

Piet Reijer

Dr. med. Piet Reijer ist seit 2001 Berater am Missionsärztlichen Institut Würzburg im Bereich Public Health, HIV und Gesundheitssystementwicklung. Er war von 1980 bis 1999 Tropenmediziner in Sambia, zuerst in zwei Missionskrankenhäusern und die letzten sieben Jahre Koordinator eines Home Care Programms für HIV-Infizierte. Er ist verheiratet und Vater von drei erwachsenen Kindern.



Piet Reijer

Katholische Gesundheitseinrichtungen in Afrika und Asien

Erfahrungen und Ausblicke

Einführung

Die katholische Kirche ist nach den nationalen Regierungen der größte Gesundheitsdienstleister der Welt.¹ Gemäß einer Presseerklärung des „Päpstlichen Rat für die Gesundheitspastoral“, vertritt die Kirche „117.000 Gesundheitseinrichtungen wie z.B. Krankenhäuser, Kliniken, Waisenhäuser,“ sowie „18.000 Apotheken und 512 Lepra-Behandlungszentren“². Ferner gab der Päpstliche Rat an, dass die katholische Kirche 26 Prozent der globalen Gesundheitseinrichtungen verwaltet.

Katholische Gesundheitsverbände sind weltweit in vielen Ländern zu finden. In den USA³ ist die katholische Kirche der größte gemeinnützige Gesundheitsdienstleister mit über 600 Krankenhäusern und 1.400 Einrichtungen zur Langzeitbetreuung.

„Über die ‚Catholic Health Commission of Kenya‘, leitet die katholische Kirche fast 30 % der Gesundheitseinrichtungen in Kenia. Die katholische Kirche verfügt über ein ausgedehntes Netzwerk von 448 Gesundheitsstellen (54 Krankenhäuser, 83 Gesundheitszentren und 311 Apotheken) und mehr als 46 gemeindebasierte Gesundheitsprogramme sowie OVC (Waisen und gefährdete Kinder) Programme. In ariden und semiariden Gebieten unterhält und organisiert die Kirche mobile Kliniken für Nomadengemeinden; dies sind schwierige Gebiete die andere Organisationen, einschließlich der Regierung, nicht erreichen können.“⁴

Der Katholische Krankenhausverband Deutschland (KKVD) meldet auf seiner Webseite: „Der KKVD vertritt bundesweit 402 Kliniken in Katholischer Trägerschaft mit etwa 98.000 Betten und

rund 165.000 Beschäftigten. In Katholischen Krankenhäusern werden jedes Jahr mehr als 3,5 Millionen Patienten und Patientinnen stationär und 5 Millionen ambulant versorgt. Bei den 1.996 Kliniken bundesweit vertritt der KKVD somit die Interessen jedes fünften Krankenhauses.“⁵

„In Afrika arbeitet die Kirche in 16.178 Gesundheitszentren einschließlich 1.074 Krankenhäuser, 5.373 Ambulanzen, 186 Leprakolonien, 753 Heimie für alte, physisch und psychisch eingeschränkte Brüder und Schwestern, 979 Waisenhäuser, 1.997 Kindergärten, 1.590 Eheberatungsstellen, 2.947 soziale Einrichtungen und 1.279 diverse andere Zentren.“⁶

Eigentumsverhältnisse der katholischen Einrichtungen

Es gibt keine einheitliche Regelung für die Eigentumsverhältnisse der katholischen Gesundheitseinrichtungen. Rev. Fr. Dr. Tomi Thomas, Leiter der Organisation „Catholic Health Association of India (CHAI)“, mit über 3.500 Mitgliedern, sagte: „90 Prozent der Gesundheitseinrichtungen sind Eigentum von Ordensschwestern und werden von diesen auch verwaltet; 3 Prozent der Einrichtungen sind im Besitz von männlichen Ordensmitgliedern und weitere 7 Prozent gehören den Diözesen, die diese auch verwalten“. Nach Aussage der sambischen Bischofskonferenz gibt es im Land 17 katholische Krankenhäuser und 34 katholische Kliniken. Nur eines der Krankenhäuser und ein Gesundheitszentrum sind im Besitz eines religiösen Ordens. Fünfzehn Krankenhäuser und 33 Gesundheitszentren gehören zu unterschiedlichen Diözesen. Ein Kran-

kenhaus, das Cardinal Adam Memorial Hospital in Lusaka, gehört der sambischen Bischofskonferenz.

