

**Krankenversicherung, Staat und  
Gesellschaft in Ruanda**  
*Eine interdisziplinäre Arbeit*

Inauguraldissertation

zur Erlangung des Akademischen Grades

eines Dr. phil.,

vorgelegt dem Institut für Ethnologie und Afrikastudien

der Johannes Gutenberg-Universität Mainz

von

Bettina Mukudente Pieck

aus Frankfurt am Main

2019



*-Kuri Mawe -*

Umuterankunga ukomeye w'iyi teze

## Abstract

---

Ruanda ist in Afrika mit seiner flächendeckende Krankenversicherung, der *Community Based Health Insurance* (CBHI), ein Vorreiter, um erschwinglichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für einen Großteil der Bevölkerung zu gewährleisten. Nach den zunächst steigenden CBHI-Mitgliederzahlen ist in den letzten Jahren ein Abwärtstrend der Mitgliederzahlen festzustellen. Die vorliegende Dissertation ist eine interdisziplinäre Arbeit der Gesundheitsökonomie und Ethnologie und beschäftigt sich mit der ruandischen CBHI und ihren Entwicklungen. Durch Interviews und Literaturrecherche identifiziert sie Gründe für den Abwärtstrend. Der Zusammenhang zwischen der CBHI, dem Staat und der ruandischen Gesellschaft steht dabei im Fokus der Forschung. Die Dissertation identifiziert unter anderem die verwobenen und intransparenten administrativen Strukturen als Hindernis des Eintritts, besonders beim Erwerb oder der Erneuerung einer CBHI-Mitgliedschaft. Diese komplexen CBHI-Strukturen werden durch die starke Bindung an die Ubudehe-Kategorien verstärkt. Beitragshöhe, Entrichtungszeitraum, persönliche und kulturelle Erfahrungen und der Leistungskatalog sind zusätzliche beeinflussende Faktoren.

Rwanda is a pioneer in Africa with its comprehensive *Community Based Health Insurance* (CBHI) to ensure affordable access to health services for a large part of the population. After the initial increase in CBHI membership, there has been a downward trend in membership in recent years. This dissertation is an interdisciplinary work of ethnology and health economics and deals with the Rwandan CBHI and its developments. Through interviews and literature research, the dissertation identifies reasons for the potential access difficulties and the downward trend of the CBHI membership. The research focuses on the causality between the CBHI, the Rwandan state and its society. Among other things, the dissertation identifies interwoven and non-transparent administrative structures as entry barriers, especially when acquiring or renewing CBHI membership. These complex CBHI structures are complemented by the strong interdependence of Ubudehe categories and CBHI. Payment period, contribution amount, personal and cultural experiences and the service catalogue are additional influencing factors.

## Danksagung

---

An dieser Stelle danke ich den Menschen, ohne die diese Arbeit nicht möglich gewesen werden.

Zu aller erst geht der größte Dank an meinen Doktorvater Prof. Dr. H. A., der mich mit großen Fachwissen, Geduld und viel Humor bei der Durchführung der Feldforschung und der Erstellung der Arbeit unterstützt hat. Auch in anstrengenden Zeiten gab er den Glauben an diese Arbeit nicht auf. Vielen Dank für alles!

Ebenfalls möchte ich mich bei Prof. Dr. T. B. bedanken, der offen für meinen Ansatz war und mich dabei unterstützt hat, diese interdisziplinäre Arbeit als Gesundheitsökonomin am Institut für Ethnologie und Afrikastudien zu schreiben.

Großer Dank geht an die Konrad-Adenauer-Stiftung für ihre ideelle und finanzielle Förderung.

An dieser Stelle möchte ich mich bei C. bedanken, die mir in Ruanda immer mit Rat und Tat und bei der Beantragung der Forschungsgenehmigung zur Seite stand. Ohne Christine wäre die Feldforschung in diesem Ausmaß nicht möglich gewesen. *Murakoze cyane*.

Großer Dank geht auch an P., der seine Ruandafachkenntnisse mit mir teilte und sich bereiterklärte, diese Arbeit zu lesen. Das war alles andere als selbstverständlich, vielen Dank!

Mein B. darf nicht vergessen werden, dessen brüderlicher Humor mich während der Promotion immer wieder auf den Boden der Tatsachen geholt hat.

Zu guter Letzt möchte ich mich bei Y. bedanken. Meinem Pacemaker. Mit Dir sind auch die stressigsten und nervenaufreibendsten Zeiten ein besonderes Abenteuer.

# Inhalt

---

Abstract .....	I
Danksagung.....	II
Abkürzungsverzeichnis .....	VI
Abbildungsverzeichnis .....	VII
Tabellenverzeichnis.....	VIII
<i>Kapitel 1: Einführung</i> .....	1
1.1 Krankenversicherung - ein möglicher Lösungsansatz für einen besseren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen?.....	1
1.2 Afrika, ein Kontinent ohne Krankenversicherungen? .....	8
1.3 Forschungsfrage .....	14
<i>Kapitel 2: Ruanda – Seine Geschichte und seine Visionen</i> .....	17
2.1 Länderprofil Ruanda .....	17
2.2 Die Geschichte des ruandischen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems vor dem Genozid .....	25
2.3 Die Geschichte des ruandischen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems nach dem Genozid.....	30
2.4 Ruandas Zukunftsvision, die „Vision 2020“ .....	32
2.5 Die Entstehung der Community Based Health Insurance .....	35
2.6 Das ruandische Gesundheitssystem und weitere Krankenversicherungstypen .....	40
2.7 Der <i>developmental state</i> .....	45
2.7.1 Das allgemeine Entwicklungskonzept des <i>developmental states</i> .....	45
2.7.2 Der <i>developmental state</i> in der Praxis.....	49
2.7.3 Ruanda - ein <i>developmental state</i> ? .....	53
<i>Kapitel 3: Darstellung der empirischen Forschung</i> .....	55
3.1 Warum qualitative Forschung in Huye?.....	55
3.2 Die Gesprächspartner .....	57
3.3 Datenerhebungsprozess.....	59
3.3.1 Datenquelle.....	59
3.3.2 Feldforschung und semi-standardisierte Interviews – Feldforschung in Ruanda .....	59
3.3.3 Allgemeines zur Studie .....	61
3.3.4 Die explorative Forschung .....	62
3.3.5 Die Feldforschung .....	63
3.3.6 Die Fokusgruppengespräche .....	68
3.3.7 Die Experteninterviews .....	69
3.4 Grenzen der Datenerhebung vor und während der Studie.....	70

3.5 Schritte der Datenanalyse.....	73
<i>Kapitel 4: Das Konstrukt CBHI</i> .....	75
4.1 Die Struktur der CBHI .....	75
4.2 Ubudehe .....	79
4.2.1 Geschichte und Struktur der Ubudehe-Kategorien.....	79
4.2.2 Vorgang zur Kategorisierung .....	85
4.2.3 Gründe für die falsche Kategorisierung .....	85
4.2.4 Das Fehlen des Ausweises und die Folgen für Ubudehe und die CBHI .....	89
4.2.5 Vorgang zur Kategorienänderung .....	90
4.3 Die Beiträge der CBHI.....	93
4.4 Tontines, die Alternative zum individuellen Sparen? .....	96
4.5 Administratives Vorgehen zum Erwerb der CBHI .....	103
4.6 Leistungen und Medikamente im Rahmen der CBHI und das Problem der Zuzahlungen.....	110
4.6.1 Behandlungsqualität und ihre Bedeutung für die CBHI.....	110
4.6.2 Medikamente .....	115
4.6.3 Zuzahlungen .....	117
4.7 CBHI und Ubudehe – interdependente Strukturen als Herausforderung .....	121
4.8 Die Finanzierung der CBHI .....	123
4.9 Die Rolle der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im ruandischen Gesundheitssektor .....	131
<i>Kapitel 5: Konsumpräferenzen, Zahlungsbereitschaft und ihre Einflüsse auf den CBHI- Erwerb</i> .....	137
5.1 Konsumpräferenzen und Zahlungsbereitschaft .....	137
5.2 Die Bedeutung von Bildung für die eigenen Konsumpräferenzen.....	142
5.3 Sensibilisierungsmaßnahmen für die CBHI .....	144
5.4 Traditionelle Medizin.....	148
5.5 Persönliche Erfahrungen und ihr Einfluss auf die Konsumpräferenzen.....	155
5.6 Das Fazit.....	159
<i>Kapitel 6: Zusammenfassung, Diskussion und Schlussfolgerung</i> .....	162
6.1 Zusammenfassung und Diskussion der Forschungsergebnisse .....	162
6.2 Die ruandische CBHI ein Leuchtturm Afrikas? .....	172
6.3 Wissenschaftliches Resümee.....	176
Appendix I.....	180
Appendix II .....	184
Appendix III.....	188
Appendix IV.....	192

Appendix V .....	196
Literaturverzeichnis.....	198
Interviewliteraturliste .....	208
Pilotstudie.....	208
Feldforschung.....	208
Zusammenfassung.....	211
Über die Autorin .....	212



## Abkürzungsverzeichnis

BIP:	Bruttoinlandsprodukt
BMZ:	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit
BNE:	Bruttonationaleinkommen
CBHI:	Community Based Health Insurance
CHUB:	Centre Hospitalier Universitaire de Butare
CHI:	Community Health Insurance
CSR:	Caisse Sociale du Rwanda
DEval:	Deutsches Evaluierungsinstitut für Entwicklungszusammenarbeit
DHS:	Demographic Health Survey
DRK:	Demokratische Republik Kongo
EDPRS:	Economic Development and Poverty Reduction Strategy
EZ:	Entwicklungszusammenarbeit
FARG:	Fonds d'Assistance aux Rescapés du Génocide
GGH:	Gemeinde Gesundheitshelfer
GKV:	Gesetzliche Krankenversicherung
HSSP I:	Health Sector Strategic Plan I
HSSP II:	Health Sector Strategic Plan II
ICT:	Information and Communication Technology
PKV:	Private Krankenversicherung
MDG:	Millennium Development Goals
MINECOFIN:	Ministry of Financing and Economic Planning
MINEDUC:	Ministry of Education
MMI:	Military Medical Insurance
MOH:	Ministry of Health
NGO:	Nicht Regierungsorganisation
NHIS:	National Health Insurance Scheme
NISR:	National Institut of Statistics Rwanda
OPM:	Oxford Policy Management
PHC:	Primary Health Care
RAMA:	Rwandaise d'Assurance Maladie
RSSB:	Rwandan Social Security Board
RWF:	Rwanda Franc
SM:	Schulmedizin
7YGP:	Seven Year Government Program
TM:	Traditionelle Medizin
UR:	University of Rwanda
USAID:	United States Agency for International Development
WHO:	World Health Organization

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Landkarte Ruanda.....	17
Abbildung 2: Wirtschaftsdaten im Überblick.....	19
Abbildung 3: Geschichte Ruandas vor dem Genozid.....	30
Abbildung 4: Geschichte Ruandas nach dem Genozid .....	32
Abbildung 5: Entwicklungen im Gesundheitswesen.....	40
Abbildung 6: Ebenen im Gesundheitswesen .....	41
Abbildung 7: Krankenversicherungen in Ruanda .....	42
Abbildung 8: Formen der Schulbesuche der Gesprächspartner .....	67
Abbildung 9: Familienstatus der Gesprächspartner.....	68
Abbildung 10: Administrative Aufteilung Ruandas .....	76
Abbildung 11: Distrikte und CBHI-Einheiten.....	77
Abbildung 12: CBHI Enrollment Process 2015/16 .....	105
Abbildung 13: Interdependenz-Dreieck .....	138

## **Tabellenverzeichnis**

Tabelle 1: Bevölkerungszahlen versus BNE .....	9
Tabelle 2: Tabellarische Zusammenfassung des Ländervergleichs .....	13
Tabelle 3: Überblickstabelle .....	22
Tabelle 4: Demographische Daten der Feldforschung .....	66
Tabelle 5: Ehemalige Ubudehe-Kategorien .....	81
Tabelle 6: Ubudehe Kategorien und CBHI-Kategorien .....	81
Tabelle 7: Kriterien der Ubudehe-Kategorien .....	83

## ***Kapitel 1: Einführung***

---

*Das erste Kapitel gibt eine Einführung in die Notwendigkeit von Krankenversicherung für einen besseren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen. Dabei werden zunächst wichtige Grundprinzipien der Krankenversicherung erläutert. Anschließend werden Krankenversicherungsformen in Afrika vorgestellt. Die Vorstellung des Forschungsgegenstandes und der Forschungsfrage schließen das Kapitel ab.*

### **1.1 Krankenversicherung - ein möglicher Lösungsansatz für einen besseren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen?**

Unterhalb der Armutsgrenze lebende Menschen, die sich in prekären Gesundheitssituationen befinden, haben oft keinen Zugang zum Gesundheitswesen. Hierfür müssen bestimmte organisatorische, juristische und finanzielle Bedingungen geschaffen werden. Ruanda hat in den vergangenen 25 Jahren große Fortschritte auf dem Gebiet der Gesundheitsversorgung gemacht. So die Schaffung von Gesundheitsbewusstsein durch Gesundheitsaufklärung und -förderung in überwiegend ländlichen Gebieten, der Aufbau von Gesundheitseinrichtungen und die schrittweise Einführung einer flächendeckenden Krankenversicherung, um nur Einige zu nennen.

Ein Blick auf die weltweite Gesundheitsversorgung zeigt, dass der globale Zugang zu eben jener Gesundheit stets ein prekäres Thema ist. Ein Bericht der Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization (WHO)) und der Weltbank aus dem Jahr 2015 zeigt, dass 400 Millionen Menschen weltweit über keinen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen verfügen (World Bank 2015). Laut einer Studie der WHO leben auf Grund von regionalen schwachen Gesundheitssystemen weltweit 1,3 Milliarden Menschen mit einem sehr geringen Einkommen und verfügen über keinen Zugang zu medizinischer Behandlung und Medikamenten (Carrin et al. 2008: 857). Hinzukommt, dass laut der International Labour Organization nur 27% der weltweiten Bevölkerung über Zugang zu einer adäquaten Form der Sozialversicherung verfügen. Währenddessen haben 73% der weltweiten Bevölkerung eine eingeschränkte oder keine Form der Sozialversicherung (International Labour Office 2014: 1). Die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen kann für viele einkommensschwache Haushalte schwerwiegende Folgen haben, weil die anfallenden Behandlungskosten und daraus entstehende Folgekosten zur finanziellen Verschuldung des Einzelnen oder einer Familie führen können. Laut Angaben der Weltbank geraten in Folge dessen ca. 6% der Menschen in low- und middle-income Ländern unter die Armutsschwelle (World Bank 2015). Folgende Verteilung verdeutlicht die schwierige Situation für arme Menschen, Zugang zum Gesundheitswesen zu erhalten: 90%

aller weltweiten Krankheiten treffen insgesamt 84% der ärmsten Weltbevölkerung und nur 12% der weltweiten Ausgaben für Gesundheit kommen ihnen zu Gute (Gottret und Schieber 2006: 23).

Aus einer gesellschaftlichen Perspektive kann Krankheit zweierlei Auswirkungen haben: So kann der Kranke keinen oder nur einen geringen produktiven Beitrag zur Wirtschaft leisten und die Krankheit kann zum Ausschluss vom gesellschaftlichen Leben führen, was das Wohlbefinden beeinträchtigt (Frenk et al. 2007: 22f). Diese Herausforderungen sollen im Bereich Gesundheit durch Risikomanagement bewältigt werden. Ziel ist es, das Risiko von Krankheit zu minimieren, was u.a. durch Präventivmaßnahmen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen gewährleistet werden kann. Da Krankheit und damit verbundene Behandlungs- und Folgekosten nicht vermieden werden können, muss ein Mechanismus zur Bewältigung dieser Belastung entwickelt werden (Jütting 2005: 19).

In der Fachliteratur werden als eine Form der sozialen Sicherung Krankenversicherungen als ein Lösungsansatz gesehen und als Absicherung gegen finanzielle Risiken durch Krankheit verstanden. Ziel ist es, die zur Existenzbestreitung benötigten Grundgüter nicht verkaufen oder den Konsum von Grundgütern wie Essen und Trinken minimieren zu müssen, um entstandene Behandlungs- und Folgekosten zu decken (Frenk et al. 2007: 22-24). Doch wie genau sichert eine Krankenversicherung das Individuum gegen die benannten Risiken ab? Wie funktionieren Krankenversicherungen? So gelten Fachbegriffe in low- wie auch high-income Ländern gleichermaßen. Daher können Quellen aus high-income Ländern in diesen Fällen und für die vorliegende Dissertation verwendet werden. Eine Krankenversicherung zielt auf die Absicherung eines jeden individuellen Mitglieds gegen das finanzielle Risiko einer Krankheit ab. Dabei werden die Kosten der Gesundheitsversorgung hauptsächlich durch die Solidargemeinschaft der Krankenversicherungsmitglieder getragen. Je nach Ausgestaltung einer Krankenversicherung für ein Land und dessen individuelle finanzielle Strukturen werden die Beiträge zusätzlich durch den Arbeitgeber getragen (Bundesministerium für Gesundheit 2018). Es muss an dieser Stelle eine elementare Unterteilung in gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und private Krankenversicherung (PKV) getroffen werden. Unterschiedliche Beitragserhebungen, Leistungsgewährungen und Organisationen sind die Folge. Bei einer PKV versichert der Versicherungsnehmer sich gegen Krankheiten und deren Folgen bei einem Unternehmen einer privaten Versicherungswirtschaft. Im Gegensatz zur GKV gibt es bei der PKV keine Zwangsversicherungspflicht. Der Vertrag zwischen Versichertem und Versicherungsunternehmen ist freiwillig. Während bei der GKV der Versicherungsschutz und alle Leistungen gesetzlich geregelt sind,

trifft dies bei der PKV nicht zu. Wer in eine PKV eintreten kann, wird von den Versicherungsunternehmen festgelegt. Der Grundsatz der individuellen Versicherung ist das entscheidende Charakteristikum der PKV: Jede Person wird individuell nach ihren Bedürfnissen versichert, wobei Geschlecht, Alter und Vorerkrankungen bei der Beitragshöhe des gewählten Versicherungsschutzes berücksichtigt werden. Diese Form der Beitragserhebung wird als risikoäquivalent bezeichnet. Entscheidendes Charakteristikum der PKV ist das Kostenerstattungsprinzip. Dem Versicherten wird nach einer Behandlung eine Rechnung ausgestellt, die er begleichen muss. Die Rechnungen kann er bei seiner PKV einreichen und in Abhängigkeit zu seinen vorab definierten Versicherungsleistungen werden ihm die Kosten teilweise oder vollständig erstattet (Pirk 2005: 9, 141-143).

Zu den wichtigsten Grundprinzipien einer gesetzlichen Krankenversicherung zählt hingegen das Solidarprinzip. Das Solidarprinzip zeichnet sich durch das Zusammenspiel des Leistungsfähigkeitsprinzips und des Bedarfsprinzips aus. Dieses Zusammenspiel gewährleistet, dass der Versicherte unabhängig von der Höhe seiner entrichteten Beiträge und seinem persönlichen Krankheitsrisiko Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen kann. Welche Leistungen diesem entsprechen, wird vorab von den Krankenkassen und dem Staat definiert, wie auch – falls gegeben – von weiteren Finanzierungspartnern. Sie sind für alle Versicherten innerhalb einer Krankenversicherung gleich (Bundeszentrale für politische Bildung 2014). Solidarprinzip meint die Umverteilung der finanziellen Mittel von Gesunden zu Kranken, von Jung zu Alt und finanziell Stärkeren zu finanziell Schwächeren innerhalb des Systems. Nicht vernachlässigbar ist die Abhängigkeit des Beitrags von der individuellen finanziellen Leistungsfähigkeit, sie richtet sich in den meisten Fällen nach dem Einkommen (Lauterbach et al. 2006: 105f). Es gibt weitere Grundprinzipien, diese sind jedoch länderspezifisch. Insgesamt führt die GKV zur individuellen Entlastung und gesellschaftlichen Gleichheit. Hinzu kommt, dass die Krankenversicherungsbeiträge geringer ausfallen, als die gesamten Behandlungskosten. Durch die Minimierung des individuellen Risikos und das Prinzip des Solidarausgleichs werden die individuellen finanziellen Hürden für einen Zugang zum Gesundheitswesen gesenkt (Robyn et al 2012: 12; Fenny et al. 2018:1; Lauterbach et al. 2006: 105f; Lagomarsino et al. 2012: 936f). Die Krankenversicherung gilt als der Schlüssel zu einer universellen Gesundheitsversorgung bei gleichzeitigem finanziellem Schutz der Bedürftigen (Fenny et al. 2018:1).

