes ein solches Versicherungsprojekt. Die 2001 gegründete „Mu-



tuelle N'nha“ soll über ein den lokalen Gegebenheiten angepasstes Produktangebot langfristig den finanziellen Zugang zu den örtlichen Gesundheitseinrichtungen sichern. Die deutsche Förderung beschränkt sich auf Beratungs- und Trainingsleistungen sowie die Durchführung von Begleitstudien. Das operationale Geschäft verantwortet die Versicherungsinstitution selbst. Für die Versorgung im Gesundheitszentrum (inklusive der Medikamente) und ausgewählte Krankenhausleistungen ist pro Person ein Jahresbeitrag von 5.400 F CFA (8,23 Euro) aufzubringen. Die Bevölkerung verlangt vom Versicherungsangebot aber mehr als einen fairen Preis. Die junge Kleinstversicherung ist gefordert, ein mit den Policen verbundenes adäquates Leistungsangebot und die tatsächliche Verfügbarkeit der erstattungsfähigen Generika glaubhaft zu machen.

Viele Afrikaner haben bereits einige solcher selbst verwalteten Initiativen erlebt, die nach zwei bis drei Jahren mitsamt der eingezahlten Beiträge wieder verschwunden sind. Die Aufgabe ist nicht einfach. Deshalb haben sich die Akteure vor Ort mit der Gründung Zeit gelassen und – unterstützt durch Studien über Nachfrage und Angebot der lokalen Gesundheitsleistungen – die existierenden Vereinsformen der Stadt in die Entwicklung mit einbezogen. Auch eine strategische Allianz mit dem nationalen Sparkassenverband COOPEC wurde eingegangen. Sollte sich das Konzept durchsetzen, sind weitere Standorte anvisiert.

Herausforderungen und Trends

Krankenversicherung. Generell wird jede neu am Markt agierende Versicherung eine Auswahl zwischen versicherbaren Pathologien treffen müssen. Neben den oben erwähnten Krankheitsbildern verdienen insbesondere die gängigsten chronischen Krankheiten (Bluthochdruck, Diabetes) Aufmerksamkeit. Die Behandlung von HIV/Aids wird für die Masse der Bevölkerung wegen der enorm hohen Kosten der spezifischen Medikamente – selbst bei einer Produktion in Afrika – weiter auf die Versorgung von mit HIV/Aids einhergehenden Infektionen beschränkt bleiben müssen. Das Gesundheitsministerium hat für einige Erkrankungen (Tuberkulose, Borreliose, Aids) nationale Sonderprogramme verabschiedet.

Versorgung. Der Erlass No. 741 MSP/CAB von 1996 definierte ein medizinisches Grundversorgungspaket. Theoretisch könnte dies von den beiden unteren Ebenen der Versorgungspyramide (Gesundheitszentrum, Regionalkrankenhaus) erbracht werden. Die Einrichtungen sind aber gar nicht in der Lage, dieses Grundversorgungspaket selbst in Gänze anzubieten. Die Umstrukturierung von Einrichtungen und Ausstattung sowie die umfassende Aus- und Weiterbildung des Personals müssen dringend fortgesetzt werden. Standardisierte Therapieabläufe und kommunikative Fähigkeiten im Umgang mit Patienten – ein absolutes Manko auf dem afrikanischen Kontinent – müssen erst entwickelt werden. Ein nachhaltiges Versorgungsangebot bedarf somit nicht nur der Verfügbarkeit sämtlicher essenzieller Medikamente und medizinischer Apparatur, sondern auch einer veränderten Behandlungskultur und flankierender effizienter Verwaltungsabläufe. Informatisierte Lö-



sungen auf internationalem Standard sind gefragt, sollten aber mit einem robusten und einfach handhabbaren Formularwesen kombiniert werden. Betrugstatbeständen ist nach wie vor mittels sozialer Kontrollmechanismen besser zu begegnen als durch rein monetäre Sanktionsformen. Durch eine gut organisierte und verlässlich agierende primäre Versorgungsebene ließen sich auch Fehlnutzungen von Krankenhauskapazitäten auflösen. Durchaus empfehlenswert ist eine verstärkte Zusammenarbeit mit privaten Gesundheitszentren.

Die Aids-epidemie ist eine Herausforderung. Die Infektionsrate ist mit 10,8% der Erwachsenen (1999) eine der höchsten in Westafrika. Nationale und internationale Sonderprogramme im Kampf gegen die weitere Ausbreitung von Aids benötigen für die nächsten Jahrzehnte breite Unterstützung, auch von den international agierenden Unternehmen der Privatwirtschaft.

*Dr. Jürgen Hohmann / Dr. Bergis Schmidt-Ehry
GTZ – Projekt Krankenversicherung
c/o AOK-Bundesverband
Kortrijker Straße 1
D-53177 Bonn
Telefon: 02 28 / 8 43 - 4 85
Telefax: 02 28 / 8 43 - 7 20
E-Mail: gtz@bv.aok.de
Internet: <http://www.gtz.de>*