In einigen Industrieländern wurden katholische Krankenhäuser Teil einer Stiftung oder anderen gemeinnützigen Rechtsform. In vielen Einrichtungen ist der Begriff „katholisch“ komplett verschwunden. In den USA ist eine angelegte Internetdebatte zur katholischen Identität von (katholischen) Krankenhäusern entstanden. Auf der Webseite „U.S. Catholic“ stellen Emily Trancik und Rachelle Barina die Frage „Was macht ein katholisches Krankenhaus katholisch?“⁷. Sie schreiben: „Das bestehende U.S. Gesundheitssystem ist größtenteils eine Erweiterung der Gesundheitseinrichtungen, die von katholischen Ordensschwestern gegründet wurden. Im 18. und 19. Jahrhundert waren diese Ordensschwestern aus Europa immigriert“. Im Laufe der Jahre hat sich die Lage stark verändert: „Vor fünfzig Jahren leiteten Ordensschwestern 98 Prozent der katholischen Krankenhäuser. Derzeit haben nur vier katholische Krankenhäuser Geschäftsführer mit religiösem Hintergrund. Inzwischen zwangen strukturelle Maßnahmen des U.S.-Gesundheitswesens die katholischen Systeme dazu sich auf mehr Partnerschaften und gemeinschaftliche Bemühungen mit nicht-katholischen Organisationen und deren Mitarbeitern einzulassen.“ Die beiden Autoren beleuchten verschiedene Aspekte was die katholische Identität ist oder was sie sein könnte, und folgerten: „Da die katholischen Gesundheitsorganisationen immer wieder neu interpretieren wie die katholische Identität einbezogen und angewendet werden kann, dienen die theologischen und morali-

schen Verpflichtungen als solide Basis, die die Gründungsschwestern dazu inspiriert hatten sich um kranke Menschen zu kümmern. Obwohl sich katholische Organisationen heute in einer weitaus schwierigeren Position befinden als ihre Gründerschwestern, haben sie auch eine neue Aufgabe. Im Glauben an die unterstützende Liebe des allgegenwärtigen Gottes dient die katholische Identität als Orientierung um dieser neuen Aufgabe gerecht zu werden.“

Finanzierung

Es gibt unterschiedliche Finanzierungsmöglichkeiten für Gesundheitsleistungen. Nicht jede dieser Möglichkeiten steht für katholische Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung, obwohl einige katholische Einrichtungen oder kirchliche Organisationen im allgemeinen Zugang zu speziellen Finanzquellen haben. In einigen Ländern sind die Leistungen der katholischen Einrichtungen teilweise oder sogar komplett in das nationale (Regierungs-) System eingebettet; in anderen Ländern bekommen die katholischen Einrichtungen sehr wenig Unterstützung, manchmal nur für spezielle Leistungen wie z.B. Impfungen oder der Behandlung von Tuberkulose oder HIV-Infektionen.

Die kirchlichen Gesundheitsdienste in Sambia sind vollständig in das nationale Gesundheitssystem integriert. Die Churches Health Association of Zambia (CHAZ) vertritt alle 13 Glaubensrichtungen, die im Bereich der Gesundheitsleistungen tätig sind. Bereits im Jahr 1972 unterschrieb die sambische Regierung eine Absichtserklärung, die eine enge Zusammenarbeit vereinbarte. Die