Dieses zunächst vielversprechende Konzept birgt einige Probleme. Zunächst sollen die drei in der Literatur bekanntesten theoretischen Konzepte in diesem Zusammenhang beschrieben werden: *Adverse Selection*, *Moral Hazard* und *Excess Burden*. Die *Adverse Selection* kann als

negative Risikoauslese bezeichnet werden, bei der eine asymmetrische Informationsverteilung zwischen Versichertem und Versicherer vorliegt. Der Versicherte ist über seine Schadenswahrscheinlichkeit informiert, der Versicherer jedoch nicht. Durch dieses Unkenntnis ist der Versicherer gezwungen eine schadensklassenunabhängige Prämie zu verlangen, das heißt, Menschen mit hohen Risiken zahlen keine risikogerechten Prämien, hingegen Menschen mit geringen Risiken zu hohe Prämien. Daraus resultiert: Menschen mit guten Risiken wandern ab, da für sie die Prämie in Abhängigkeit zum Versicherungsschutz zu hoch ist. Menschen mit hohen Risiken verursachen durchschnittlich höhere Kosten, wodurch der Versicherer sich gezwungen sieht, die Prämien zu erhöhen. Dieser Prozess kann als negative Auslese bezeichnet werden (Nguyen 2007: 47f).

*Moral Hazard* ist ein Phänomen, bei dem der beitragspflichtige Versicherte versucht, maximale Leistungen mit seinen Versicherungsbeiträgen zu erzielen. Dabei kann der Versicherte durch sein Verhalten bewusst das Risiko erhöhen, zu erkranken. Beispielsweise übt ein beitragspflichtiger Versicherter eine Risikosportart wie Fallschirmspringen mit dem Wissen aus, dass die Ausgaben für den Sportunfall von der Allgemeinheit der Versicherten getragen werden. Bei der theoretischen Ausgangslage eines idealen Versicherungsmarktes wären die Versicherungsprämien höher als bei der Abdeckung des Risikos ohne *Moral-Hazard*-Verhalten (Pirk 2005: 159f; Lauterbach et al. 2006: 45).

Der Begriff *Excess Burden* fasst das Problem zusammen, dass durch die Abdeckung aller Behandlungskosten durch eine Versicherung eine Krankenversicherung mehr in Anspruch genommen wird, als sie individuellen Nutzen schafft. D.h., dass es trotz mehr wahrzunehmender Leistungen nicht zwangsläufig zu einer wesentlichen Verbesserung des individuellen Zustandes kommen kann. Dies führt zu einem Verlust für die Gemeinschaft, da die Grenzkosten den Grenznutzen überschreiten (Lauterbach et al. 2006:45).

Neben diesen in der Literatur behandelten Problemen gibt es weitere auf die GKV bezogene Probleme, die besonders in *low- und middle-income* Ländern vorkommen.<sup>1</sup> Als eines dieser Probleme kann die Lohnkopplung der Beiträge verstanden werden. Die Bemessungsgrundlage einer GKV in westlichen Ländern sind die Gehälter. In einigen low- und middle-income Ländern wie Ruanda kann keine Lohnkopplung der Beiträge auf Grund von u.a. unregelmäßigen Gehältern erfolgen. In Ruanda werden Vermögenstatbestände und ausgewählte

---

<sup>1</sup> Für weiterführende Literatur in Bezug auf die GKV wird auf Burger, S.; Funk, L.; Jobelius, H.-J. (1994): Die gesetzliche Krankenversicherung unter dem Druck der Bevölkerungsentwicklung, in: Die Ersatzkasse, 74. Jg., Nr. 5, S. 149-154 verwiesen.

Ausgabenkategorien in Abgrenzung zu den laufenden Kosten als Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherungsrate genommen. Neben diesen in der Literatur behandelten Problemen gibt es weitere auf die GKV bezogene Probleme, die besonders in *low- und middle-income* Ländern vorkommen. Eines davon ist die Kopplung der Mitgliedsbeiträge an die Lohnentwicklung. Die Bemessungsgrundlage einer GKV in westlichen Ländern sind die Gehälter der Mitglieder. In einigen low- und middle-income Ländern wie Ruanda kann eine Lohnkopplung der Beiträge, u.a. auf Grund von unregelmäßig ausgezahlten Gehältern, nicht sinnvoll erfolgen. In Ruanda werden Vermögenstatbestände und ausgewählte Ausgabenkategorien in Abgrenzung zu den laufenden Kosten als Bemessungsgrundlage für die Krankenversicherungsrate genommen. In Ruanda sind Vermögenstatbestände beispielsweise der Besitz einer Kuh oder eines Hauses.<sup>2</sup> Bei nicht erwerbstätigen Personen werden als Bemessungsgrundlage Transferleistungen, wie beispielsweise Renten, genommen, was die Festsetzung von KV-Beiträgen erschwert. In Ruanda werden in solchen Fällen ebenfalls Vermögenstatbestände als Bemessungsgrundlage verwendet. Insgesamt ist es schwierig Krankenversicherungsbeiträge losgelöst von Lohnzahlungen zu erheben, da die Bestimmung des Wertes von Vermögenstatbeständen nicht immer exakt ist. Werden Vermögenstatbestände als Bemessungsgrundlage genommen, ist es besonders in gesellschaftlich angespannten Situationen schwierig, da Vermögenstatbestände beispielsweise in wirtschaftlich besseren Zeiten erworben wurden. Würden nur die Vermögenstatbestände als Bemessungsgrundlage genommen werden, würde beispielsweise die prekäre Arbeitssituation des Einzelnen außer Acht gelassen. Letztendlich führt dies zu falschen Beiträgen.

Ein weiteres grundlegendes Problem im Gesundheitssektor wird in dem Paper „*The Market for „Lemons“: Quality Uncertainty and the Market Mechanism*“ aus dem Jahr 1970 von George Akerlof beschrieben. Akerlof stellt fest, dass die Käufer eines Produktes schlechter informiert sind, als die Verkäufer. Akerlof macht seine These am Beispiel des Automobilmarktes deutlich: Autos werden in gute und schlechte (Lemons) Autos unterteilt. Der potenzielle Käufer eines Autos kann nicht unterscheiden, ob es sich um ein gutes oder schlechtes Auto handelt. Die guten Autos haben einen höheren Preis, die schlechten Autos einen niedrigeren. Der potenzielle Käufer bildet einen Erwartungswert, der unter dem Preis des guten Autos liegt. Als Folge würde der Verkäufer des guten Autos dem Kauf nicht zustimmen, weil der Erwartungswert unter dem Reservationspreis liegt. Der Verkäufer des schlechten Autos würde zustimmen. Das Dilemma ist, dass immer mehr Verkäufer den Markt verlassen würden, deren Reservationspreise unerfüllt bleiben. In Folge dessen werden gute Verkäufer mit guten Produkten aus dem Markt vertrieben

---

<sup>2</sup> Das Kapitel 4.2 gibt näheren Aufschluss über die Berechnung der Krankenversicherungsbeiträge im Rahmen der Ubudehe-Kategorien.



und es verbleiben nur noch Lemons. Die Folge wäre Marktversagen (Akerlof 1970: 489-492). Daraus lässt sich ableiten, dass der Käufer nicht bereit ist, viel zu zahlen, wenn die Qualität eines Produktes nicht erkennbar ist. Marktversagen entsteht hier, weil asymmetrische und unvollständige Informationen für den Käufer vorliegen. Wie kann dieses Erkenntnis auf Krankenversicherungen übertragen werden? Es gibt Menschen mit unterschiedlichen Krankheitsrisiken: Der Versicherer einer Krankenversicherung kennt nicht die einzelnen Krankheitsrisiken, im Gegensatz zum Versicherungsnehmer. Daher legt er eine durchschnittliche Versicherungsprämie fest, um das Versicherungsrisiko möglichst gering zu halten. Versicherungsnehmer mit potenziell geringeren Risiken erwerben daher keine Krankenversicherung, weil sie nicht gewillt sind, diesen Preis zu zahlen und verlassen den Markt. In Folge dessen muss der Versicherer die Prämie wieder neu berechnen, um die anfallenden Kosten der verbleibenden Versicherungsnehmer decken zu können. Für diese Gruppe kann nun die Prämie zu hoch sein und sie schließen keine Krankenversicherung ab (oder nur zu sehr hohen Prämien) (Akerlof 1970: 492f). Das würde zum Dilemma führen. Das Schwierige einer Versicherung ist, dass man sich gegen Risiken versichert, die man nicht genau einschätzen kann. Das heißt, auch ein Gesunder weiß, dass er krank werden kann, auch wenn ihm das Risiko in diesem Moment sehr gering erscheint. Um sich abzusichern, ist er bereit, mehr zu zahlen, als er kurzfristig unmittelbar an Dienstleistungen zurückerhält. Darin unterscheidet sich der Krankenversicherungsmarkt vom Automobilmarkt. Das Gefühl, auch für Unvorhergesehenes abgesichert zu sein, ist ihm die Geldsumme wert. Es geht also nicht nur um den Vergleich von eingezahlten Beträgen versus herausbekommene Leistung, sondern um das Gefühl, auch für einen gewissen Preis abgesichert zu sein.

Ein zusätzliches Problem der GKV resultiert aus dem Solidarprinzip, weil es keinen Zusammenhang zwischen den Versicherungsbeiträgen und den in Anspruch genommenen Leistungen gibt. Die Krankenversicherung zeichnet wie jedes Versicherungssystem aus, dass es ex post eine Umverteilung von schadensfrei Gebliebenen zu Geschädigten gibt, was heißt, die Umverteilungsgewinner sind Versicherte mit hohen Behandlungskosten, Versicherte mit niedrigen oder keinen Behandlungskosten sind die Verlierer der Umverteilung (Dudey 1996: 53).

Anders schaut die ex ante Verteilung aus. Die ex ante Verteilung wird im Folgenden in drei Aspekte unterteilt: die Umverteilung innerhalb (1) einer Generation (intragenerativ) und (2) zwischen verschiedenen Generationen (intergenerativ) und es gibt die (3) intertemporalen Effekte. Da das Einkommen die Bemessungsgrundlage der Beiträge ist, führt dies zu intragenerativen Verteilungswirkungen innerhalb einer Generation. Für den Versichertenmarkt entscheidet eine *Adverse Selection*: Versicherte, die einen individuellen Nutzen aus einem Wechsel zur

PKV ziehen würden, vollziehen diesen Wechsel. In der GKV verbleiben nur die gutverdienenden Versicherten, die bei gleichen Versicherungsleistungen mit höherem Krankheitsrisiko in der PKV mehr zahlen müssten als in der GKV. Daher können sie als Gewinner der Umverteilung bezeichnet werden (Wigger 2004: 2011; Hagist und Raffelhüschen 2004: 195-197). Die GKV versucht dem entgegenzuwirken, indem sie einen ex ante Ausgleich durchführt zwischen Versicherten mit einem hohen Risiko und Versicherten mit einem niedrigerem Risiko. Gleichzeitig findet ein vertikaler Ausgleich zwischen Versicherten mit einem hohen Einkommen zu Versicherten mit einem niedrigen Einkommen statt (Penske 2006:37).

Die sogenannte intergenerative Inzidenz meint die Umverteilung zwischen den Generationen von Erwerbstätigen zu Rentnern. Das Besondere: Rentner zahlen keinen höheren Beitrag trotz ihrer überdurchschnittlich hohen Behandlungskosten. Dieser Umverteilung liegt der Gedanke des Generationenausgleichs zu Grunde, wonach erwerbstätige junge Generationen für nicht erwerbstätige ältere Generationen durch ihre Beiträge aufkommen (Berthold 1991: 164; Schulenburg 1989: 347; Schulenburg und Kleindorfer 1986: 413).

In der intertemporären Inzidenz werden die unterschiedlichen Lebensphasen eines Versicherten berücksichtigt, da nicht in jeder Lebensphase gleich hohe Ausgaben entstehen. Ein Versicherter zahlt im mittleren Lebensabschnitt höhere Beiträge, als Leistungen in Anspruch genommen werden. Im Kindes- und Rentenalter überschreiten die Ausgaben jedoch die Beiträge. Ein junger Versicherter zahlt somit mehr ein, als es seinem Altersrisiko entspricht. Dadurch entsteht bei ihm eine fiktive Forderung gegenüber der folgenden Generation. Erst im Alter kann diese Forderung erfüllt werden, wenn der dann ältere Versicherte mehr Leistungen in Anspruch nimmt, als seine Beiträge abdecken würden. Unter bestimmten Voraussetzungen können sich die Umverteilungen im Lebensverlauf ausgleichen, wenn das Wirtschaftswachstum stiege oder die Anzahl der Versicherten innerhalb einer Altersklasse und die durchschnittliche Lebenserwartung gleich und die Behandlungskosten in jeder Lebensphase konstant wären. Wenn diese Voraussetzungen einträten, würde es zu keiner Umverteilung innerhalb der Generationen kommen. Es handelt sich hierbei jedoch um ein fiktives Szenario: Die einzelnen Lebensläufe unterscheiden sich und die Behandlungskosten nehmen im Laufe der Jahre zu. Auch der demographische Wandel und wachsende Gesundheitsausgaben lassen ein solches Szenario unwahrscheinlich werden (Penske 2006: 42,45). Die beitragsfreien Versicherten haben einen negativen Einfluss auf die Beitragseinnahmen. Je mehr beitragsfreie Versicherte, desto geringer sind die Beitragseinnahmen, die zur Deckung der Kosten benötigt werden. Zu ihnen zählen Rentner und Kinder sowie Menschen, die unterhalb der Armutsquote leben. Die Versichertenstruktur geht

eng einher mit der Lohnstruktur. Geringe Löhne oder ein Arbeitsmarkt, der keine Vollbeschäftigten mehr zulässt sowie eine hohe Arbeitslosenquote stellen eine geringe Bemessungsgrenze dar. Durch diese geringe Bemessungsgrenze können weniger Beiträge generiert werden können, was im Umkehrschluss zu geringen Einnahmen führt, die die Ausgaben nur begrenzt decken können (Penske 2006: 55-60).

## **1.2 Afrika, ein Kontinent ohne Krankenversicherungen?**

Die Armut und der große Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen unterstreichen die Notwendigkeit einer Krankenversicherung. Die bereits dargestellten Systeme sind dabei Herausforderungen. In den meisten Fällen werden Krankenversicherungen mit middle- und high-income ländern assoziiert. Doch wie gestaltet sich die Situation in Afrika? Gibt es Krankenversicherungen tatsächlich auch in low- und middle-income Ländern? Die Gesundheitsversorgung in Afrika ist im Allgemeinen unzureichend. Begrenzte staatliche Budgets, eine marode beziehungsweise nicht vorhandene Infrastruktur und – um eine konkrete technische Schwierigkeiten zu nennen – Probleme mit der Kühlkette von Medikamenten erschweren die Gesundheitsversorgung in Afrika. Die Bevölkerung in vielen afrikanischen Ländern ist gezwungen, exorbitante Preise für medizinische Behandlungen und Medikamente bei öffentlichen und privaten Gesundheitsdienstleistern zu zahlen (Fenny et al. 2018: 1).

Um diese Problematik einzudämmen, bemühen sich einige afrikanische Länder, Formen einer flächendeckenden Krankenversicherung einzuführen. Dabei unterscheiden sich einzelne Länder bezüglich ihrer Beitrittsquote und den einzelnen Versicherungstypen bzw. Versicherungsleistungsausprägungen. Es gibt keine Darstellung von sämtlichen Krankenversicherungen in Afrika. Die schwache Datenlage erschwert den direkten Vergleich der Versicherungsrate und Versicherungsstruktur afrikanischer Länder, ermöglicht jedoch einen groben Überblick über die Versicherungsrate der afrikanischen Länder, die eine flächendeckende Krankenversicherung haben. Dabei sind private Krankenversicherungen ausgeschlossen. Nun sollen vier Länder miteinander verglichen werden. Die vier Ländern repräsentieren unterschiedliche Krankenversicherungen: Es handelt sich um Ghana, Ruanda, Kenia und Äthiopien. Die Auswahl fiel auf jeweils zwei low-income und zwei lower-middle-income Länder, die in den vergangenen Jahrzehnten nationale Krankenversicherungsformen einführten oder eine schrittweise Verbesserung momentan bestehender Versicherungsprogramme eingeführt haben. Die soziale und ökonomische Notwendigkeit einer Krankenversicherung eint alle vier Länder.

Die Eckdaten der vier Länder erlauben zunächst eine grobe Einschätzung der ökonomischen Situation: Die Bevölkerungsanzahl im Jahr 2018 lag in Kenia bei 49.360.000 Mio. Menschen,

in Ghana bei 30.170.000 Mio., in Äthiopien bei 95.64.000 Mio. und in Rwanda bei 12.380.000 Mio. Menschen (IMF 2019a). Das kenianische *Bruttonationaleinkommen* (BNE) per capita beweist den rasanten Aufstieg Kenias von einem low-income zu einem lower-middle-income country. Im Jahr 1990 lag der BNE per capita bei 380US\$. Dieser veränderte sich in den folgenden Jahren nur gering und lag im Jahr 2000 bei 420US\$. Im Jahr 2010 fand mehr als eine Verdoppelung auf 980US\$ statt. Dieser Aufwärtstrend setzte sich bei einem BNE per capita von 1440US\$ im Jahr 2017 fort (World Bank 2019a). Ghanas BNE per capita lag im Jahr 1990 bereits bei 400US\$ und sank anschließend auf 340US\$ im Jahr 2000. Es folgte im kommenden Jahrzehnt eine beeindruckende Verdreifachung auf 1250US\$. Dieser starke Aufwärtstrend setzt sich, wenn auch nicht so stark, fort mit einem BNE von 1490US\$ (World Bank 2019b). Der BNE per capita in Äthiopien zeigt einen generellen Aufwärtstrend: Im Jahr 1990 lag er bei 260US\$ und sank darauf bis zum Jahr 2000 auf 120US\$. Die nächsten 10 Jahre waren von einem Aufwärtstrend geprägt, sodass er im Jahr bereits 380US\$ betrug und sich in den nächsten sieben Jahren auf nahezu 740US\$ verdoppelte (World Bank 2019c). Ein Blick auf den BNE per capita verdeutlicht den wirtschaftlichen Aufschwung Ruandas. Im Jahr 1990 lag der BNE per capita bei 350US\$, sank aber bis zum Jahr 2000 als Folge des Genozids auf 240US\$. In den nächsten 10 Jahren ist mehr als eine Verdoppelung des BNE per capita festzustellen, sodass er im Jahr 2010 bei 560US\$ lag. Der Aufwärtstrend setzt sich fort bei einem BNE per capita von 720US\$ im Jahr 2017 (World Bank 2019d).

Tabelle 1: Bevölkerungszahlen versus BNE

	<b>Bevölkerungsanzahl in Mio. (2019)</b>	<b>BNE per capita (2017)</b>
Kenia	49,36	1440US\$
Ghana	30,17	1490US\$
Äthiopien	95,64	740US\$
Ruanda	12,38	720US\$

In Kenia ist es wie in allen in low- und lower-middle-income Ländern generell schwierig, gehaltsabhängige Beiträge zu erheben. Für den formellen und informellen Sektor gibt es in Kenia unterschiedliche Krankenversicherungen. Dabei gibt es keine Ausnahmeregelung oder besondere Finanzierungsmechanismen für den ärmsten Teil der Bevölkerung. Der *National Hospital Insurance Fund* in Kenia – das älteste staatliche Versicherungsprogramm in Afrika – wurde im Jahr 1966 durch eine Abteilung des kenianischen Gesundheitsministeriums ins Leben gerufen. Über die Jahre kam es zu einer kontinuierlichen Anpassung des Funds, um den Veränderungen im Gesundheitswesen durch die wachsende kenianische Bevölkerung und den Veränderungen

im Beschäftigungsverhältnis durch Umstrukturierung im Gesundheitswesen gerecht werden zu können. Ziel des *National Hospital Insurance Fund* ist die Zugänglichkeit, Erschwinglichkeit und Nachhaltigkeit einer Krankenversicherung durch eine optimale Nutzung aller Ressourcen zur Zufriedenstellung aller Beteiligten (National Health Insurance Fund, o.J.). Die Besonderheit für afrikanische Verhältnisse ist die Erhebung von gehaltsabhängigen Beiträgen von Angestellten des formellen Sektors. Der informelle Sektor hingegen ist durch die kenianische *Community Based Health Insurance (CBHI)* seit dem Jahr 1999 abgedeckt. Hinzukommt für die Angestellten des Privatsektors der *Social Health Insurance Benefit* (Fenny et al. 2018: 1f; Lagomarsino et al. 2012: 936f). Die Finanzierung dieses Systems ist kleinteilig: 34% trägt die Regierung, 29% wird durch Zahlungen, 19% werden durch gemeinnützige Organisationen zur Stärkung von Privathaushalten, 9% durch freiwillige Krankenversicherungsschemata und 5% durch soziale Krankenversicherungen getragen. 4% werden durch weitere nicht näher bestimmte Ressourcen bestritten (Fenny et al. 2018: 1f). 25 % der Bevölkerung sind über den *National Hospital Insurance Fund*, über private Krankenversicherungen oder die kenianischen CBHI versichert (Netherlands Enterprise Agency 2016: 5). Das sogenannte Risikopooling beabsichtigt die Verteilung der Gesundheitskosten auf Haushalte mit unterschiedlichen Gesundheitsprofilen, um sehr hohe Kosten für den Einzelnen zu vermeiden. Es gibt unterschiedliche Risikopools für unterschiedliche Zielgruppen, die nach einiger Zeit kombiniert oder erweitert werden können. Dies bezeichnet man als mehrfache Risikopools. Zum anderen besteht die Möglichkeit, dass es für die ganze Bevölkerung nur einen Risikopool gibt, sodass das Solidarprinzip eintritt (einzelnener Risikopool). In Kenia besteht ein mehrfacher Risikopool: In diesem Fall hat der formelle und informeller Sektor unterschiedliche Risikopools (Lagomarsino et al. 2012: 936f).

Nun ein Blick auf ein weiteres lower-middle-income Land: Im Jahr 1989 gab es erstmals in Ghana durch eine glaubensgeprägte Nichtregierungsorganisation (NGO) die Implementierung einer Form von Krankenversicherung, des sogenannten „*Nkotanza Scheme*“, die im Jahr 1992 operativ wurde. Die ghanaische Regierung führte 1997 ein *National Health Insurance Scheme* und 1999 eine *Ghana Health Care Company* ein. Es folgten weitere gemeinde- oder anbieterinitiierte Schemata. Meist entstanden sie nach *Community Health Insurance (CHI) Workshops*, die von der Gruppe *Partners for Health Reforms* im Jahr 1999 durchgeführt wurden. Im Jahr 2001 existierten bereits 14 funktionsfähige CHI, die jedoch nur einen kleinen Teil der Bevölkerung abdeckten. Im Jahr 2001 löste eine neue Regierung „*cash and carry*“<sup>3</sup> durch ein *National Health Insurance Scheme (NHIS)* ab. Dies führte im Jahr 2003 zum *National Health*

---

<sup>3</sup> „Cash and carry“ meint in diesem Kontext, dass der Patient eine Gesundheitseinrichtung aufsucht, behandelt wird und anschließend direkt seine Rechnung in voller Höhe begleicht.

*Insurance Act*, wodurch es zu einem Wandel der nationalen Gesundheitsfinanzierung kam. Das übergeordnete Ziel dieser Initiative war eine langfristige universelle Gesundheitsversicherung (Soors et al 2010: 29-31). Die ghanaische NHIS ist für alle Bürger - mit einigen Ausnahmen - gesetzlich verpflichtend. Es gibt hier die Besonderheit, dass durch ein Gesundheitsfinanzierungsprogramm der ärmste und verwundbarste Teil der Bevölkerung abgedeckt wird. Obwohl dieser Teil der Bevölkerung visiert ist, sind viele Menschen dieser Gruppe nicht in einem Krankenversicherungsschema erfasst. Nur ca. 2% der ärmsten Menschen werden durch die NHIS abgedeckt (Lagomarsino et al. 2012: 937). Durch die NHIS konnten bereits im Jahr 2013 38% der Bevölkerung abgedeckt werden (National Health Insurance Authority 2013: 15). Eine Studie von Garcia-Mandió, Reichert und Strupat aus dem Jahr 2019 beschäftigt sich mitunter mit der finanziellen Erschwinglichkeit der NHIS. Die Studie bewies, dass die zu zahlenden Beiträge der NHIS im Vergleich zu weiteren staatlichen Gesundheitsprogrammen erschwinglich sind und ein breites Leistungsspektrum bietet (Garcia-Mandió et al. 2019: 5). Interessant ist die Finanzierung der ghanaischen Krankenversicherung: 72% werden über Steuern finanziert, 20% durch den Social Security and National Insurance Trust, 4% durch Investitionserlöse, lediglich 3% durch die Krankenversicherungsbeiträge und nur ein 1% durch weitere Ressourcen (Fenny et al. 2018: 1f). Ghana hat ein Ein-Risikopool-Schema, das bedeutet, ein einziger nationaler Risikopool deckt die gesamte Bevölkerung ab und die einzelnen Gruppen finanzieren sich untereinander quer (Lagomarsino et al. 2012: 937).

Im Vergleich zu den lower-middle-income Ländern nun ein Blick auf das erste low-income Land Äthiopien. Bedeutende Herausforderungen im äthiopischen Gesundheitssystem sind die schlechte Ernährungssituation und damit verbundenen Erkrankungen, die durch Mangelerscheinungen hervorgerufen werden. Hinzukommt eine hohe Fertilitätsrate verbundenen mit einem geringen Level an Zugangsmöglichkeiten zum Gesundheitswesen, sowie eine hohe Mortalitätsrate. Aus diesem Grund wurde im Jahr 1997 durch die äthiopische Regierung das 20jährige *Health Sector Development Program* ins Leben gerufen. Die Erfolge dieser Initiative waren wegen des Mangels und des Ungleichgewichts im Personalwesen, geografischer Distanzen zu den Gesundheitseinrichtungen und sozioökonomischer Gründe wie extremer Armut, die den Zugang zum Gesundheitswesen verhindern, unzureichend (Teklehaimanot und Teklehaimanot 2013: 2). Auf Grund von technischen und politischen Beratungen kam es zur Entwicklung der *Ethiopia's Health Insurance Strategy* im Jahr 2008. Im Rahmen dieser Initiative erfolgte die Empfehlung, zwei separate Krankenversicherungen zur Umsetzung einer universellen Gesundheitsfürsorge einzuführen. Dabei richtet sich die CBHI an den großen landwirtschaftlichen Teil und den kleinen, informellen Teil der städtischen Bevölkerung. Das äthiopische

Gesundheitsministerium plante zunächst den Start einer Pilotphase für die CBHI. Die *Social Health Insurance* für Angestellte des formellen Sektors und deren Familien sollte später folgen. In der Pilotphase 2011 gab es 13 Distrikte und vier Kontrolldistrikte. Die CBHI in Äthiopien deckt die Kosten für stationäre und ambulante Behandlungen in Gesundheitszentren und nahe gelegenen Krankenhäusern (mit einigen Ausnahmen) ab. Um eine *Adverse Selection* zu vermeiden, werden die Krankenversicherungsbeiträge pro Haushalt und nicht pro Person erhoben. Im Juli 2013 beschloss die äthiopische Regierung die CBHI auf weitere 161 Distrikte auszuweiten (USAID und Health Finance and Governance 2015: 2-10). Im ersten Jahr nach der Einführung lag die Versicherungsrate bei 41%, im Jahr 2012 lag sie bereits bei 48%. Die CBHI ist gesetzlich nicht verpflichtend, jedoch mit der Besonderheit, dass ein weiteres Gesundheitsfinanzierungsprogramm existiert, durch den der ärmste und verwundbarste Teil der Bevölkerung abgedeckt werden soll. Obwohl dieser Teil der Bevölkerung anvisiert ist, werden lediglich 2% der Ärmsten durch die CBHI abgedeckt. Die äthiopische Finanzierung der CBHI unterscheidet sich massiv von Ghana, Ruanda und Kenia: Dabei werden 70% über die Beiträge, 25% durch staatliche Zuschüsse und 5% durch nicht näher definierte Ressourcen beglichen. In Äthiopien herrscht ein mehrfacher Risikopool (Fenny et al. 2018: 1f).

Mit Blick auf die anderen drei bereits vorgestellten Länder stellt sich die Frage, worin sich Ruanda unterscheidet und welchen Herausforderungen es sich stellen musste, um sich als den Leuchtturm Afrikas positionieren zu können. Die ruandischen Lösungsansätze für bekannte afrikanische Probleme stehen dabei im Mittelpunkt des Interesses. Die enorme finanzielle Belastung durch übertragbare Krankheiten sowie der steigende Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen in Kombination mit den Zielen des Regierungsvorhabens „*Vision 2020*“ führte zum Vorhaben, eine ruandische Community Based Health Insurance einzuführen. Die Testphase der CBHI fand in drei Distrikten im Jahr 1999 statt. Ziel war es, einen finanzierbaren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen bei gleichzeitiger Generierung von Einnahmen für die einzelnen Gesundheitseinrichtungen zu schaffen (Kalisa et al. 2016: 17). Nach der Evaluierung der Pilotphase kam es zur Ausweitung der CBHI in den Jahren 2004 bis 2010 auf alle Distrikte des Landes (Kalisa et al. 2016: 25-29). Laut dem *Rwandan Social Security Board (RSSB)* sind im Jahr 2015/2016 81,6% der Bevölkerung CBHI krankenversichert. Weitere 6% sind in der *Rwandaise d'Assurance Maladie (RAMA)*, in der *Military Medical Insurance (MMI)* oder in privaten Krankenversicherungen versichert (Chemouni 2018: 87).<sup>4</sup> Ruanda hat eine verpflichtende CBHI mit der Besonderheit, dass ein Gesundheitsfinanzierungsprogramm besteht,

---

<sup>4</sup> Eine genaue Beschreibung der Pilotphase mit ihren Ausprägungen und von weiteren Entwicklungen kann detailliert im Kapitel 2.5 nachgelesen werden.

durch das der ärmste und schwächste Teil der Bevölkerung abgedeckt werden soll. Im Vergleich zu Ghana und Äthiopien kann dieser anvisierte Teil scheinbar durch die CBHI effektiv abgedeckt werden. Das Ubudehe<sup>5</sup>-System gewährleistet eine möglich genaue Erfassung des ärmsten Teils der Bevölkerung, meist Waisen, Witwen und ältere Menschen. Die Finanzierung der CBHI ist wie folgt: 66% wird durch die Beiträge, 14% durch die Regierung, 10% vom Global Fund und 10% durch weitere nicht näher bestimmte Ressourcen getragen. In Ruanda herrscht ein mehrfaches Risikopooling zur Streuung des Risikos (Fenny et al. 2018: 1f).

Tabelle 2: Tabellarische Zusammenfassung des Ländervergleichs

	<b>Formen der Krankenversicherung</b>	<b>Finanzierung</b>	<b>Beitrittsquote</b>	<b>Risikopooling</b>
<b>Kenia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National Hospital Insurance Fund</li> <li>• CBHI</li> <li>• Social Health Insurance Benefit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 34% Regierung</li> <li>• 29% Zahlungen</li> <li>• 19% gemeinnützige Organisationen zur Stärkung von Privathaushalten</li> <li>• 9% freiwillige Krankenversicherungsschemata</li> <li>• 5% durch soziale Krankenversicherungen getragen</li> <li>• 4% wird durch weitere nicht näher bestimmte Ressourcen bestritten</li> </ul>	25% durch NHIS, CBHI, SHIB (2016)	Multiples Risiko-pooling
<b>Ghana</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• National Health Insurance Scheme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 72% Steuern finanziert</li> <li>• 20% durch Social Security und den National Insurance Trust</li> <li>• 4% Investitionserlöse</li> <li>• 3% durch die Krankenversicherungsbeiträge</li> <li>• 1% durch weitere Ressourcen</li> </ul>	38% durch NHIS (2013)	Einzelnes Risiko-pooling
<b>Äthiopien</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBHI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 70% Beiträge</li> <li>• 25% staatliche Zuschüsse</li> <li>• 5% durch näher definierte Ressourcen</li> </ul>	48% durch CBHI im (2012)	Multiples Risiko-pooling
<b>Ruanda</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CBHI</li> <li>• MMI</li> <li>• RAMA</li> <li>• Private Krankenversicherungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 66% durch die Beiträge</li> <li>• 14% durch die Regierung</li> <li>• 10% vom Global Fund</li> <li>• 10% durch weitere nicht näher bestimmte Ressourcen</li> </ul>	81,6% durch CBHI, 6% sind in RAMA und MMI oder in privaten Krankenversicherungen (2015-2016)	Multiples Risiko-pooling

<sup>5</sup> Das Ubudehe-Konzept meint die Stratifizierung der ruandischen Gesellschaft anhand von vorab definierten Kriterien. An dieser Stelle kann auf eine ausführliche Vorstellung des Konzepts in Kapitel 4.2 verwiesen werden.



### 1.3 Forschungsfrage

Die Wichtigkeit und der Nutzen einer Krankenversicherung vor dem Hintergrund des weltweiten Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen ist in der internationalen Diskussion unumstritten. Diese Tatsache wird von den Ausführungen des Ländervergleichs untermauert und zeigt gleichzeitig den Handlungsbedarf der einzelnen Länder auf. Der Ländervergleich hat gezeigt, dass es in einigen afrikanischen Ländern Bestrebungen gibt, eine flächendeckende Krankenversicherung einzuführen. Im Zuge dessen stellt sich die Frage, anhand welcher Kriterien eine Krankenversicherung als erfolgreich beurteilt werden kann. Die Höhe der Versicherungsquote kann als Kriterium verwendet werden. Der Datenvergleich macht deutlich, dass die Länder sich hinsichtlich dessen trotz intensiver Bemühungen unterscheiden. Der Erfolg in Form einer hohen Versicherungsquote hängt von einer Vielzahl von Faktoren, wie ökonomischen Voraussetzungen in dem jeweiligen Land, Bevölkerungszahl und Visionen ab. Ghana und Kenia zeigen zwar kontinuierliche Bestrebungen, ihre bestehende Krankenversicherung den Ansprüchen der Zeit und Bevölkerung anzupassen und durch spezielle Krankenversicherungen für den informellen Sektor zu ergänzen, jedoch ist das nur bedingt geglückt. Bemerkenswert ist dies besonders vor dem Hintergrund, dass Ghana und Kenia ökonomisch gesehen vor Ruanda und Äthiopien liegen und durch den größeren Mitteleinsatz theoretisch gesehen erfolgreicher sein sollten. Trotz der großen Bevölkerungszahl und der wachsenden medizinischen Ansprüche konnte Äthiopien eine Krankenversicherung einführen, die nahezu die Hälfte der Bevölkerung abdeckt. Nach wie vor scheint Ruanda in Hinblick auf die Versicherungsquote der flächendeckende Krankenversicherung -der CBHI- der Leuchtturm Afrikas zu sein.

Die Frage, warum Ruanda im Vergleich zu anderen afrikanischen Ländern nach außen erfolgreicher erscheint, ist zum heutigen Zeitpunkt nicht eindeutig geklärt. Die Außendarstellung Ruandas in Hinblick auf seine CBHI weckt das internationale Interesse der Wissenschaft und internationaler Geber. Doch die Höhe der Versicherungsquote ist stark von der Zugänglichkeit zur Krankenversicherung abhängig. Der Erfolg einer Krankenversicherung bemisst sich nach der Möglichkeit des Zugangs zu einer Krankenversicherung. Ausschließlich dieses Kriterium wird dieser Dissertation zu Grunde gelegt. Dabei deuten einige Indikatoren auf Ruandas Erfolg hinsichtlich der CBHI hin. Unbeantwortet bleibt an dieser Stelle, inwiefern tatsächlich von einer erfolgreichen ruandischen CBHI gesprochen werden darf. Dabei stehen die ruandischen Herausforderungen bei der Umsetzung der CBHI im Fokus der Analyse. Eine Vielzahl von Faktoren wie interne oder externe wirtschaftliche und bürokratische Einflüsse auf die CBHI

sowie ihre Finanzierung spielen eine entscheidende Rolle bei der abschließenden Beurteilung der ruandischen CBHI.

Gesundheit ist in der Debatte über die Wirkungen von Entwicklungszusammenarbeit ein zentrales Thema, da Gesundheit einer der wichtigsten Entwicklungsfaktoren ist. Eine flächendeckende Krankenversicherung wie etwa die CBHI einzuführen, erfolgt ausschließlich auf Grund staatlicher Intervention. Das Entwicklungsbestreben eines Landes ist hier eine notwendige und zentrale Voraussetzung. Die vier Beispielländer haben bewiesen, dass Krankenversicherungserweiterungen oder die vollständige Einführung einer flächendeckenden Krankenversicherung stets das Resultat von staatlichen Entwicklungsanstrengungen sind. Diese wiederum sind eingebettet in gesellschaftliche Strukturen, die wesentlich den Erfolg der Implementierungen und der Nachhaltigkeit einer Krankenversicherung beeinflussen. Dabei spielen die Faktoren, die den Zugang zur Krankenversicherung erschweren oder erleichtern, eine zentrale Rolle. Anhand dessen kann der Erfolg oder das Scheitern der CBHI beurteilt werden. Das ruandische Entwicklungsbestreben hinsichtlich der CBHI wird näher untersucht, wie auch ihr Einfluss auf die Einführung und Nachhaltigkeit der CBHI. Der Aufbau, die Struktur und Funktionsweise der CBHI mit ihren Stärken und Schwächen spielt eine bedeutende Rolle beim Verständnis der ruandischen CBHI.

Die vorliegende Dissertation ist eine interdisziplinäre Arbeit der Fachgebiete Ethnologie und Gesundheitsökonomie. Die Stärke der Gesundheitsökonomie ist ihr methodischer Ansatz, wodurch es u.a. zur statistischen Bestimmung von quantitativen Effekten hauptsächlich innerhalb des Systems der medizinischen Versorgung kommen kann. Dabei wird eine quantitative Beziehung zwischen zwei Variablen festgestellt. Die Grenzen bei diesem Verfahren sind die Feststellung von Effekten, aber nicht zwangsläufig einer Kausalität. Der Nachweis von Kausalität kann nur durch die Einbeziehung von theoretischem Fachwissen außerhalb der Statistik erfolgen. Hinzukommt, dass die Gesundheitsökonomie durch ihr statistisch geprägtes Vorgehen keine neu auftretenden Faktoren erfassen kann. Die Grenzen der Statistik zeigen sich in ihrer „Verschlossenheit“. Die Stärke der Ethnologie ist ihr methodisches Vorgehen, bei dem die Erfassung von neuem Wissen – u.a. durch qualitative Interviews – ermöglicht wird. So können neue Aspekte erfasst und in die Gesamtbetrachtung miteinbezogen werden. Die Ethnologie bleibt nicht an bestehende Muster geknüpft und prüft diese. Die Ethnologie erfasst vielmehr neue Phänomene und versucht diese in ihrer Komplexität zu verstehen und sie „handhabbar“, d.h. sie verändernden Aktivitäten nutzbar, zu machen. Zum Verständnis des Erfolgs der ruandischen Krankenversicherung ist es unzureichend, ausschließlich statistische Daten zu

erheben und zu analysieren. Die ethnologische Sichtweise ermöglicht das Verständnis von komplexen und nicht-rationalen Umwelten. Durch die Ethnologie können Kausalitäten erfasst und mit den Aspekten Staat, Krankenversicherung und Gesellschaft verbunden werden.