Leistungen des Gesundheitssystems sind für die Nutzer kostenlos, also auch in den katholischen Einrichtungen. Über das Gesundheitsministerium zahlt die Regierung alle Gehälter für die Mitarbeiter, die Medikamente und die medizinische Ausstattung sowie weitere laufende Kosten. Kapitalprojekte (Neuanschaffungen, Neubauten) werden häufig nicht (komplett) abgedeckt. Dies bedeutet jedoch nicht, dass für den Nutzer keinerlei Kosten anfallen; die Kosten für die Hin- und Rückfahrt zu den Behandlungseinrichtungen muss vom Patienten selbst bezahlt werden; oftmals wird ein Rezept ausgestellt anstelle die benötigten Medikamente direkt auszuhändigen. Viele haben den Eindruck, dass dies in Regierungseinrichtungen häufiger der Fall ist, hierfür liegen aber keine konkreten Nachweise vor. Trotz der „kostenlosen“ Versorgung, ist das System bei weitem nicht perfekt und es gibt noch viele Komponenten, die noch unzureichend abgedeckt sind. Sambia hat immer noch eine hohe Müttersterblichkeitsrate (280 von 100.000 Lebendgeburten in 2013) sowie eine hohe Sterblichkeitsrate von Säuglingen und Kindern unter 5 Jahren von 56 und 89 pro 1.000 Lebendgeburten (2012). Das Land hat jedoch die höchste Behandlungsquote mit antiretroviraler Therapie von Menschen mit HIV in den Ländern mit einer hohen Prävalenz.

In Nigeria gibt es ein komplett anderes System; dort gibt es nur eine minimale Integration und die katholischen Einrichtungen sind komplett von den Gebühren abhängig, die die Patienten bezahlen. Die Leistungen der nigerianischen Regierungseinrichtungen sind häufig sehr schlecht und Medikamente sind oftmals nicht verfügbar. Die Pati-

enten sind daher immer wieder dazu „gezwungen“ für einige der Leistungen zu bezahlen. Es verwundert nicht, dass der Behandlungsrahmen für Krankheiten wie Tuberkulose und HIV in Nigeria weitaus niedriger ist als der Durchschnitt im südlichen Afrika.

Eine ähnliche Situation wie in Nigeria herrscht auch in Indien. Derzeit setzt CHAI ein Programm um in dem CHAI-Mitgliedseinrichtungen an Regierungsprojekte beteiligt werden sollen, z.B. am nationalen Tuberkuloseprogramm oder am Programm zur Prävention der Mutter-Kind-Übertragung (HIV Übertragung). Dies ist jedoch ein sehr langwieriges und schwieriges Ansinnen.

Der Großteil der katholischen Einrichtungen ist von der Zahlung von Gebühren abhängig, was fast einen Widerspruch darstellt. Die katholischen Einrichtungen beschäftigen sich hauptsächlich mit dem armen und vernachlässigten Teil der Bevölkerung und besonders diese Mitglieder der Gesellschaft haben wenig oder überhaupt kein Geld. Wir bitten die Menschen darum Geld zu bezahlen die keines haben... Katholische Krankenhäuser, die sich in dieser Lage befinden, versuchen oft kostenlose Leistungen für die Armen anzubieten, dafür müssen die besser gestellten Gemeindeglieder mehr bezahlen. Das orthopädische Missionskrankenhaus St. John Paul II ist das einzige Krankenhaus in Sambia im Besitz einer religiösen Gemeinschaft. Dieses Krankenhaus bietet orthopädische Hightech-Behandlungen (z.B. Hüftgelenkersatz) für die wohlhabenderen Mitglieder der Gesellschaft an und das Einkommen eines einzelnen (reichen) Patienten genügt, um einen (armen) Kind eine kostenlose (orthopädische) Behandlung anzubieten. Diesen

Ansatz verfolgt auch das zuvor genannte Cardinal Adam Memorial Hospital in Lusaka.

Viele katholische Krankenhäuser verfügen über eine kleine „Privatstation“ um die besser gestellten Patienten anzulocken, aber nicht alle waren mit der Erwirtschaftung von Einkommen erfolgreich.

Autoreninfo

Kontaktinformationen zum Autor finden Sie in der gedruckten Ausgabe

Der Erfolg der Gesundheitsversorgung, z.B. in Westeuropa, geht häufig zu Lasten verschiedener Krankenversicherungssysteme. Initiativen, vergleichbar mit den modernen Krankenversicherungen, reichen bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts⁸ zurück, aber der gebräuchliche Begriff war oftmals „Krankheitsversicherung“ oder „Unfallversicherung“. Der Begriff „Krankenversicherung“ wurde zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Vereinigten Königreich eingeführt. Die Systeme boten besonders Versicherungen für den Fall des Verlusts der Arbeitsstelle oder der Arbeitsfähigkeit an und weniger Eigenleistung für die Kosten der medizinischen Versorgung.