Die vorliegende Dissertation ermöglicht es durch ihren interdisziplinären Ansatz und ihre Methodenwahl, ein Verständnissystem zu entwickeln, das erlaubt, Gesundheit, CBHI und den Zugang zu Gesundheit unter der Berücksichtigung der Konzepte „Staat“ und „Entwicklung“ zu verstehen. Die wissenschaftliche Relevanz der Forschungsarbeit begründet sich in ihrer qualitativen Ausrichtung: Es werden qualitative Daten gesammelt, analysiert und ausgewertet. Dadurch werden bestehende quantitative Studien um qualitative Daten erweitert. Dies führt zu einer besseren Erfassung der komplexen Handlungszusammenhänge und zur Erweiterung der bereits vorhandenen Forschungsergebnisse. Ziel ist es, das bislang unerforschte Phänomen der ruandischen CBHI hinreichend zu verstehen. Die interdisziplinäre Arbeit schafft einen wissenschaftlichen Nutzen für beide Fachrichtungen.

Die vorliegende Arbeit ist in sechs Kapitel unterteilt. Auf die Einleitung folgt im zweiten Kapitel der theoretische Rahmen der Dissertation und das Länderprofil Ruandas. In diesem Kapitel werden die allgemeine Funktionsweise und die Prinzipien einer Krankenversicherung dargestellt, sowie wesentliche Probleme in der praktischen Umsetzung ebendieser Prinzipien. Des Weiteren werden in diesem Kapitel die Theorie des *developmental state* und die Entwicklung des ruandischen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems dargestellt und diskutiert. Die Methode sowie der Datenerhebungsprozess sind Gegenstand des dritten Kapitels. Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit der Struktur und Funktionsweise der CBHI sowie mit ihrer Finanzierung und finanzieller Nachhaltigkeit. In diesem Kapitel werden die Stärken und Schwächen der CBHI anhand der Feldforschungsergebnisse unterstrichen. Das fünfte Kapitel beschäftigt sich mit der Zahlungsbereitschaft und ihren Einflussfaktoren für die CBHI. Das sechste und abschließende Kapitel fasst die gesammelten Erkenntnisse zusammen, diskutiert diese und gibt abschließende Handlungsempfehlungen sowie einen wissenschaftlichen Ausblick ab.

## Kapitel 2: Ruanda – Seine Geschichte und seine Visionen

Die Einführung verdeutlichte die Notwendigkeit sowie den Nutzen einer Krankenversicherung. Um Verständnis für das ruandische Krankenversicherungssystem und allen voran für die ruandische CBHI entwickeln zu können, ist zunächst eine Darstellung Ruandas und seiner Geschichte unverzichtbar. In diesem Kapitel soll es zunächst um das ruandische Gesundheitswesen und die CBHI gehen. Anschließend wird die „Vision 2020“ und die Entstehung der CBHI dargestellt. Bei einer Analyse der CBHI darf der Blick auf weitere Krankenversicherungsformen nicht fehlen. Abschließend wird die Theorie des developmental states in seinen diversen Facetten vorgestellt und auf Ruanda übertragen.

### 2.1 Länderprofil Ruanda

Das vorangegangene Kapitel zeigte Herausforderungen im und für den Gesundheitsbereich und erste Lösungsansätze. Für die Gegenwart stellen sich weitere Herausforderungen, auf die eingegangen werden muss. Ein Blick auf Ruanda mit seiner Wirtschaft soll ein erstes Verständnis für die CBHI schaffen.



Abbildung 1: Landkarte Ruanda

Quelle: Weltkarten (o.J.). Landkarten Ruanda (Provinzen).

Ruanda ist ein kleiner hügeliger Binnenstaat in Afrika mit einem fruchtbaren Boden. Die Außengrenzen gehen westlich an die reichere Demokratische Republik Kongo (DRK), südlich nach Burundi, nördlich nach Uganda und nordöstlich nach Tansania. Ruanda ist seit Ende des Genozids im Jahr 1994 politisch stabil. Seit den Wahlen im September 2018 sind 64% der Abgeordneten Frauen und die Regierungspartei Rwandan Patriotic Front hat eine absolute Mehrheit im Abgeordnetenhaus. Zwei oppositionelle Parteien, die Democratic Green Party of

Rwanda und die Social Party Imberakuri, sind im Parlament vertreten. Durch eine Änderung der Konstitution im Dezember 2015 wurde der amtierende Präsident Paul Kagame im August für weitere sieben Jahre gewählt. In den vergangenen 10 Jahren hat Ruanda zur besseren

Umsetzung der „*Vision 2020*“ zwei weitere 5-Jahres- Strategien – die *Economic Development and Poverty Reduction Strategy* -EDPRS I (2008-2012) und EDPRS II (2013-2018) entwickelt. Diese beiden Strategien unterstützen das starke wirtschaftliche Wachstum Ruandas. Die *National Strategy for Transformation* hat sich angeschlossen, die den Zeitraum 2018-2024 abdeckt und inhaltlich die ökonomischen, sozialen und politischen Transformationsprozesse im Rahmen der „*Vision 2050*“, behandelt. Die „*Vision 2050*“ zielt auf eine Verbesserung des Lebensstandards für alle Ruander ab. Das Wachstum der vergangenen Jahre ist hauptsächlich auf die Finanzierung des öffentlichen Sektors durch externe Gelder zurückzuführen. Im Jahr 2016 und 2017 verlangsamte sich das Wachstum und es wurde deutlich, dass der Privatsektor in Zukunft für das ökonomische Wachstum eine größere Rolle spielen muss. Heutige Gründe gegen Privatinvestitionen sind: Hohe Energiekosten, geringe finanzielle Rücklagen und nicht ausreichende fachliche Fähigkeiten (World Bank 2019e).

Ruanda verzeichnete in den Jahren von 1990 bis 2018 einen kontinuierlichen Bevölkerungszuwachs. Im Jahr 1990 hatte Ruanda 6,45 Millionen Einwohner. Im Jahr 2000, trotz Genozid, hatte Ruanda bereits 7,5 Millionen Einwohner. Im Jahr 2010 hatte das Land 10 Millionen Einwohner und im Jahr 2019 12,38 Millionen Ruander (IMF 2019a).

Insbesondere seit der Jahrtausendwende zeigt Ruanda ein kontinuierliches Wirtschaftswachstum. Dies ist in Abbildung 4 dargestellt. Bis auf die Jahre 2003 und 2013 lag das Wachstum des realen Bruttoinlandsproduktes (BIP) seither oberhalb von 5 Prozent, bei einer durchschnittlichen Wachstumsrate von 7,8 Prozent im Vergleich zum Vorjahr. Wenngleich der Wachstumstrend zum Ende der beobachteten Periode hin leicht abnehmend ist, kann hierbei immer noch von beträchtlichen Wachstumsraten gesprochen werden. Dies zeigt sich ebenfalls bei Betrachtung der Wirtschaftsleistung pro Einwohner, wobei die Zunahme des absoluten BIP einen Teil der leicht rückläufigen Wachstumsraten erklärt. Die absolute Wertschöpfung pro Einwohner stieg seit dem Jahr 2000 von 229 US\$ auf 773 US\$ an, was mehr als einer Verdreifachung entspricht. Neben der Wertschöpfung in US\$ ist die um die Kaufkraft bereinigte Wertschöpfung pro Einwohner dargestellt. Diese liegt, wie für Entwicklungsländer üblich, zwar deutlich oberhalb der unbereinigten Wertschöpfung, zeigt jedoch im Wesentlichen dieselben Wachstumsdynamiken wie die unbereinigte Zeitreihe. Ersteres legt den Verdacht einer Überbewertung des Rwanda Francs nahe. Der Anstieg des Wachstums ging mit einer Ausweitung des Staatskonsums einher. Betrug die Staatsausgaben im Jahr 2000 noch 206 Millionen US\$, was 21% der Wirtschaftsleistung entsprach, lag dieser Wert im Jahr 2017 bei 2,285 Milliarden US\$ was –

bei einem mehr als verdreifachtem BIP– 25% der jährlichen Wirtschaftsleistung Ruandas entsprach (International Monetary Fund 2019b).

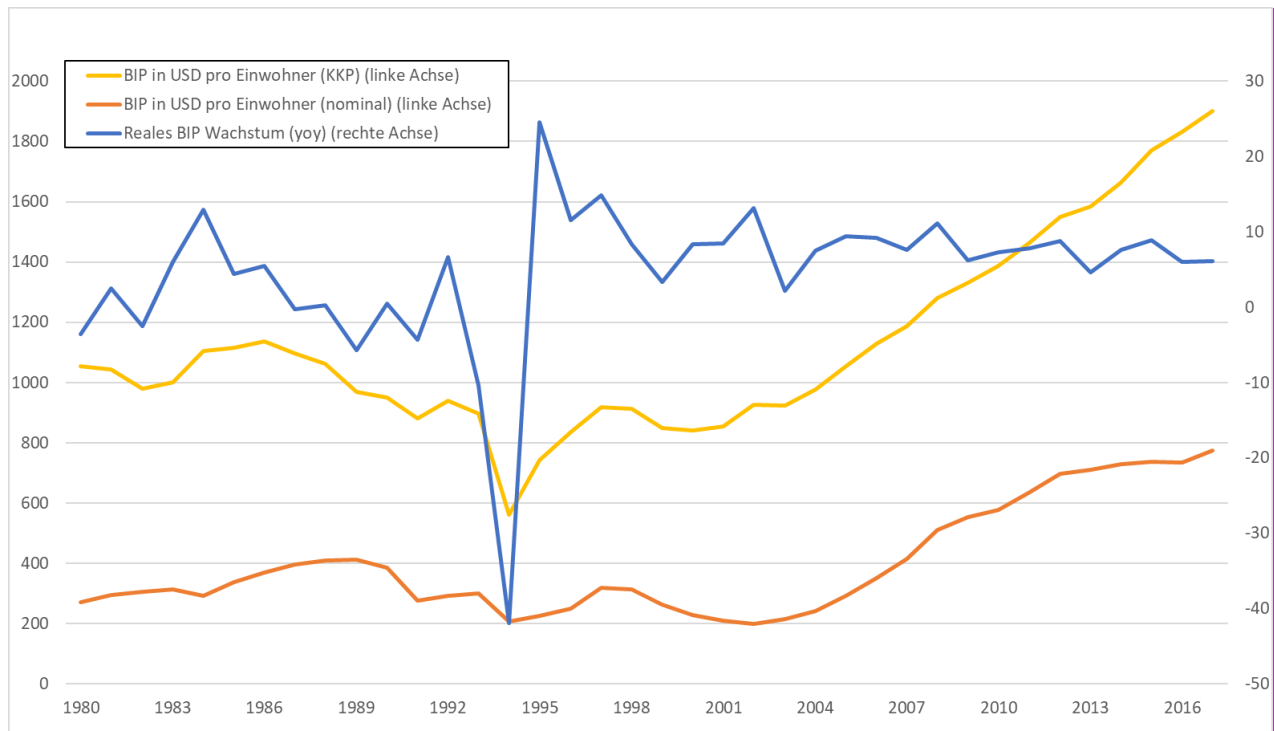


Abbildung 2: Wirtschaftsdaten im Überblick

Die Demographic Health Survey (DHS) von 2014-15 bietet weitere aufschlussreiche demographische Daten: Die durchschnittliche ruandische Haushaltsgröße beträgt 4,3 Personen (4,1 Personen pro Haushalt in städtische Gebieten und 4,3 Personen in ländlichen Gebieten), davon werden 31% der Haushalte von Frauen geführt (32% der Haushalte in ländlichen Gebieten und 27% der Haushalte in städtischen Gebieten). 60% der ruandischen Haushalte sind im Besitz eines Mobiltelefons. 9% der Kinder unter 18 Jahren sind Voll- oder Halbwaisen. In Ruanda existiert eine Geburtenregistrierungspflicht, an diese ist u.a. der Zugang zur Krankenversicherung gekoppelt. Die DHS Studie aus dem Jahr 2014-15 hat erfasst, wie viele der Kinder zwischen dem 0. Und 4. Lebensjahr pro Haushalt eine Geburtsurkunde besitzen oder ihre Geburt bei einer Zivilbehörde registrieren ließen. Lediglich 56% der Kinder zwischen 0 und 4 Jahren wurden bei einer Zivilbehörde registriert. Insgesamt besitzen nur 3% der Kinder unter 5 Jahren eine Geburtsurkunde. Es gibt dabei keine Unterschiede zwischen ländlichen und städtischen Regionen, allerdings zwischen den ärmeren und reicheren Teilen der Bevölkerung. Kinder aus ärmeren Haushalten sind nur zu 43% registriert, hingegen Kinder aus einkommensstärkeren Haushalten zwischen 53% und 66%. 46% der Ruander sind im Besitz eines eigenen Bankkontos. Ein Blick auf den Bildungssektor ist aufschlussreich: 19% der Frauen und 13% der Männer zwischen 15-49 haben keine Schulbildung. Auch hier lässt sich ein Unterschied zwischen den

ländlichen und städtischen Regionen feststellen: In den ländlichen Regionen haben 14% der Frauen und 10% der Männer keine Schulbildung, hingegen in den städtischen Gebieten 5% der Frauen und 4% der Männer (DHS 2016: 13, 16, 15, 27, 30, 35, 38). Laut UN Data lag die Fertilitätsrate in den Jahren 1985-1990 pro Frau bei 7,8 Kinder. Bereits in den Jahren 1990-1995 lag sie bei 6,554 Kinder pro Frau. Der Abwärtstrend zeichnet sich weiter ab, sodass in den Jahren 2000-2005 die Fertilitätsrate bei 5,4 Kindern pro Frau lag und in den Jahren 2015-2020 prognostisch bei 4,1 Kindern pro Frau (UN Data 2019). Obwohl ein Großteil der ruandischen Bevölkerung im Besitz eines Mobiltelefons ist und nur 12% der ruandischen Bevölkerung keine Schulbildung haben, wurden lediglich 56% der Kinder registriert. Trotz Fortschritt in technologischen Gebieten sind grundlegende administrative Abläufe nicht im gesellschaftliche Leben verankert. Das kann als Ausdruck massiver administrativer Schwierigkeiten oder des Versagens von Sensibilisierungsmaßnahmen, trotz technischem Fortschritt, verstanden werden. Gleichzeitig demonstrieren diese Angaben großes Potenzial, da aufgrund der starken Mobiltelefonnutzung verstärkt e-Lösungen zum Einsatz kommen können.

Im Jahr 1990 lag die HIV-Prävalenz bei 4,4%, ein drastischer Anstieg auf 5,2% war für das Jahr 2000 festzustellen – nicht zuletzt eine Folge des Genozids. Danach zeigt sich ein Abwärtstrend, sodass im Jahr 2018 die HIV-Prävalenz auf 2,5% sank (World Bank 2019d). Dabei liegt die HIV-Prävalenz in urbanen Gebieten bei 6%, im Gegensatz zu den ländlichen Gebieten mit 2%. Die höchste HIV-Prävalenzrate ist bei Frauen zwischen 40-44 Jahren mit 8% und bei Männern zwischen 45-49 Jahren mit 9%. Die HIV-Prävalenz ist hoch bei der Personengruppe der verwitweten, getrenntlebenden und geschiedenen Frauen. 14% der Witwen sind HIV-positiv, hingegen weniger als 1% der Kinder zwischen 0-14 Jahren (DHS 2016: 225). Auch wenn die HIV-Prävalenz in den vergangenen Jahren sank, ist weiterhin ein Teil der ruandischen Bevölkerung mit dem HI-Virus infiziert und benötigt eine kontinuierliche medizinische Betreuung.

Abgeleitet von der „*Vision 2020*“ (siehe Kapitel 2.4) ist die CBHI ein wichtiges und notwendiges Instrument zur Umsetzung der Entwicklungsorientierung der ruandischen Regierung. Sie zielt auf Armutsreduktion ab und wollte gleichzeitig den Millennium Development Goals (MDGs) aus dem Jahr 2000 gerecht werden. Im Anschluss an die MDGs wurden die Sustainable Development Goals entwickelt, die zur Sicherung einer nachhaltigen, ökonomischen und ökologischen wie auch sozialen Entwicklung dienen soll. Die Intention der CBHI ist es, Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu schaffen. Der historische Vergleich zeigt, dass im Jahr 1996 die Nutzungsrate von Gesundheitsdienstleistungen bei jährlich 0,28 Besuchen pro Person lag, die Empfehlung der WHO lag zu diesem Zeitpunkt bei einem Besuch pro Jahr und

pro Person. Im Vergleich dazu stieg die Nutzungsrate der Gesundheitszentren im Jahr 2011-12 mit 1,054 Besuche auf 1,787 Besuche pro Person im Jahr 2013-14. Die Nutzungsrate in den Distriktkrankenhäusern betrug im Jahr 2011-12 0,114 Besuche und stieg im Jahr 2012-13 auf 0,169 Besuche pro Person pro Jahr an, um dann im Jahr 2013-14 auf 0,146 Besuche pro Person pro Jahr zu sinken (The Micro Insurance Academy 2015: 34).

Eine neue bedeutende Entwicklung für den Gesundheitssektor ist die stetige Zunahme von chronischen Erkrankungen, nicht zuletzt diejenigen, die durch Übergewicht entstehen. Diese Krankheiten bringen kontinuierliche medizinische Behandlungen mit sich und verursachen hohe Kosten. Die Diabetesrate lag zu Beginn der Aufzeichnungen im Jahr 1980 bei ca. 1% der Gesamtbevölkerung. Im Jahr 1994 lag sie bereits bei ca. 2,5% und im Jahr 2014 bei knapp 5% (WHO 2016). Ein solch klarer Aufwärtstrend ist ebenfalls bei der Rate der Übergewichtigen festzustellen mit einem Unterschied zwischen Männern und Frauen. Im Jahr 2000 lag sie bei Frauen bei ca. 3% und bei Männern bei ca. 1%. Die Rate nimmt bei den Frauen stärker zu, als bei den Männern. Im Jahr 2015 stieg sie auf ca. 8% an, wohingegen die Rate der übergewichtigen Männer nur auf ca. 3% anstieg. Hoher Blutdruck ist einer der Hauptgründe für Schlaganfälle und Herzinfarkte. Diese Rate zeigt zum jetzigen Zeitpunkt keine signifikanten Geschlechterunterschiede. Lag sie im Jahr 2000 bei ca. 18% Gesamtbevölkerung, lässt sich bereits ein Aufwärtstrend feststellen, da sie im Jahr 2015 bei ca. 21% der Gesamtbevölkerung lag (WHO 2018). Die Gesundheitssituation mit ihren Entwicklungen und Trends zeigt, dass der Bedarf an Gesundheitsdienstleistungen nach wie vor groß ist und kontinuierlich steigt. Um die entstehenden Kosten für die Betroffenen erschwinglicher zu gestalten und somit langfristig Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu ermöglichen, scheint die CBHI unabdingbar.



Tabelle 3: Überblickstabelle

---

**Die wichtigsten Fakten auf einen Blick:**

- Seit den Wahlen 2018 sind 64% der Abgeordneten Frauen und zwei oppositionelle Parteien sind im Parlament vertreten (World Bank 2018a)
- Seit der „Vision 2020“ gab es weitere Entwicklungsstrategien
  - Economic Development and Poverty Reduction Strategy 1 (2008-2012)
  - Economic Development and Poverty Reduction Strategy 2 (2013-2018)
  - National Strategy for Transformation (2018-2024)
  - Vision 2050 (World Bank 2018a)
- 19% der Frauen und 13% der Männer zwischen 15-49 Jahren haben keine Schulbildung (DHS 2014-15) (DHS 2016: 16)
- Anstieg der Nutzungsrate der Gesundheitszentren von 1,054 Besuche im Jahr 2011-12 auf 1,787 Besuche im Jahr 2013-14 (The Micro Insurance Academy 2015: 34)
- Anstieg der Nutzungsrate der Distriktkrankenhäuser von 0,114 Besuche im Jahr 2011-12 auf 0,146 Besuche im Jahr 2013-14 (The Micro Insurance Academy 2015: 34)

Bevölkerung (2018):	12,38 Mio. Menschen (IMF 2019a)
Durchschn. Haushaltsgröße (2014-15):	4,3 Personen pro Haushalt (DHS 2016: 15)
Fertilitätsrate (2015-2020):	4,1 Kinder pro Frau (UN Data 2019)
HIV-Prävalenz (2016):	3,1% (World Bank 2019d)

---

Hier ist der Blick auf die Versicherungsquote der ruandische Krankenversicherung und im Speziellen der CBHI unverzichtbar. Die aufschlussreichsten Daten liefern dazu die Demographic Health Surveys (DHS) aus den Jahren 2010 und 2014-15 sowie ein Bericht des Ministry of Health (MOH) aus dem Jahr 2010. Viele frei verfügbare Angaben zur Krankenversicherungsquote verweisen nicht auf ihre Ursprungsquelle oder machen ihre Herkunft auf andere Weise deutlich. Die genannten und verwendeten Berichte sind von der ruandischen Regierung verfasst und präsentieren eigens dafür erhobene Daten, weshalb sie als Grundlage für die folgende Argumentation zu Grunde gelegt wurden.

Das MOH berichtet, dass im Jahr 2003 nur 7% der Bevölkerung durch die CBHI abgedeckt waren. Im Jahr 2005 waren es bereits 44% und im Jahr 2009 86% (MOH 2010: 6). Da der Bericht im Jahr 2010 veröffentlicht wurde und kein weiterer Bericht des MOHs zur Versicherungsquote der CBHI oder der Krankenversicherungsrate im Allgemeinen zu finden war, wurde auf DHS-Berichte zurückgegriffen. DHS veröffentlichte, dass im Jahr 2010 78% der ruandischen Haushalte eine Form der Krankenversicherung hatten. An dieser Stelle ist nicht unterschieden worden zwischen einem Versicherungsschutz durch die CBHI, RAMA, MMI oder einer privaten Krankenversicherung (DHS 2012: 31). Der DHS Bericht aus dem Jahr 2014-15 ist noch ungenauer: Demnach haben im Berichterstattungsjahr 79% der ruandischen Haushalte

mindestens ein krankenversichertes Familienmitglied (DHS 2016: 30). Auch hier ist nicht genauer definiert, um welche Form des Krankenversicherungsschutzes es sich handelt. Im Vergleich zum DHS-Bericht aus dem Jahr 2010 wird gesagt, dass mindestens eine Person und nicht ein vollständiger Haushalt eine Form der Krankenversicherung haben. Da die DHS-Daten in einem fünfjährigen Rhythmus erhoben werden, lassen sich zum weiteren Verlauf der Krankenversicherungsquote darüber hinaus keine weiteren Aussagen machen. Ein klarer Aufwärts- oder Abwärtstrend der Krankenversicherungsquote lässt sich nicht erkennen, da der Anteil an RAMA, MMI und privaten Versicherungen nicht voneinander unterscheidbar ist. Ein stichhaltiger Vergleich zwischen den einzelnen Jahren ist auf Grund der unterschiedlichen Parameter nicht möglich. Der Vergleich zeigt insgesamt den problematischen Umgang mit den offiziellen ruandischen Zahlen in Hinblick auf die Krankenversicherungsquote und besonders im Hinblick auf die CBHI. Ein ausgesprochen kritischer Umgang mit dem Zahlenmaterial erscheint unverzichtbar.

Die angeführten Zahlen sind besonders vor dem Hintergrund der aktuellen und schon seit Jahren anhaltenden wissenschaftlichen Debatte über die ruandischen Armutsstatistiken brisant. Die Stichhaltigkeit solcher Zahlen muss kritisch betrachtet werden. Die Debatte wurde bereits anlässlich der Veröffentlichung der Armutsstatistik im Jahr 2015 entfacht und gewann im Sommer 2019 durch den Artikel „*Rwanda: where even poverty data must toe Kagame's line*“ der Financial Times medial starken Aufwind. Doch was genau ist ihr Gegenstand? Seit der Präsidentschaft von Paul Kagame im Jahr 2000 ist das ruandische BIP jährlich um 7% gewachsen, die Kindersterblichkeitsrate hat sich halbiert und der Zugang zu Bildung und Gesundheit laut ruandischen Statistiken stark verbessert. Diese Faktoren führten und führen dazu, dass Ruanda ein „Donordarling“ innerhalb der weltweiten EZ wurde. Seit dem Genozid hat allein die Weltbank über 4 US\$ Milliarden für die Sektoren Bildung, Gesundheit und Landwirtschaft bereitgestellt (Financial Times 2019a).

Das stetige und starke BIP-Wachstum weckte die Neugier und das Interesse nicht nur bei Gebern, sondern auch bei Wissenschaftlern und Kritikern. Der im Jahr 2015 veröffentlichte Bericht „*Resultats of Integrated Household Living Conditions Survey*“ führt aus, dass der Anteil der Ruander, die unterhalb der Armutsgrenze leben, von 45% im Jahr 2010 auf 39% im Jahr 2014 fiel. Im Anschluss daran vertritt Filip Reyntjens in seinem Artikel „*Reduction of poverty and inequality, the Rwandan way. And the aid community loves it.*“ aus dem Jahr 2015 die Ansicht, dass der vorgebliche Rückgang der Armutsquote künstlich, d.h. allein aufgrund der angewandten statistischen Methode, hervorgerufen wurde. Dabei weist er darauf hin, dass das

National Institute of Statistics of Rwanda (NISR) die zu erhebenden Parameter auswechselte. Zuvor wurde als Parameter der „durchschnittliche“ Konsum der armen Ruander mit normalen Nahrungsmitteln (alle Lebensmittel, einschließlich Obst und Gemüse) angewendet. Für den Bericht im Jahr 2015 wurde ausschließlich die Verwendung hochkalorischer und sehr billiger Nahrungsmittel als Parameter verwendet (das entspricht nur den günstigsten Nahrungsmitteln) (Reyntjens 2015: 1-3). Konsequenterweise können sich nun anscheinend mehr Menschen Nahrungsmittel leisten und weniger Menschen fallen unter die neu definierte Armutsgrenze. Ein Wechsel des Parameters ist an sich nicht problematisch, da die Bestimmung der Armutsgrenze immer einer Form der Willkür unterliegt. Das Problem an sich besteht in der dadurch fehlenden Vergleichbarkeit. Die Jahre zuvor können nicht mit dem Erhebungszeitraum 2014 und den weiteren Jahren verglichen werden. Dem entgegenzusetzen ist, dass aus ökonomischer Sicht die Subjektivität der Annahmen bzgl. der Schätzung und Vergleiche von Armutsniveaus in jedem Fall eine gut begründete endgültige Schlussfolgerung äußerst schwer macht.

Diese Änderung der Parameter hatte ebenfalls Auswirkungen auf die Zusammenarbeit mit den von Ruanda beauftragten internationalen Beratern. Die in Großbritannien angesiedelte Consulting Oxford Policy Management (OPM) wurde vom NISR beauftragt, an der Armutstatistik für das Jahr 2015 (wie in den Jahren zuvor) mitzuwirken. Dabei stellte OPM fest, dass die Armutsrate im Jahr 2015 um mindestens 6% anstieg, was als Ergebnis von Seiten der ruandischen Regierung abgelehnt wurde. Die Methode zur statistischen Bestimmung der Armutsrate wurde über einen längeren Zeitraum ergebnislos von der ruandischen Regierung und OPM diskutiert mit dem Ergebnis, dass OPM seinen Vertrag schließlich beendete und den Abschlussbericht nicht unterzeichnete (Financial Times 2019a).

Die erneute Aufarbeitung durch die Financial Times rückte die Ereignisse des Jahres 2015 wieder in den wissenschaftlichen und medialen Mittelpunkt, indem sie die Fragwürdigkeit der ruandischen Statistiken behandelte. Insgesamt lässt die Diskussion bezüglich der Echtheit ruandischer Statistiken das ruandische Wirtschaftswunder wie auch die Integrität der Beziehungen Ruandas zu seinen Gebern als fragwürdig erscheinen. Trotz der Tumulte um die Statistiken bleibt die Weltbank auf Seiten Ruandas. Im Jahr 2016 überarbeitete Ruanda seine Analyse auf Grund der weltweiten wissenschaftlichen Diskussionen. Die Weltbank veröffentlichte im Jahr 2017 ihren Beitrag zu der Debatte (Financial Times 2019a) und meldete sich ebenfalls in der Financial Times im August 2019 zu Wort. Die starke Unterstützung seitens der Weltbank bei der Festlegung der Parameter sowie der Erhebungsmethode wurde hervorgehoben und auf das Working Paper „*Revisiting the Poverty Trend in Rwanda: 2010/11 to 2013/14*“ verwiesen

(Financial Times 2019b). In einem Factsheet nimmt die Weltbank eindeutig Stellung, indem sie eine Manipulation der ruandischen Statistiken ausschließt. Gleichzeitig gibt die Weltbank bekannt, dass sie in Zusammenarbeit mit NISR neue Forschungsprojekte im Mai 2019 beginnen wird. Ob diese sich auf die Nutzung wissenschaftlicher Methoden bei der Erhebung von Armut beziehen, wird nicht näher erläutert (World Bank 2019f; World Bank 2019g). Auch auf ruandischer Seite wurde Stellung bezogen: Die ruandische Regierung veröffentlichte auf der Webseite des *Ministry of Finance and Economic Planning* (MINECOFIN) ein Statement, in dem sie auf die Richtigkeit ihrer Statistiken und auf die undurchsichtigen Quellen für den Artikel der Financial Times hinwies (MINECOFIN 2019).

Auch der französische Fernsehsender France24 berichtete über die Auseinandersetzung und versuchte eine Erklärung dafür zu finden, dass westliche Länder nicht stärker auf den Vorwurf reagieren: Großbritannien ist der größte Geber und bereits vor dem Skandal wurde der britischen Regierung vorgeworfen, zu nachsichtig mit der Regierung Kagames zu sein. Auch Großbritannien steht Ruanda zur Seite und rechtfertigt die angewandte Rechnungsweise. Dies liegt wohl auch daran, dass sich Ruanda durch den Beitritt zum Commonwealth und die Einführung der englischen Sprache als Amtssprache eng an Großbritannien gebunden hat. Gleichzeitig ist es für Großbritannien wichtig und hilfreich, dass Ruanda gute Statistiken vorzuweisen hat, damit „nachgewiesen“ ist, dass englische Entwicklungshilfe erfolgreich ist (France24 2019).

Die geschilderte Debatte stellt ein weiteres Mal unter Beweis, dass die Qualität von Statistiken stets kritisch zu hinterfragen ist. Allerdings muss berücksichtigt werden, dass Parameter für Armutsstatistiken unterschiedlich definiert werden und dies zu unterschiedlichen statistischen Interpretationen führen kann. Wie auch die Diskussionen um die ruandischen Statistiken der Krankenversicherung, zeigt diese Debatte die eingeschränkte Beweiskraft von Statistiken.

## **2.2 Die Geschichte des ruandischen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems vor dem Genozid**

Ausgangspunkt bei dem geschichtlichen Rückblick bildet die Kolonialzeit: Ruanda war eine ehemalige deutsche Kolonie von 1897 bis 1916. Die deutsche Kolonie verfolgte eine koloniale Politik des indirekten<sup>6</sup> Regierens, bei der für die ruandische Monarchie ausreichend Spielraum blieb. Die deutsche Kolonie führte die präkoloniale Transformation hinsichtlich einer ausgeprägteren Zentralisation des Landes, des Anschlusses des Hutu-Fürstentums und des

---

<sup>6</sup> Bei einer indirekten Kolonie hat die Kolonialmacht die wirtschaftliche und militärische (Ober-)Herrschaft, allerdings behält sie überwiegend die vorhandenen Organisationsstrukturen bei und arbeitet in Kooperation mit den ansässigen Menschen zusammen (Reyntjens 2018: 517).

Wachstums der Tutsi-Macht fort. Aufgrund der kurzen deutschen Kolonialzeit und seiner nur leichten administrativen Veränderungen wurde die ruandische Gesellschaft nicht grundlegend verändert (Prunier 1995: 25). Anschließend war Ruanda von 1916 bis 1959 eine belgische Kolonie. Die ersten Jahre unter belgischer Kolonialmacht waren von einer „*wait and see*“ Politik geprägt. Erst in den Jahren 1926 bis 1931 kam es zur Umsetzung einer expliziten belgischen Kolonialpolitik. Diese Zeit war geprägt von der Auseinandersetzung mit den vorhandenen schwach ausgeprägten Strukturen der deutschen Administration und der Frage nach der Positionierung von Hutus und Tutsis (Prunier 1995: 26). Unter dem republikanischen Präsidenten Grégoire Kayibanda wurde das Land 1962 unabhängig (Prunier 1995: 54). Bei dem blutigen Militärputsch unter dem Generalmajor Juvénal Habyarimana wurde der amtierende Präsident Kayibanda abgesetzt und die zweite Republik (1973-1994) unter Habyarimana begann (Prunier 1995: 61). Habyarimana war davon überzeugt, dass Ruanda sich aus eigenen Kräften ernähren sollte, wodurch der Import von landwirtschaftlichen Erzeugnissen überflüssig werden würde. Dabei legte Habyarimana seinen Schwerpunkt auf die ruandische Landwirtschaft und auf eine idealisierte Vorstellung des ländlichen und bäuerlichen Lebens und manueller Arbeit. Nach Habyarimana wurde der Wert manueller Arbeit vernachlässigt und nur Hutu Landwirte trugen zu einer guten und produktiven ruandischen Gesellschaft bei. Habyarimana trug mit starkem Einfluss auf die zweite Republik zur Glorifizierung der größten Ethnie – der Hutus – bei (Verwimp 2000: 338f).<sup>7</sup>

Die Diktatur Habyarimanas geriet Mitte der 1980er Jahre ins Wanken, als Ruanda sich einer ernsthaften Wirtschaftskrise stellen musste, die Auswirkungen auf alle sozialen Gruppen hatte. Zunächst betraf die Wirtschaftskrise die ruandische Landwirtschaft mit starken Auswirkungen auf den Finanzsektor. Die landwirtschaftliche Krise war das Ergebnis verschiedenster Faktoren. Dazu zählen die Dürre von 1984, starker Regenfall im Jahr 1987, die Erkrankung vieler Pflanzen im Jahr 1988 und die Auswirkungen des Krieges von 1991 und vor allem des Krieges von 1993 (Willame 1995: 31). Die weitaus gewichtigeren Faktoren waren struktureller Natur: Erosionen, Armut, geringe Anbaufläche für die damalige Bevölkerung verbunden mit einem über Jahre durchgeführten top-down Entwicklungsmodell hatten negative Auswirkungen. Diese Aspekte führten zur Unfähigkeit der ruandischen Landwirtschaft, auf Unvorhersehbares zu reagieren. Hinzukommt Ruandas Exportabhängigkeit mit Fokus auf Kaffee, was das Land anfällig für internationale Preisschwankungen auf dem Kaffeemarkt machte. Anfang der 1990er Jahre

---

<sup>7</sup> Beiden Ethnien Hutus und Tutsis waren offiziell gleichberechtigt und man sprach zu Zeiten Habyarimana von Ruandern und nicht von Tutsis und Hututs. Allerdings wurden Hutus im alltäglichen Leben in Bezug auf Arbeitsstellen, Studienplätzen etc. bevorzugt.

geriet der Kaffeepreis ins Wanken, als die Weltbank das Strukturanpassungsprogramm<sup>8</sup> in Ruanda einführte. Dieses führte dazu, dass die Rohstoffpreise, besonders die des Kaffees, gesenkt wurden und neue Anbieter wie beispielsweise Vietnam auf den Weltmarkt kamen. Dadurch sank der Kaffeepreis. Gleichzeitig wurde der Rwanda-Franc (RWF) geschwächt, wodurch sich die Preise für Importware erhöhten (Uvin 1998: 57f). Ruanda war zu dieser Zeit von starken ethnisch geprägten Differenzen und dem wirtschaftlichen Niedergang gekennzeichnet.

Nach der ruandischen Unabhängigkeit am 01.07.1962 kam es zu einem stetigen Wachstum von kirchlichen Gesundheitseinrichtungen. Der Zugang zu kirchlichen wie auch zu öffentlichen Gesundheitseinrichtungen wurde stark beeinträchtigt durch die geographischen Begebenheiten (schlecht ausgebaute Straßen/Pisten) und die geographische Lage der Einrichtungen auf den einzelnen Hügeln. Eine Studie aus dem Jahr 1983 stellt die medizinische Versorgungssituation in Ruanda dar. Zum Zeitpunkt der Studie hatte Ruanda 4.394 Krankenhausbetten zur Verfügung, von denen 2.304 in staatlicher Hand waren. In den Gesundheitszentren standen noch weitere 3.498 Betten zur Verfügung. Der Hauptanlaufpunkt in Ruanda für die primäre Krankenversorgung waren die Gesundheitszentren. Die Reichweite eines Gesundheitszentrums betrug durchschnittlich 35.000 Einwohner mit einem Radius von 8 bis 10km. Gesundheitszentren waren zuständig für die Diagnostik und Behandlung, die medizinische Versorgung von Mutter und Kind, akute Notfallmedizin, Prävention und – abhängig von der geographischen Lage – für die Familienplanung und Ernährungsschulungen. Die Versorgungsqualität der einzelnen Gesundheitszentren war unterschiedlich und hing von Faktoren wie der Anzahl des verfügbaren medizinischen Fachpersonals und der Versorgung mit Medikamenten und medizinischem Zubehör ab (Government of Rwanda, Centers for Disease Control, USAID-Rwanda, 1983: 23f).

Kirchliche Einrichtungen boten Gesundheitsleistungen im Rahmen der staatlichen vorgegebenen Bedingungen an und standen unter der Aufsicht des Direktors des Gesundheitsministeriums. Im Rahmen der kurativen und präventiven Gesundheitsleistungen spielten private kirchliche Einrichtungen eine wichtige Rolle. Dabei stellte das Gesundheitsministeriums für diese Einrichtungen das benötigte Fachpersonal zur Verfügung, subventionierte 80% der Gehälter einiger Gesundheitsberufe und stellte die benötigten Medikamente bereit. Private kirchliche Einrichtungen zeichneten sich durch relativ hohe finanzielle Ressourcen und die teilweise religiöse Motivation des Gesundheitspersonals aus. Dies führte zu geringerer Korruption in solchen Einrichtungen, besserer Ausstattung und zum Angebot von umfangreicheren

---

<sup>8</sup> Das Strukturanpassungsprogramme wurden von der Weltbank und dem Internationalen Währungsfonds konzipiert, um afrikanische Regierungen zu ermutigen, schwerwiegende ökonomische Strukturreformen durchzuführen, indem sie die Gabe von zinsgünstigen Krediten ermöglichten (IMF 2000).

medizinischen Behandlungen im Vergleich zu den staatlichen Gesundheitseinrichtungen (Government of Rwanda, Centers for Disease Control, USAID-Rwanda 1983: 15f).

Angestoßen durch die politischen Veränderungen gab es ebenfalls im ruandischen Gesundheitssystem einige Veränderungen. Internationale Abkommen und Initiativen haben Ruanda in seinen Entwicklungen im Gesundheitssystem beeinflusst und liefen teilweise parallel ab: Die ruandische Bevölkerung musste seit dem Jahr 1975 für die Gesundheitsdienstleistungen eigenverantwortlich in vollem Umfang aufkommen. Durch die Bereitstellung von ausreichenden finanziellen Mitteln durch externe Geber, wie die Weltbank, konnten Bedürftige davon befreit werden. Anstoß für einen Wechsel in der Gesundheitsfinanzierung im Jahr 1989 war die Bamako-Initiative<sup>9</sup> aus dem Jahr 1985, die auf eine mögliche Kostendeckung abzielt (Schneider et al. 2000: 10). Die Basisgesundheitsversorgung (Primary Health Care), die seit den 1980er Jahren in Ruanda existiert, zielte auf die allgemeine Verbesserung der ruandischen Volksgesundheit ab (Mirasano 1984: 33). Das ruandische Gesundheitswesen in den 1980er Jahren war wie folgt organisiert: Der ruandische Gesundheitssektor setzte sich zusammen aus privaten, kirchlichen und Regierungsinstitutionen. Dabei lag die Planung- und Managementverantwortung bei dem Gesundheitsministerium (Ministry of Health), das in den 1980er Jahren ca. die Hälfte aller Gesundheitseinrichtungen unterhielt. Neben den genannten Institutionen leisteten ebenfalls französische und belgische Entwicklungshilfeorganisationen und philanthropische Organisationen essenzielle Arbeit im Gesundheitssektor (Government of Rwanda, Centers for Disease Control, USAID-Rwanda 1983: 15).