Es gibt verschiedene Arten von Krankenversicherungen. Im Vereinigten Königreich läuft die Finanzierung komplett über das allgemeine Besteuerungssystem, in anderen Ländern gibt es einen Mix verschiedener Arten⁹:

Vereinigtes Königreich	Allgemeines Besteuerungssystem
Dänemark	Lokale Besteuerung mit lokalen Anbietern
Frankreich	Gesetzliche Krankenversicherung mit Zahlung durch den Arbeitgeber und dem Arbeitnehmer, mit verschiedenen, nicht konkurrenzfähigen, unabhängigen, Fremdregulierer (Versicherer)
Deutschland	Gesetzliche Krankenversicherung mit Zahlung durch den Arbeitgeber und den Arbeitnehmer, mit unabhängigen, konkurrierenden Fremdregulieren (Versicherer)
Schweiz	Verpflichtende Krankenversicherung für Grundversorgung, Zahlung durch Einzelpersonen, mit konkurrierenden Fremdregulieren (Versicherer) und staatlich festgelegtem Leistungspaket
Australien	Freiwillige Krankenversicherung, Zahlung durch Einzelpersonen, mit Steuerzuschüssen
Singapur	Krankenversicherung im Katastrophenfall und steuerfreiem Gesundheitssparkonto
Niederlande	Verpflichtende Krankenversicherung und Langzeitbehandlung für akute medizinische Behandlung mit Zahlung durch den Arbeitgeber und den Arbeitnehmer

In 2003 wurde der „Ghana National Health Insurance Scheme (NHIS)“ eingeführt. Vor diesem landesweiten Versicherungssystem demonstrierten viele lokale Initiativen, dass diese Art von Programmen rentabel sind. Das ghanaische Versicherungsprogramm ist eine Mischung der Arten, die in obiger Tabelle dargestellt werden. Über 90 % der Bevölkerung sind daran beteiligt und ein Teil der Gelder wird durch eine Abgabe auf ausgewählte Waren und Dienstleistungen in Höhe von 2,5 Prozent aus der Krankenversicherung erhoben.

Die katholischen Gesundheitseinrichtungen in Ghana sind Teil des nationalen Gesundheitssystems. Die Eingliederung ist weniger vollständig als in Sambia, aber Hauptbestandteile der Aufwendungen der katholischen Krankenhäuser werden dem staatlichen Krankenversicherungsprogramm zugewiesen. Die Situation der meisten ka-

tholischen Krankenhäuser hat sich innerhalb des letzten Jahrzehnts einschneidend verändert, d.h. nachdem der NHIS eingeführt worden war. Im Zeitraum vor Einführung des NHIS waren arme Patienten oft von der Zahlung der Gebühr ausgenommen (oder zumindest teilweise). Nun können alle Kosten beim NHIS geltend gemacht werden. Die Zahlung durch den NHIS erfolgt häufig verspätet, aber das Programm hat zu einer Vielzahl von positiven Veränderungen geführt.

Die Beratung von Schwangeren und Müttern ist extrem wichtig. Vor der Einführung des NHIS mussten die Patientinnen für diese Leistungen bezahlen und in manchen Notfällen musste sogar etwas bezahlt werden, bevor sich das Krankenhaus um sie kümmerte. Heute hat sich dies geändert. Alle schwangeren Frauen sind automatisch versichert, wie auch andere Patientengruppen. Dies

hat dazu geführt, dass die Zahl der Entbindungen in Krankenhäusern oder Gesundheitseinrichtungen rapide angestiegen ist. Eine Reihe von katholischen Krankenhäusern haben die deutschen Geberorganisationen um Unterstützung bei der Errichtung von neuen Entbindungs- und Kinderkrankenpflegestationen gebeten. Einige Krankenhäuser berichteten, dass sich die Zahl der Entbindungen in Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen in den letzten zehn Jahren verdreifacht habe. Dies bedeutet vielfach einen Dreifach-Gewinn-Situation; eine Gewinnsituation für die Menschen, da sie einen weitaus besseren Zugang zur Gesundheitsversorgung haben, eine Gewinnsituation für das Land, da die Müttersterblichkeitsrate deutlich gesunken ist und eine Gewinnsituation für die katholischen Krankenhäuser, da sich deren finanzielle Lage sehr verbessert hat.