Neben diesen allgemeinen Entwicklungen im Gesundheitssystem kam es bereits im Jahr 1966 zu den ersten Vorläufern einer Krankenversicherung. In der ehemaligen Provinz Kibungu wurde die *Muvandimwe Vereinigung* mit 4.016 Mitgliedern als erster Vorläufer einer ruandischen Krankenversicherung gegründet. Ihre Mitglieder hatten Zugang zu allen Gesundheitseinrichtungen einschließlich der Krankenhäuser in der Provinz Kibungu. Die Kostenerstattung fand auf Basis der einzureichenden Rechnungen statt. Im Jahr 1975 wurde in der ehemaligen Provinz Butare die *Umubano Mu Bantu Vereinigung* mit 460 Mitgliedern gegründet. Aufenthalte im *Centre Hospitalier Universitaire de Butare* (das heutige CHUB) wurden finanziell von dieser Vereinigung abgedeckt. Beide Vereinigungen deckten ebenfalls anfallende Hochzeits- und Bestattungskosten ab (Kalisa et al. 2016: 15). In den folgenden Jahren wurden in einigen

---

<sup>9</sup> Die Bamako-Initiative wurde von der WHO und UNICEF finanziert und im Jahr 1987 von den teilnehmenden afrikanischen Gesundheitsministern angenommen. Auslöser war der meist vorherrschende Ressourcen- und Zubehörmangel in den Gesundheitseinrichtungen, der zu verminderter Effektivität und eingeschränkten Gesundheitsdienstleistungen führte. Ziel der Initiative war Zugang zum Gesundheitswesen, Verfügbarkeit von Medikamenten, gesteigerte Effektivität und Effizienz und Gleichheit im Gesundheitswesen zu schaffen (UNICEF o.J.).

anderen Gebieten des Landes noch weitere Prepayment Schemes<sup>10</sup> eingeführt. Diese waren zuständig für die Erstattung von Medikamenten, Krankentransportkosten, Dienstleistungen in Gesundheitszentren und teilweise für die Erstattung von Krankenhausbehandlungskosten auf Distriktebene. Zu diesen Gebieten gehören Gikore (1986), Rukoma Sake (1987), Murunda (1988), Rukoma (1991), Gakoma (1991) und Kayove (1991). Geleitet wurden diese Prepayment Schemes von kirchlichen Gesundheitsdienstleistern, die mit Hilfe dieses Mechanismus die anfallenden Kosten in ihren religiösen Einrichtungen decken konnten (Kalisa et al. 2016:16). Laut des durchgeführten Experteninterviews existierten weitere Krankenversicherungsvorläufer. Oftmals entstanden diese aus privaten Initiativen heraus und waren geprägt von einer kurzen Lebensdauer. Solche privaten Initiativen, die in ganz Afrika zu finden sind, haben laut einer Studie von Sarah Benett<sup>11</sup> eine max. Überlebensdauer von 3 Jahren (Weltbank, Absatz 27, 33-35).

Mit dem Abschuss der Präsidentenmaschine in der Nacht vom 6. auf den 7. April 1994 begann der 100tägige Völkermord an den Tutsis. Ausgangspunkt für die Beendigung des Genozids war der militärische Sieg am 19. Juli 1994 durch die *Front Patriotique Rwandais* und die anschließende Bildung einer neuen Regierung. Mit dem Ende des Genozids wurden seine Auswirkungen sichtbar: Schätzungen zu Folge verloren ca. 800.000 Menschen ihr Leben, ca. zwei Millionen Menschen wurden vertrieben und über 250.000 Frauen wurden während des Genozids vergewaltigt und mit dem HI-Virus infiziert (Binagwaho et al. 2014: 371). Die internationale Gebergemeinschaft stellte einschneidende Veränderungen im Gesundheitssektor in Folge des Genozids fest, u.a. waren 80% der Gesundheitsfachkräfte bis zum Ende des Genozids umgekommen oder hatten das Land verlassen. Auch wirtschaftlich hatte der Genozid massive Folgen, sodass laut dem Rwanda MINECOFIN in Folge des Genozids 80% der Bevölkerung unter die Armutsschwelle fielen. Die ruandische Wirtschaft wurde ebenfalls stark in Mitleidenschaft gezogen. Durch die materiellen und menschlichen Ausfälle in der Infrastruktur des Regierungsapparates konnten keine Steuern im Jahr des Genozids und im Folgejahr eingenommen werden. Schon vor Beginn des Genozids war das ruandische Gesundheitssystem schwach und mit unzureichenden Ressourcen ausgestattet, kollabierte jedoch endgültig nach dem Genozid (Drobac und Naughton 2014: 58). Der Genozid hatte Ruanda in dieser Zeit zu einem der fragilsten und

---

<sup>10</sup> Eine einheitliche Definition für diesen Begriff ist in der Fachliteratur nicht zu finden. Im Rahmen der Dissertation meint Prepayment Scheme, dass ein Betrag zu einem Zeitpunkt vor der Inanspruchnahme einer Gesundheitsdienstleistung entrichtet wird. Durch diese Zahlung erhält der Beitragszahler eine Krankenversicherung, die die Behandlungskosten deckt.

<sup>11</sup> Bennett, S. (2004). The role of community-based health insurance within the health care financing system: a framework for analysis. *Health policy and planning*, 19(3), S. 147-158.



ärmsten Länder weltweit gemacht. Der Aspekt der politischen Strukturen und ihrer Entwicklung wird in dieser Arbeit nicht weiterverfolgt. Literatur zu diesem Thema kann der Fußnote entnommen werden.<sup>12</sup>

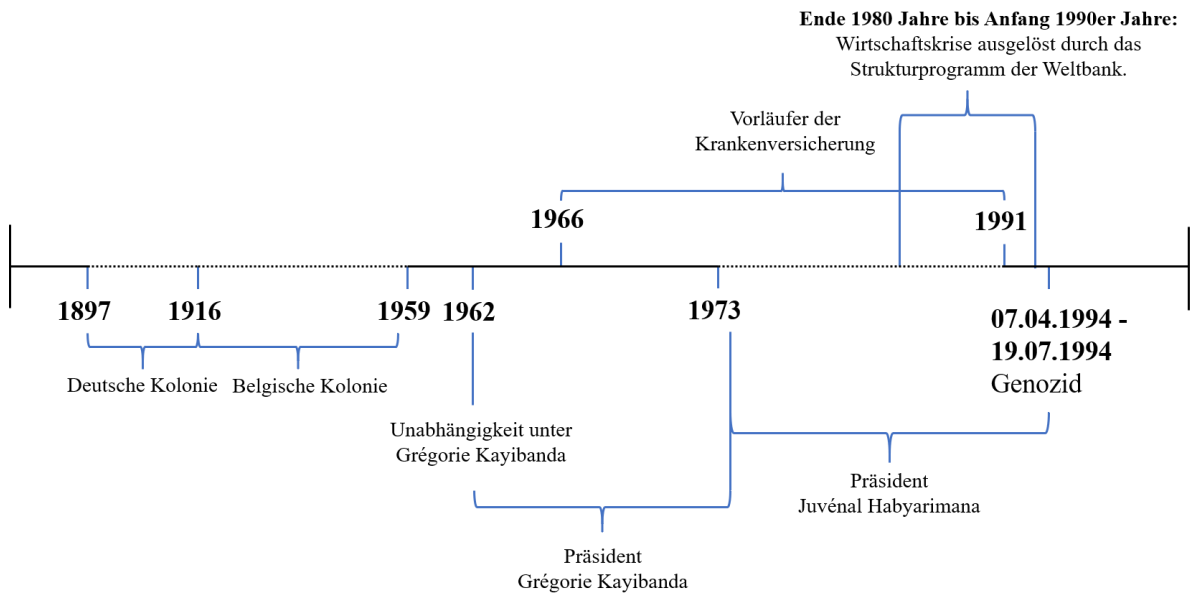


Abbildung 3: Geschichte Ruandas vor dem Genozid

### 2.3 Die Geschichte des ruandischen Gesundheits- und Krankenversicherungssystems nach dem Genozid

Im Anschluss an den Genozid im Jahr 1995 reformierte das MOH beruhend auf der Erklärung von Lusaka seinen Gesundheitssektor. Die Erklärung von Lusaka sah ein dezentrales Management und eine Versorgung auf Distrikt-Ebene vor. Übergeordnetes Ziel war dabei, die Qualität der Gesundheitsversorgung zu steigern und eine zugängliche und erschwingliche Gesundheitsversorgung zu ermöglichen (Government of Rwanda 2005: 8). Bis zum Jahr 1996 kam es zur Wiederherstellung der Gesundheitsstrukturen auf dem Niveau des Jahres 1994. Eine verstärkte hohe finanzielle Unterstützung durch internationale Geber für Ruanda erfolgte direkt nach dem Genozid, wodurch eine Bereitstellung kostenloser Gesundheitsdienstleistungen bis zum Jahr 1996 erreicht werden konnte. Die Reduktion finanzieller Mittel durch die Geber im Jahr 1996 führte zur Beendigung der kostenfreien flächendeckenden Gesundheitsversorgung, die seit dem Genozid bestand. Folglich sank die Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen bis zum Jahr 1999 auf 0,25 Konsultationen pro Jahr und Kopf (Schneider 2005: 1431). Zu den

<sup>12</sup> Da der Schwerpunkt der Dissertation auf der ruandischen Krankenversicherung liegt, kann an dieser Stelle auf Referenzliteratur verwiesen werden, die sich mit dem Thema Ruandas Demokratie und Wirtschaftswachstum auseinandersetzt. Dazu zählt Crisafulli und Redmond (2012), Straus und Waldorf (2011) und Reyntjens (2013).

Kernproblemen des Gesundheitssektors nach dem Genozid zählen Armut und die damit verbundenen geringeren finanziellen Eigenmittel für eine qualitativ angemessene Ernährung, verminderte Qualität und Kostenabdeckung im Gesundheitssektor sowie der Demographie: Durch Zuwanderungen früherer ruandischer Flüchtlinge aus dem Ausland bis zum Jahr 1999 kam es zum Bevölkerungsanstieg auf bis zu ca. 8 Millionen Menschen, was der Bevölkerungsanzahl vor dem Genozid entspricht. Die Probleme des Gesundheitssektors vor dem Genozid bestanden damit in der post-Konfliktphase prinzipiell weiterhin (Schwedersky et al. 2014: 20f). Aufgrund der Reduktion finanzieller Mittel führte das Gesundheitsministerium für öffentliche und religiöse Einrichtungen Beiträge, die denen vor dem Genozid entsprachen, wieder ein (Kalisa et al. 2016: 16).

Ein genaues Ende der Post-Konfliktphase ist nicht eindeutig zu benennen. Eine Verbesserung der Sicherheitssituation erfolgte in Ruanda nach dem Lusaka Abkommen<sup>13</sup> von 1999 und dem Pretoria Abkommen<sup>14</sup> von 2002 und führte letztendlich zu einem stabilen inneren Frieden. Die Politik des neuen Präsidenten Paul Kagame ist geprägt von dem Bestreben nach Überwindung der ethnischen Spaltungen der Gesellschaft und einer Neubildung der ruandischen Gesellschaft (Schwedersky et al. 2014: 21).

Der erste *Health Sector Strategic Plan* (HSSP I) aus dem Jahr 2005 behandelt die geplanten Prioritäten im Gesundheitssektor bis zum Jahr 2009, dazu zählt u.a. die Sicherstellung der Verfügbarkeit von medizinischen Fachpersonal, qualitativ-hochwertigen Medikamenten, Impfstoffen sowie Verbrauchsmaterial und die Erweiterung der geographischen Abdeckung von Gesundheitsdienstleitungen (WHO 2009: 21). Im Anschluss an den HSSP I wurde der *Health Sector Strategic Plan II* (HSSP II) für die Jahre 2009-2012 aufgesetzt. Dieser zielte auf die Verbesserung weiterer Bereiche im Gesundheitswesen ab, der die Bereitstellung von nutzerorientierten Dienstleistungen ermöglichen sollte. Diese Dienstleistungen umfassen die Bereiche Gesundheitsschulungen, Familienplanung, Hygiene und Mutter-Kind-Gesundheit. Insgesamt sollte diese Fokussierung zur Stärkung des Gesundheitssystems beitragen (MOH 2009: 12).

---

<sup>13</sup> Unter Druck der internationalen Gemeinschaft kam es am 19. Juli 1999 zum Lusaka Abkommen, unterzeichnet von L.D. Kabila. Das Lusaka Abkommen zielte auf den innerkongolesischen Dialog, den Abzug von ausländischen militärischen Gruppen und einen Waffenstillstand sowie die Neuaufnahme des Demokratieprozesses ab (Matthiesen & Kalala, 2005).

<sup>14</sup> In dem am 30.07.2002 geschlossenen Abkommen zwischen Ruanda und der DRK verpflichtet sich Ruanda zum Abzug seiner Truppen aus der DRK. Im Gegenzug entwaffnet die DRK Hutu Mitglieder der ehemaligen Streitkräfte und Interahamwe-Milizen und liefert sie im Anschluss Ruanda aus. Des Weiteren liefert die DRK Kriegsverbrecher an das Kriegsverbrecher Tribunal Arusha aus (Konrad Adenauer Stiftung 2002).

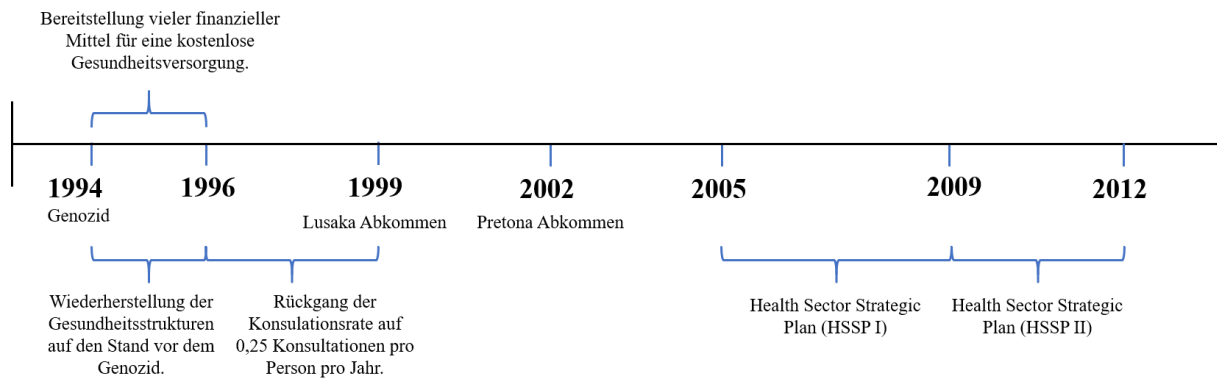


Abbildung 4: Geschichte Ruandas nach dem Genozid

## 2.4 Ruandas Zukunftsvision, die „Vision 2020“

Die Darstellung der ruandischen Entwicklungsorientierung – auch im Gesundheitssektor - ist nicht möglich ohne eine genaue Analyse des bekanntesten Strategieplans der ruandischen Regierung, der „*Vision 2020*“ aus dem Jahr 2000. Dieses Strategiepapier stellt die Hauptprioritäten der ruandischen Regierung und die damit verbundenen geplanten Aktivitäten vor, um Armut und gesellschaftliche Teilung zu überwinden (MINECOFIN 2000: 2f). Das Hauptziel der „*Vision 2020*“ ist eine nachhaltige wirtschaftliche und soziale Entwicklung in Ruanda. Diese basieren auf einem soliden Sozialrisikomanagement und einer effektiven Hilfe für den schwächsten Teil der Bevölkerung, der die wichtigste Zielgruppe der Strategie darstellt (MOH 2010: 7). Es wurden sechs Hauptprioritäten festgelegt, um die Transformation Ruandas von einem low-income zu einem middle-income<sup>15, 16</sup> Land voranzutreiben und die Entwicklung und Stärkung des Privatsektors zu fördern. In der eigenen Bevölkerung sieht die ruandische Regierung die am meisten erfolgversprechende Ressource für den Entwicklungsprozess. Aus diesem Grund will Ruanda seinen Schwerpunkt auf die technologische Entwicklung, Wissenschaft und Information Communication Technology (ICT)-Fähigkeiten legen. Zur Umsetzung der „*Vision 2020*“ wurde der Fokus auf Geschlechtergerechtigkeit, Umwelt und die Verwaltung der natürlichen Ressourcen gelegt (MINECOFIN 2000: 2f). Wirtschaftliches Wachstum allein ist nach Ansicht der ruandischen Regierung unzureichend, um Ruanda zu einem middle-income Land zu transformieren und um die Lebensbedingungen der ruandischen Bevölkerung nachhaltig zu

<sup>15</sup> Die Weltbank unterteilt Länder anhand ihrer Wirtschaften in vier Einkommensgruppen: (1) low, (2) lower-middle, (3) upper-middle und (4) high income Länder. Das BNE per capita in U.S. Dollar bildet die Grundlage, die mit Hilfe der World Bank Atlas Methods von der lokalen Devisen in U.S. Dollar umgerechnet wird. Für das Steuerjahr 2020 zählt zu einem low-income Land, ein Land mit einem BNE von 1025USDollar oder weniger (World Bank o.J.). Ruanda hatte im Jahr 2018 einen BNE von 780USDollar (World Bank 2019 d).

<sup>16</sup> Ein lower-middle Land hat einen BNE von 1026 USDollar- 3995USDollar im Jahr 2020 (World Bank o.J.).

verbessern. Armut und Hunger können nur durch allumfassende Aktivitäten bekämpft werden. Die ruandische Regierung möchte mit folgenden Interventionen die „*Vision 2020*“ umsetzen:

- Die Rekonstruktion einer Nation und die Bildung von sozialem Kapital basierend auf einer guten Regierungsführung, die durch einen leistungsstarken Staat getragen ist
- Die Veränderung des traditionellen Landwirtschaftssektors hin zu einer produktiven, marktorientierten Landwirtschaft, die sich mit anderen Sektoren verbindet
- Die Entwicklung eines effektiven Privatsektors, geprägt durch Wettbewerbsorientierung und Entrepreneurship
- Die Stärkung und Entwicklung folgender Sektoren: Bildung, Gesundheit und ICT-Fähigkeiten im öffentlichen und privaten Sektor und in der Zivilbevölkerung
- Ausbau der Infrastruktur
- Förderung von regionaler und internationaler Wirtschaftsintegration und Kooperation (MINECOFIN 2000: 6f)

Mittel zur Zielerreichung ist u.a. die Entwicklung eines proaktiven und erfolgreichen Gesundheitssystems, das in seinen Leistungen die Bedürfnisse der Bevölkerung widerspiegelt und dynamisch auf die Veränderungen der Bedürfnisse eingeht. Der Ausgangspunkt für diese Überlegung ist die Interdependenz zwischen Gesundheit und Armut. Grund für diese Annahme ist, dass Krankheit als einer der größten Risikofaktoren für Armut gesehen werden. Gleichzeitig kann Armut zu vielen Gesundheitsproblemen führen. Das Vorhandensein einer Krankenversicherung kann bei der Lösung dieses Problems entscheidend sein. Durch Krankenversicherung kann eine Absicherung gegen soziale, finanzielle und gesundheitliche Risiken geschaffen werden, die im Kampf gegen Armut unverzichtbar ist. Des Weiteren wird die Steigerung der gesellschaftlichen Wohlfahrt durch eine Produktionssteigerung und die Armutsreduktion im Rahmen einer Politik guter Regierungsführung beabsichtigt (MOH 2010: 7).

Der Teilaspekt Gesundheit im Rahmen der „*Vision 2020*“ ist wichtig. Ruanda sieht in dem Aufbau ausgeprägter Wohlfahrtsstrukturen und den Verbesserungen in den Sektoren Bildung und Gesundheit die Grundlage für die Schaffung einer produktiven und effizienten Arbeiterschaft. Das ist die Voraussetzung, um eine Wirtschaft auf der Grundlage hochqualifizierter Arbeitskraft zu werden und ein langfristiges und nachhaltiges Wirtschaftswachstum anzuregen. Schwerwiegende ruandische Probleme sind die demographische Tendenz zur Zeit der Strategieentwicklung (1998-1999), die geringen natürlichen Ressourcen und die daraus resultierende Armut. Die steigende demographische Tendenz ist die Folge einer hohen Fertilitätsrate, einer pro-Kinder-Kultur, einer geringen Kindersterblichkeits- und einer niedrigen generellen

Mortalitätsrate. Ein weiteres Problem im Gesundheitssektor ist zur Zeit der Strategieentwicklung die hohe HIV-/Aids-Rate. Eine Verbesserung der Situation im Gesundheitssektor kann nur erfolgen, sofern sich die Interventionen an den ärmsten Teil der ruandischen Bevölkerung richten. Gleichzeitig muss der Gesundheitszugang verbessert werden, die Qualität von Gesundheitsdienstleistungen muss steigen und die Kosten im Gesundheitswesen müssen reduziert werden. Wichtige Themen sind hierbei noch Familienplanung im Hinblick auf die Reduktion der Geburtenrate und die HIV-/Aids-Prävalenz (MINECOFIN 2000: 15f). Auffallend bei der überarbeiteten Version der „*Vision 2020*“ ist die erneut fehlende exakte Benennung einer flächendeckenden Krankenversicherung als Entwicklungsziel und das besonders vor dem Hintergrund, dass zwischen der ersten Version der „*Vision 2020*“ und der überarbeiteten Version bereits die Pilot- und Rolloutphase der CBHI stattfand (siehe Kapitel 2.4). Davon ausgehend hätten in der überarbeiteten Version die Entwicklung, ihre Auswirkungen und das Verbesserungspotenzial der CBHI präsent sein können. Tatsächlich wird lediglich gesagt, dass der verbesserte finanzielle und geographische Zugang zur Gesundheitsversorgung für den ärmsten Teil der Bevölkerung weiterhin verstärkt im Fokus der ruandischen Politik steht (MINECOFIN 2012: 11f).

Im Jahr 2012 hat die ruandische Regierung eine überarbeitete Form der „*Vision 2020*“ vorgelegt. Dabei sollte überprüft werden, inwiefern die angesetzten Punkte bis dato umgesetzt werden konnten. Die Übereinstimmung der gesetzten Ziele mit den Bedürfnissen der Bevölkerung und dem ruandischen Entwicklungsbestreben waren ebenfalls Gegenstand der Überprüfung. Mit dem Ziel, Ruanda zu einem middle-income Land zu transformieren, musste es zur Steigerung des BIP per capita von US\$ 900 von der ersten Version zu US\$ 1240 kommen, da die momentane untere Grenze für ein low-income Land bei US\$ 1006 lag. Durch die Erhöhung sollte die Grenze überschritten werden. Des Weiteren kam es zur Anpassung der „*Vision 2020*“ an die Ziele des Seven Year Government Program (7YGP). In der „*Vision 2020*“ wurde der Prozentsatz der Bevölkerung, die sich unterhalb der Armutsgrenze befinden auf 30% festgelegt. In Anlehnung an 7YGP wurde für die überarbeitete Form der *Vision 2020* der Prozentsatz auf 20% gesenkt. Im Gegensatz dazu wurde der Prozentsatz des Zugangs zu Elektrizität von 35% in der ersten „*Vision 2020*“ in Anlehnung an 7YGP auf 70% für die überarbeitete Version der „*Vision 2020*“ erhöht. In der überarbeiteten Form der „*Vision 2020*“ soll es nun verstärkt um Klimawandel, Regierung, ICT und regionale Integration gehen. Aus der „*Vision 2020*“ aus dem Jahr 2000 konnten bereits 12 der 47 Indikatoren erreicht werden, weitere 16 Indikatoren sind auf dem Weg. Zu ihnen zählen die Kindersterblichkeitsrate, die jährliche BIP-Wachstumsrate und die Durchgangsrate für weiterführende Schulen (MINECOFIN 2012: 1f). In der überarbeiteten Form der „*Vision 2020*“ sollte der Bereich Gesundheit in den Mittelpunkt rücken.

Seit dem Jahr 2000 wuchs die Bevölkerung von 8 Mio. auf 10,8 Mio. Menschen im Jahr 2010. Die wachsende Bevölkerung sieht Ruanda als Basis für seine zukünftige Entwicklung. Dennoch strebt Ruanda eine Reduktion der Fertilitätsrate von 4,6 Kinder im Jahr 2011 auf 3 Kinder im Jahr 2020 an. Somit würde das Bevölkerungswachstum von 3% im Jahr 2000 auf 2,2% im Jahr 2020 sinken. In der überarbeiteten „*Vision 2020*“ wurde die gesunkene HIV-Rate hervorgehoben, die von 13% im Jahr 2000 auf 3% im Jahr 2011 gesunken ist, jedoch auf die weiterhin bestehende Problematik der Mangelernährung und den Anstieg der nicht übertragbaren Krankheiten hingewiesen. Aus diesem Grund soll in den folgenden Jahren verstärkt der Schwerpunkt auf diese beiden Aspekte gelegt werden (MINECOFIN 2012: 11f).

Auffallend bei der überarbeiteten Version der „*Vision 2020*“ ist die erneute fehlende exakte Benennung einer flächendeckenden Krankenversicherung als Entwicklungsziel und das besonders vor dem Hintergrund, dass zwischen der ersten Version der „*Vision 2020*“ und der überarbeiteten Version bereits die Pilot- und Rolloutphase der CBHI stattfand. Davon ausgehend hätten in der überarbeiteten Version die Entwicklung, ihre Auswirkungen und das Verbesserungspotenzial der CBHI präsent sein können. Tatsächlich wird aber lediglich gesagt, dass der verbesserte finanzielle und geographische Zugang zur Gesundheitsversorgung für den ärmste Teil der Bevölkerung weiterhin verstärkt im Fokus der ruandischen Politik steht (MINECOFIN 2012: 11f).

## **2.5 Die Entstehung der Community Based Health Insurance**

Aus den Entwicklungen im Bereich Gesundheit und im Gesundheitssektor der vergangenen Jahrzehnte und dem Strategiepapier „*Vision 2020*“ kommt man nicht umhin zu fragen, wie sich die flächendeckende ruandische Krankenversicherung entwickelt hat. Die Verbindung aus der „*Vision 2020*“, der steigenden Armutsrate, der steigenden finanziellen Belastung durch übertragbare Krankheiten, die sinkenden finanziellen Mittel durch externe Geber und die sinkende Konsultationsrate führten zur Idee einer flächendeckenden Krankenversicherung in Ruanda. Zunächst kam es zu einer Testphase der sogenannten *Community Based Health Insurance* (CBHI). Diese fand in drei Distrikten Ruandas statt und wurde initiiert durch das ruandische MOH mithilfe von *United States Agency for International Development* (USAID). Ziel war es, durch die CBHI für große Teile der Bevölkerung einen finanzierbaren Zugang zu Gesundheitseinrichtungen und gleichzeitig zusätzliche Einnahmeressourcen für die Gesundheitseinrichtungen zu schaffen. Wichtig war hierbei für das Gesundheitsministerium und USAID außerdem die Einbeziehung der Gemeinde in die Entwicklung und das Management der CBHI (Kalisa et al. 2016: 17).

Für die Auswahl der drei Pilotdistrikte hat sich das Gesundheitsministerium u.a. an den folgenden Daten orientiert: Haushaltseinkommen, Ausgabeverhalten der Gesamtbevölkerung, die vorhandenen Gesundheitsinfrastrukturen in den einzelnen Distrikten und die Bereitschaft der Distriktautoritäten, Teil des Pilotprojektes zu sein. Daraus ergaben sich die Distrikte Byumba, Kabutare und Kabgayi. Die zwei Kontrolldistrikte waren Bugesera und Kibungo. Während der Pilotphase zahlte ein Haushalt bestehend aus max. sieben Personen einen jährlichen Betrag von 2.500 RWF als Krankenversicherungsbeitrag, was zu diesem Zeitpunkt 8% des jährlichen Einkommens war (ausgehend von einem durchschnittlichen Einkommen von 94 US\$ in ländlichen Gebieten). Zusätzlich sollte es Zuzahlungen in Höhe von 100 RWF pro Besuch in einem Gesundheitszentrum geben. Die Idee hinter der Zuzahlung war die Vermeidung eines Moral Hazard (siehe Kapitel 1.1) Verhaltens. Ausgenommen waren Patienten, die von einem Gesundheitszentrum in ein Krankenhaus verlegt wurden. Schon in dieser frühen Phase und trotz des geringen Beitrags stellte sich heraus, dass dieser Beitrag nicht von allen Familien bezahlt werden konnte. Aus diesem Grund konnte jeder der drei Distrikte 5% der Bedürftigsten eine freie Krankenversicherung ermöglichen. Häufig kamen für weitere Bedürftige, Waisen und Witwen NGOs wie beispielsweise Caritas auf, die vor der Pilotphase die Behandlungskosten der Bedürftigen übernommen hatten. In dieser Testphase gab es zwei weitere Möglichkeiten, den Beitrag für die Krankenversicherung zu sparen: Einerseits konnten die Familien einen kleinen Kredit bei der *Banque populaire de Rwanda* zu fairen Bedingungen aufnehmen, um die Beiträge zeitgerecht zu zahlen und Zugang zu den Gesundheitsdienstleistungen zu bekommen. Andererseits konnten sich mehrere Familien zum kollektiven Sparen in *Tontines* (siehe Kapitel 4.4) zusammenschließen. Die Leistungen in allen drei Distrikten war gleich: Nach einer einmonatigen Wartezeit hatten alle Versicherten Zugang zu Gesundheitsleistungen und Medikamenten. Die Medikamente wurden von regierungsverbundenen Gesundheitseinrichtungen zur Verfügung gestellt. Hinzu kamen Krankentransporte zu einem Distriktkrankenhaus und begrenzte Leistungen in einem Distriktkrankenhaus. In Kabgayi gehörten zu diesen Leistungen Kaiserschnitte, nicht operative Pädiatrie und Malariabehandlungen. In Kabutare und Byumba gehörten dazu Übernachtungsaufenthalte im Distriktkrankenhaus, Kaiserschnitte und Behandlungen durch einen Arzt statt durch eine Krankenschwester (Kalisa et al. 2016: 17-20).

Im Anschluss an die Pilotphase wurde im Jahr 2000 eine Befragung von 2518 Haushalten aus allen drei Distrikten durch das *Rwandan National Population Office* durchgeführt. Die Studie hat u.a. gezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, sich krankenzuversichern, in allen Gesellschaftsschichten, Haushaltsgrößen, Bildungsschichten und Wohnsituationen gleich war. Jedoch stellte heraus, dass in den Distrikten Kabgayi und Byumba die Bewohner eine höhere Bereitschaft

zeigten, sich zu versichern, als in Kabutare. In Kabgayi und Byumba wurden mediale Aufklärungskampagnen durchgeführt, während in Kabutare gänzlich auf sie verzichtet wurde. Hinzu kommt, dass die Nutzung von Gesundheitseinrichtungen von ihrer geographischen Lage und dem individuellen Gesundheitsstatus der Patienten abhängig war. Faktoren wie Alter, Geschlecht oder Einkommen hatten keinen Einfluss. Die Studie zeigte, dass die Zugänglichkeit zu Gesundheitseinrichtungen für Frauen, Kinder und arme Menschen verbessert wurde. Der Bevölkerungsanteil aus dem untersten Einkommensquartil hatte nach wie vor auf Grund der Beitragshöhe nur begrenzten Zugang zu Gesundheitseinrichtungen (Kalisa et al. 2016: 24).

Ausgehend von der Pilotphase kam es zwischen den Jahren 2004 bis 2010 zur Ausweitung der CBHI und ihre Institutionalisierung in allen 30 Distrikten des Landes. Im Jahr 2001 wurden 10 weitere CBHI-Filialen in dem ehemaligen Distrikt der Bugesera und weitere 10 in Ruli und weiteren Provinzen eingeführt. Im Jahr 2003 gab es 88 Sektionen/CBHI-Filialen, die meist dem Vorbild der Pilotstudie folgten. Im Jahr 2004 entwickelte die ruandische Regierung eine nationale Richtlinie zur Entwicklung einer landesweiten CBHI. Die Intention dabei war es, für den informellen Sektor und die ländliche Bevölkerung Zugang zu Gesundheitseinrichtungen zu schaffen. Die landesweiten Variationen der CBHI wurden im Jahr 2006 vereinheitlicht. Im gleichen Jahr entschied die ruandische Regierung, die Krankenversicherung als Pflichtversicherung für die gesamte ruandische Bevölkerung einzuführen. Dadurch sollte Adverse Selection vermieden und Risikoaufteilung bewirkt werden. Ein großes Problem in dieser Zeit waren die unterschiedlichen Beiträge (von 3000RWF jährlich pro Familie in ländlichen Gegenden bis zu 11.500 RWF in Kigali jährlich pro Familie). Auch die Höhe der Zuzahlungen variierte von 100 bis zu 300 RWF pro Besuch in einem Gesundheitszentrum und 10% bis 15% der Krankenhausrechnung. Im September 2006 wurde von der Regierung festgelegt, dass zum 31. Januar 2007 der jährliche Beitrag pro Familie bei 1000RWF liegt. Die Standardisierung der Zuzahlungen erfolgte ebenfalls zum Januar 2007: Die Zuzahlung beträgt 200 RWF pro Besuch in einem Gesundheitszentrum und 10% der gesamten Krankenhausrechnung. Die Beiträge für die Bedürftigsten sollen durch die Regierung und den Global Fund übernommen werden. Parallel zu den Entwicklungen im Krankenversicherungssystem hat die ruandische Regierung im Jahr 2006 in den öffentlichen Gesundheitseinrichtungen das Performing Based Financing<sup>17</sup> System eingeführt. Beabsichtigt wurde die Steigerung der Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen

---

<sup>17</sup> Performance based financing oder pay-for-performance ist ein anreizorientiertes System, bei dem Gesundheitsdienstleister teilweise oder vollständig auf Grund ihrer erbrachten Leistungen bezahlt werden. Gesundheitsdienstleister sollen durch die Anreize wirtschaftlicher und effektiver arbeiten, wodurch die Qualität im Gesundheitswesen steigen soll (WHO o.J.,a).



durch die gute Performance motivierter Gesundheitsdienstleister. Dabei erhalten Gesundheitsdienstleister einen vorab festgelegten Betrag für eine vorab festgelegte Dienstleistung. Die Einführungsphase fand zwischen den Jahre 2006 und 2008 statt (Kalisa et al. 2016: 25-29).

Die Jahre 2011 bis 2014 waren geprägt von politischen Entscheidungen, die eine universelle Krankenversicherung ermöglichten und die die Managementkapazitäten und die finanzielle Nachhaltigkeit der CBHI stärkten. Die Erfahrungen der ersten Jahre der Krankenversicherung zeigten, dass die Fragen der Fairness bei der Beitragserhebung und Beitragsbemessung eine große Rolle spielen. Gleichzeitig existierten für die Identifizierung von armen Menschen keine einheitlichen Kriterien, was den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen beschränkt. Hinzu kommen u.a. schwache Risikopoolmechanismen, unzureichendes CBHI Personal, begrenzte Managementkapazitäten und intransparentes Verhalten auf verschiedenen Ebenen des Systems. Aus diesem Grund wurde im Jahr 2010 eine Richtlinie formuliert und im Juli 2011 umgesetzt. Diese Richtlinie ermöglichte die Schaffung von Gleichheit zwischen allen Bevölkerungsschichten, sodass der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für alle gewährleistet werden kann. Im Zuge dessen wurde in Anlehnung an das Solidaritätsprinzip beschlossen, dass wohlhabendere Menschen einen höheren Beitrag zu entrichten haben, als ärmere Menschen. Somit kam es zur Einführung des Ubudehe<sup>18</sup>-Systems und zur Einstellung von mehr Personal. Durch das zusätzliche Personal sollte es zur planmäßigen Durchführung von administrativen, technischen und finanziellen Managementaufgaben kommen. Zusätzlich wurde es den Versicherten ermöglicht, in jede Gesundheitseinrichtung zu gehen und nicht wie in der Pilotphase ausschließlich die Gesundheitseinrichtung in dem Distrikt aufsuchen zu können, in dem sie registriert sind oder wohnen (Kalisa et al. 2016: 29-31).

Die Entwicklungen im Gesundheitswesen gehen weiter. Im Jahr 2010 kam es zur Verschmelzung der *Caisse Sociale du Rwanda* (Social Security Fund of Rwanda (CSR)) und der *Rwandaise d'Assurance Maladie* (Rwanda Medical Insurance). Diese beiden Institutionen ergeben zusammen das *Rwanda Social Security Board* (RSSB). Bis zum Jahre 2015 wurde das CBHI vom Gesundheitsministerium geleitet. Ab dem Jahr 2015 wurde die CBHI vom RSSB ausfolgenden Gründen übernommen und geleitet:

- Steigerung der Effektivität durch veränderte Managementstrukturen
- Verbesserung der Finanzverwaltung und Rechenschaftspflicht auf allen Ebenen

---

<sup>18</sup> Unter dem Ubudehe-System ist die Stratifizierung der ruandischen Gesellschaft nach Vermögensverhältnissen zu verstehen. Eine ausführliche Darstellung des Systems ist in Kapitel 4.2 zu lesen.

- Mehr Flexibilität, um auf veränderte Bedürfnisse der Bevölkerung einzugehen (RSSB 2016: 12)

Eines der dieser Arbeit zugrunde gelegten Interviews führt einen weiteren Grund an: Für die nationale Koordinierung war bis zum Jahr 2015 das ruandische Gesundheitsministerium zuständig. Finanzielle und administrative Aufgaben wurden durch die Distrikte koordiniert. Bis zu diesem Zeitpunkt hatte jeder Distrikt seinen eigenen Fonds, lediglich die nationale Koordinierung fand durch das Gesundheitsministerium statt. Hinzukam die Koordinierung der eigenen Gesundheitszentren (durchschnittlich 8-12 pro Distrikt), was ebenfalls eine Aufgabe der Distrikte war. Grund für die Übernahme der CBHI durch die RSSB war ein interner Interessenskonflikt: Das Gesundheitsministerium war für die Politikentwicklung wie auch für die CBHI-Implementierung gleichzeitig zuständig. Somit vertritt das Gesundheitsministerium zwei Seiten: Die des Gesundheitsdienstleisters und die des Anspruchnehmers. Während für den Gesundheitsdienstleister die finanzielle Nachhaltigkeit im Fokus steht, möchte der Dienstleistungsnehmer maximale medizinische Versorgung und Zugänglichkeit, was zum Interessenskonflikt führte. Letztendlich beschloss man daher die folgende Aufgabenteilung: Das MINEC-OFIN ist für die Politikentwicklung, RSSB für die CBHI-Verwaltung und das Gesundheitsministerium für die Bereitstellung der Gesundheitsdienstleistungen zuständig (RSSB#1, Absatz 22).

Durch starke internationale Unterstützung war es Ruanda gelungen, eine CBHI zu implementieren. Während der Pilotphase kennzeichnete ein vereinfachter administrativer Weg und ein simples Beitragssystem den Zugang zur CBHI. In der Ausweitungphase der CBHI auf alle 30 Distrikte kam es zur landesweiten Standardisierung der CBHI mit gleichen Beiträgen zur Vermeidung einer Adverse Selection und zur Risikoaufteilung. Die Veränderung des Beitragssystems und der beaufsichtigenden Institution stellen Reformwillen und gleichzeitig Verbesserungspotenzial unter Beweis. Der geschichtliche Rückblick der CBHI zeigt bereits erste Schwächen der CBHI und gleichfalls starken Willen, bestehende oder auftretende Problematiken zu beseitigen.