Die positiven Erfahrungen in Ghana könnten auch auf andere Länder übergreifen, aber bisher ist dies im großen Umfang noch nicht geschehen. Indien hat mehrere Initiativen zu Krankenversicherungsprogrammen – einige sind speziell auf die Bedürfnisse der Armen zugeschnitten. Aber die katholischen Krankenhäuser sind hier oft nicht einbezogen. Bei einigen Programmen können die katholischen Krankenhäuser zugelassen werden, aber die Bedingungen sind faktisch meist nicht zu erfüllen (auch wenn die Standards höher sind als in akkreditierten staatlichen Krankenhäusern). CHAI hat ein eigenes Krankenversicherungsprogramm ins Leben gerufen für „jede Person die Teil unserer kirchlichen Einrichtung ist, seien es Seminaristen, Novizen, Postulanten, Bischöfe, Priester, Ordensmitglie-

der, Geistliche oder Laie. Berechtigt sind alle Mitarbeiter, die in einem unserer Einrichtungen arbeiten wie Ärzte, Pflegepersonal, Sanitätspersonal, Lehrer, Sozialarbeiter, Verwaltungspersonal. Das Krankenversicherungsprogramm gilt für Menschen von 18 bis 80 Jahren, bevorzugtes Durchschnittsalter ist 45 Jahre.“¹⁰

Die Zukunft

Die Position der Kirche im Bereich der Gesundheitsversorgung hat sich verändert. Die Kirche war der hauptsächliche Gesundheitsdienstleister in Nordamerika und Europa im 19. Jahrhundert und auch zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Langsam haben die Regierungen die Verantwortung hierfür übernommen und die Rolle, die die Kirche in der Gesundheitsversorgung spielte, ist kleiner geworden. Ein ähnlicher Prozess ist in Afrika und Asien zu beobachten. Die Kolonialmächte haben wenig zur Gesundheitsversorgung der lokalen Bevölkerung beigetragen und verschiedene Kirchen übernahmen die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung. Nach der Unabhängigkeit betrachteten die neuen Regierungen es als ihre Aufgabe, auch medizinische Versorgung für die Menschen zur Verfügung zu stellen, ob mit oder ohne die Unterstützung der kirchlichen Einrichtungen. Seitdem die Bedeutung der Regierung zugenommen hat, hat die Unterstützung der kirchlichen Organisationen in den meisten Ländern abgenommen. Um auch weiterhin eine Rolle in der Gesundheitsversorgung zu spielen, muss die Kirche zu einem Teil des nationalen Systems werden, ohne ihre Identität aufzugeben. Die vorgenannte Debatte in den USA zur

Bedeutung des Begriffs katholisch in einem katholischen Krankenhaus hat gezeigt, wie schwierig das sein kann.

.....

- 1 John Agnew, „Deus Vult: The Geopolitics of Catholic Church“, in: *Geopolitics* 15 (1), 39–61.
- 2 http://www.catholicnewsagency.com/news/catholic_hospitals_represent_26_percent_of_worlds_health_facilities_reports_pontifical_council/. Letzter Zugriff: Oktober 2015.
- 3 Catholic Health Association of the United States (<https://www.chausa.org/about/about>). Letzter Zugriff: Oktober 2015.
- 4 <http://www.kccb.or.ke/home/commission/12-catholic-health-commission-of-kenya/>. Letzter Zugriff: Oktober 2015.
- 5 <http://www.kkvd.de/>. Letzter Zugriff: Oktober 2015.
- 6 Stan Chu Ilo, *The Church and Development in Africa, Second Edition Aid and Development from the Perspective of Catholic Social Ethics (African Christian Studies Series)*, Eugene 2014.
- 7 <http://www.uscatholic.org/articles/201503/what-makes-catholic-hospital-catholic-29861>. Letzter Zugriff: Oktober 2015.
- 8 http://www.randomhistory.com/2009/03/31_health-insurance.html. Letzter Zugriff: Oktober 2015.
- 9 International models of health systems financing, <http://www.ecu.edu/ah/upload/Kulesher-Forrestal-2014-International-Models-of-Health-Systems-Financing.pdf>. Letzter Zugriff: Oktober 2015.
- 10 <http://chai-india.org/chai-national-health-insurance-2/>. Letzter Zugriff: Oktober 2015.