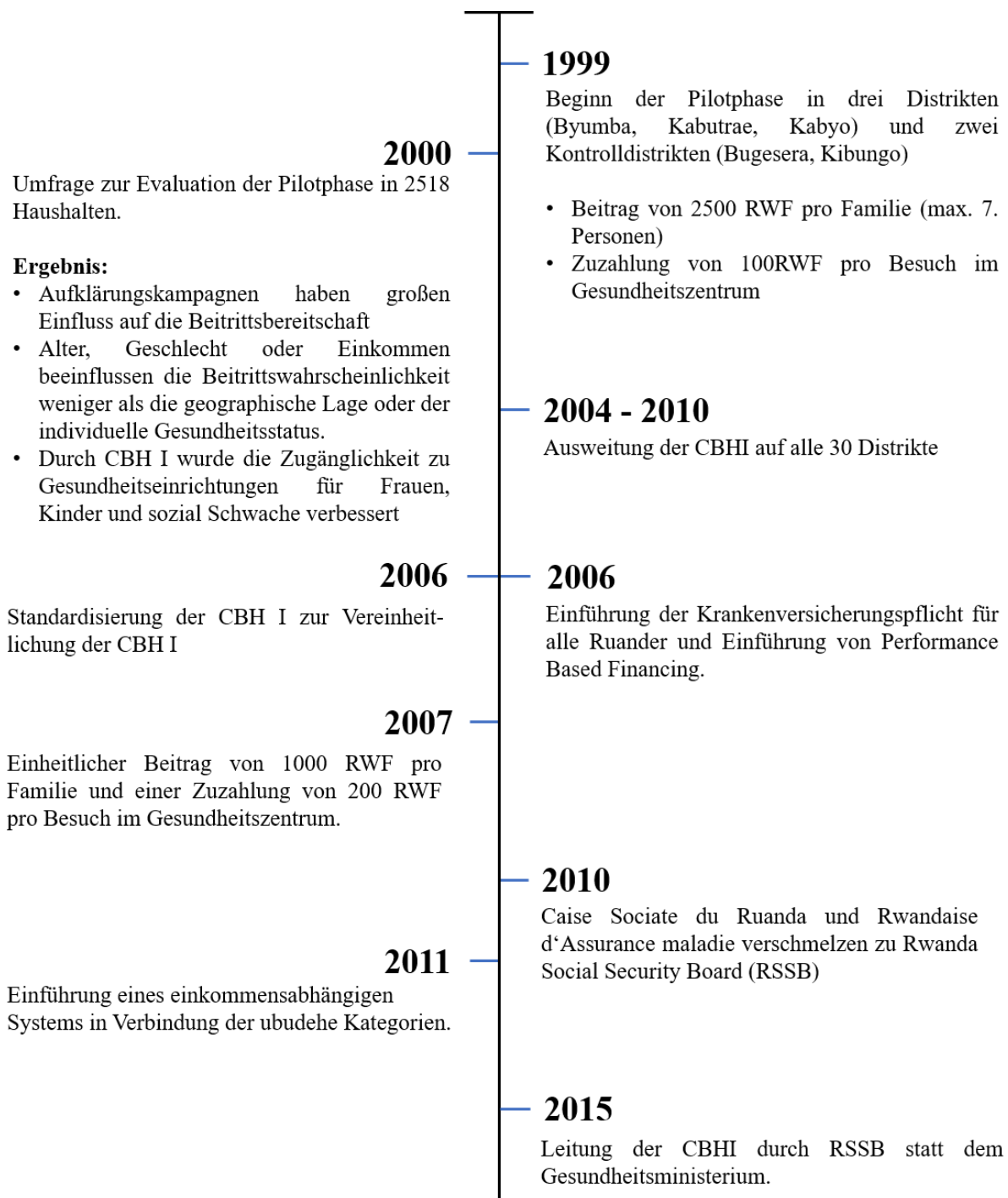


Abbildung 5: Entwicklungen im Gesundheitswesen

## 2.6 Das ruandische Gesundheitssystem und weitere Krankenversicherungstypen

Um ein vollständiges Verständnis für die CBHI gewinnen zu können, muss das ruandische Gesundheitssystem in seiner Komplexität veranschaulicht werden. Im Folgenden soll der Aufbau des ruandischen Gesundheitswesens und weitere Formen der Krankenversicherungen in Ruanda präsentiert werden.

Zunächst werden die ruandischen Gesundheitseinrichtungen in drei Gruppen unterteilt:

1. Öffentlich-staatliche Gesundheitseinrichtungen
2. Öffentliche Gesundheitseinrichtungen in der Hand von NGOs und religiösen Organisationen
3. Private profitorientierte Gesundheitseinrichtungen

Der gesamte Gesundheitssektor mit seinen öffentlichen, privaten und kirchlichen Einrichtungen untersteht dem Gesundheitsministerium. Dabei werden Richtlinien und Normen von staatlichen Sektoren auf kirchliche Gesundheitseinrichtungen übertragen. Schätzungsweise sind 40% aller Gesundheitseinrichtungen in Ruanda kirchlich, zu ihnen gehören hauptsächlich Gesundheitszentren. Die Anzahl privater Einrichtungen auf diesem Gebiet ist relativ gering und hauptsächlich in städtischen Gebieten angesiedelt. Genauere Zahlen sind nicht bekannt. Der vollständige Gesundheitssektor ist nach dem nationalen administrativen Design gegliedert, d.h. man unterteilt in Zentral-, Provinz-, Distrikt-, Sektor- und Zellebene<sup>19</sup>. Auf der Zentralebene legt das ruandische Gesundheitsministerium die strategischen Visionen und das nationale Programm wie auch Normen und Standards der medizinischen Behandlung fest und überwacht die Referenzkrankenhäuser. Auf der Distriktebene findet die Planung, das Management, die Koordination und die Evaluierung der Gesundheitsleistungen auf allen Ebenen bis auf die Zentralebene (z.B. Universitätskrankenhaus) statt. In der Sektorebene sind die Gesundheitszentren, Krankenhausapotheken und die Krankenstationen angesiedelt, die die Gesundheitsdienstleistungen anbieten. Auf der Zellebene arbeiten die Gemeindegesundheitshelfer (GGH) (WHO 2008: 27).

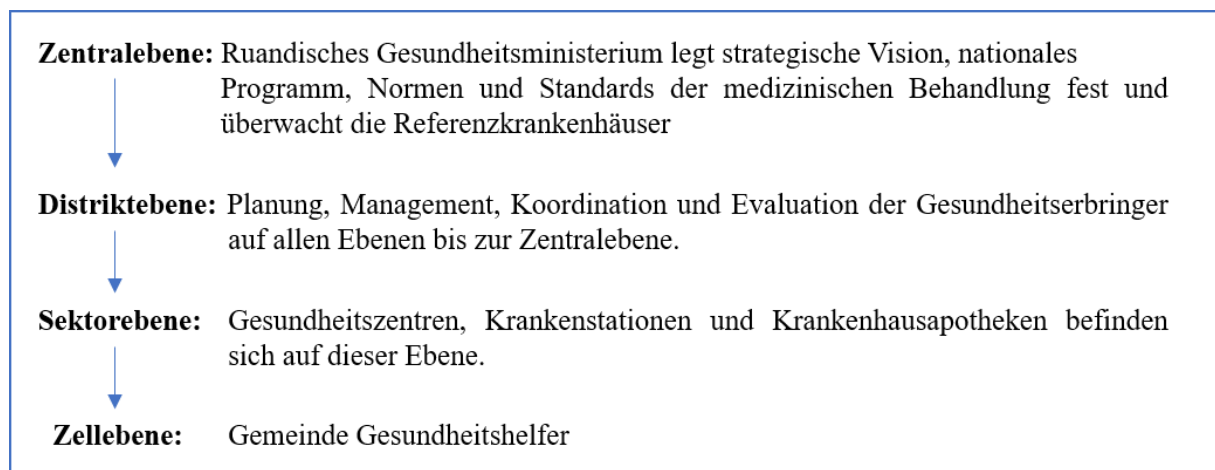


Abbildung 6: Ebenen im Gesundheitswesen

<sup>19</sup> In den englischen Berichten der ruandischen Regierung wird der Begriff Celllevel verwendet. Im Deutschen gibt es kein Äquivalent und wird für diese Forschungsarbeit sinngemäß mit Zelle bzw. Zellebene übersetzt.

Für die Effektivität jeglicher Art von medizinischer Betreuung ist die Entfernung des Patienten vom nächsten Gesundheitszentrum ausschlaggebend. Im Jahr 2008 lebten ca. 75% der Bevölkerung in einem Umkreis von weniger als 5km zu einer Gesundheitseinrichtung und etwas weniger als 85% der Bevölkerung in einem Umkreis von weniger als 15km. Wie wird nun die Gesundheitsversorgung in den Distrikten außerhalb der Gesundheitszentren gewährleistet? Die unterste Basis bilden sogenannte GGH. Nach staatlichen Vorgaben sind immer vier GGH pro Dorf vorgesehen. GGH sind keine Gesundheitsfachkräfte, sie erhalten jedoch kontinuierlich Schulungsmaßnahmen und Supervisionen durch das nationale Gesundheitssystem zur Verbesserung ihrer Arbeitsqualität. In der Regel erhalten GGH kein Gehalt, Anreize bestehen nur durch den Erhalt von Schulungen, eine medizinische Basisausstattung und sozialem Ansehen. In manchen Fällen erhalten GGH durch den Verkauf von Medikamenten finanzielle Unterstützung. Dies ist jedoch nur selten der Fall. Werden Patienten nicht von den GGH aufgesucht, müssen sie zu den Gesundheitszentren oder Krankenstationen gehen. Ist weitere medizinische Hilfe notwendig, so werden sie an das Distriktkrankenhaus verwiesen. Falls nun weitere spezialisierte medizinische Versorgung notwendig ist, wird man anschließend an das Zentralkrankenhaus überwiesen (WHO 2008: 28).

Zugang zu dem beschriebenen Gesundheitssystem kann man durch die CBHI oder durch die eigenständige Kostenübernahme der Behandlungskosten haben. Das folgende Schaubild stellt die unterschiedlichen Versicherungsformen dar, die anschließend ausführlich dargelegt werden.

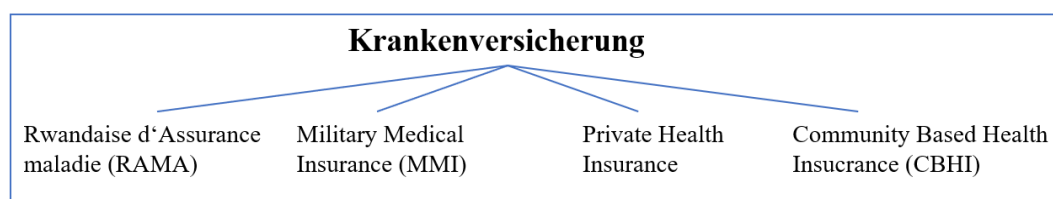


Abbildung 7: Krankenversicherungen in Ruanda

Als Parallelentwicklung zur CBHI hat die ruandische Regierung eine eigene Krankenversicherung für seine Staatsangestellten im Jahr 2001, der sogenannten *Rwandaise d'assurance maladie* (RAMA), eingeführt. RAMA ist eine halbstaatliche Organisation, die als eine juristisch eigenständige Einheit mit eigener administrativer und finanzieller Autonomie ausgestattet ist. Zunächst unterstand die RAMA der Aufsicht des Ministry of Charge of Public Administration. Aufgrund finanzieller Sparmaßnahmen und der Bedeutung der RAMA für die nationale Wirtschaft unterstand anschließend RAMA dem MINECOFIN. RAMA stellt eine

Krankenversicherung und Gesundheitsdienstleistungen für den ganzen öffentlichen Sektor (mit Ausnahme des Militärs) und für die Mehrheit des formalen privaten Sektors bereit. Ehegatten und Familienangehörige sind unter den gleichen Bedingungen mitversichert. Private Firmen können nur bedingt ihre Angestellten in der RAMA versichern. Diese Firmen müssen zunächst geprüft werden und nur unter der Erfüllung bestimmter Bedingungen ist eine Versicherung möglich. Die ursprüngliche Intention war die Versicherung eines Großteils der Bevölkerung, beginnend mit dem formalen und anschließend mit dem informellen Sektor. Genauso wie für andere öffentliche Organisationen sind in die Verwaltungsstrukturen der RAMA Leistungsverträge integriert. Der Beitrag für RAMA wird direkt vom Gehalt einbehalten und beträgt insgesamt 15% des Gehalts, wobei zu gleichen Teilen der Arbeitgeber und der Angestellte zahlt. Bei der RAMA wird vorab keine medizinische Untersuchung der Versicherten gefordert. Die RAMA finanzierten medizinischen Leistungen können erst drei Monate nach Eintritt in die Versicherung in Anspruch genommen werden. Die Leistungen der RAMA beinhalten kurative und präventive Leistungen wie u.a. medizinische oder zahnmedizinische Operationen, Krankenhausaufenthalte und prä-, peri und postnatale Pflege. Die RAMA kommt nicht für Leistungen auf wie die anti-retrovirale Behandlung, Auslandskrankenaufhalten oder plastische Chirurgie. Die durch RAMA abgedeckten Leistungen können in jeder Einrichtung erbracht werden, die in direkter Kooperation mit der Versicherung steht. Dazu zählen öffentliche Gesundheitszentren, alle Distrikt- und Zentralkrankenhäuser, private Kliniken und Apotheken, ein Militärkrankenhaus, öffentliche spezialisierte Gesundheitsdienstleister und RAMA angehörende Apotheken (WHO 2008: 78-84).

Die *Military Medical Insurance* (MMI) wurde 2006 mit der Absicht gegründet, eine Krankenversicherung und medizinische Dienstleistungen für das ruandische Militär auf den Prinzipien der Solidarität, Gleichheit und Fairness anzubieten. Die MMI wurde nach dem gescheiterten Versuch der Eingliederung des Militärs in die RAMA gegründet. Das MMI ist eine halbstaatliche Organisation, die unter der Leitung des Ministry of Defence steht, eine eigene juristische Persönlichkeit hat und administrative und finanzielle Unabhängigkeit genießt. Familienangehörige von Militärangehörigen sind nicht mit in der MMI versichert. Die Beiträge werden direkt monatlich vom Gehalt eingezogen und setzen sich wie folgt zusammen: Der Betrag entspricht 22,5% des Gehaltes, dabei sind 5% durch Partnerunternehmen und Tochtergesellschaften gedeckt und 17,5% durch den Arbeitgeber, in diesem Fall dem Staat. Die Leistungen des MMI entsprechen denjenigen der RAMA mit Erweiterungen wie beispielsweise der Kostenübernahme für Prothesen. MMI-Versicherte können wie RAMA-Versicherte

Gesundheitseinrichtungen mit dem „partnership convention“ Zeichen und alle Einrichtungen, die ebenfalls einen Vertrag mit RAMA haben, aufsuchen (WHO 2008: 85f).

Neben der CBHI für die breite Bevölkerung und RAMA und MMI für Staatsangestellte und dem Militär gibt es ebenfalls private Krankenversicherungen für weitere Berufsgruppen. Eine private Krankenversicherung, die *Private Health Insurance*, wurde 2006 für die Angestellten von privaten Firmen als eine Alternative zur RAMA gegründet. Zu den privaten Krankenversicherungen zählt u.a. die *Société Rwandaise d'Assurance, Compagnie Rwandaise d'Assurance et de Reassurance* und die *Africa Air Rescue*. Nur wenige Ruander sind privat krankenversichert, dazu zählen hauptsächlich Angestellte von großen Firmen und zu einem geringen Anteil Selbstständige. Die Beiträge liegen zwischen 100US\$ und 700US\$ jährlich. Die hohen Versicherungsbeiträge machen nicht deutlich, warum die Attraktivität von privaten Krankenversicherungen für Versicherungsnehmer höher ist, als von der RAMA oder der CBHI. Die Leistungen der privaten Krankenversicherungen sind abhängig von den zuvor gewählten Versicherungspaketen und können daher hier nicht in aller Vollständigkeit präsentiert und verglichen werden (WHO 2008: 87f).

In Ruanda gibt es eine Vielzahl von Sozialfonds, die nicht als eigenständige Krankenversicherungsform zu verstehen sind. Zu den am weitesten verbreiteten und wichtigsten Sozialfonds zählen die *Caisse Sociale du Rwanda* (CSR) und der *Fonds d'Assistance aux Rescapés du Génocide* (FARG). Der CSR ist die älteste Sozialsicherungsinstitution Ruandas und wurde in den frühen 1960er Jahre etabliert. Die CSR ist für die Absicherung der Arbeiter und Angestellten des formalen Sektors und für Pensionen und Invalidenrenten zuständig. Des Weiteren deckt sie Berufskrankheiten und Arbeitsunfälle ab. Die Mitgliedschaft in der CSR ist verpflichtend und kein anderer Sozialfonds in Ruanda hat mehr Mitglieder als CSR. Beiträge werden auf Basis des Bruttogehaltes des Beitragszahlers berechnet. Die Beiträge belaufen sich auf insgesamt 6% des Bruttogehaltes, wobei jeweils 3% von Arbeitgeber und Arbeitnehmer bezahlt und für Pensionsansprüche erhoben werden. Weitere 2% des Bruttogehaltes werden in Abhängigkeit vom Berufsrisiko erhoben. Außergewöhnlich hierbei ist die zur Verfügung stehende Rückstellungen, die durch die kontinuierliche Beitragserhebung ermöglicht wird. Diese Rückstellungen wurden anschließend in die nationale Wirtschaft investiert und die daraus entstandenen Gewinne erneut als Rückstellung verwendet (WHO 2008: 88f). FARG wurde 1998 gegründet, um die Bedürftigsten der Überlebenden des Genozids von 1994 in den Bereichen Bildung, Unterkunft, Gesundheit und psychologischer Hilfe sowie mit einem kleinen Einkommen zu unterstützen. Um diese Ziele zu erreichen, sollen u.a. die beruflichen Fähigkeiten der Begünstigten

und ihre unternehmerischen Aktivitäten gefördert werden. 1% des staatlichen Haushaltes fließt in den Fonds und Angestellte des formellen Sektors zahlen 1% ihres Grundgehaltes in den Fonds ein. Im Jahr 2004 waren 283.000 Begünstigte registriert (WHO 2008: 89; FARG 2015a; FARG 2015b).

## **2.7 Der *developmental state***

Die Kapitel zuvor haben das weitgefächerte ruandische Bestreben illustriert, welches durch die CBHI und die weiteren Krankenversicherungsformen umgesetzt werden soll. Vor allem die CBHI verfolgt dabei einen systemischen Entwicklungsansatz. Die sich davon ableitende Frage ist, wie die ruandische CBHI sich entwicklungspolitisch und theoretisch einordnen lässt. Das folgende Unterkapitel setzt sich genau mit der Frage der entwicklungspolitischen und theoretischen Einordnung auseinander.

### **2.7.1 Das allgemeine Entwicklungskonzept des *developmental states***

Die Wissenschaft beschäftigt sich mit Entwicklungsbestrebungen wie im Fall der ruandischen CBHI. Ein dabei viel diskutierter Begriff ist dabei der *developmental state*. Er veranschaulicht den wirtschaftlichen Aufschwung einiger asiatischer Länder. Chalmers Johnson hat den Begriff des *developmental state* mit seiner grundlegenden Arbeit für das heutige Verständnis nachhaltig geprägt. Er führt den Begriff des *developmental state* nach einer intensiven Auseinandersetzung mit Japan in der Zeit des Wirtschaftswachstums in die Fachliteratur ein. Johnson hat die Theorie des *developmental state* in seinem 1982 erschienen Werk „*MITI and the Japanese miracle*“ ausschließlich an dem japanischen Wirtschaftswachstum und den dafür notwendigen Gegebenheiten und Voraussetzungen beschrieben (Mok und Lau 2014: 71). Obwohl es im Laufe der Zeit immer wieder wissenschaftliche Versuche gab, den Terminus des *developmental state* zu definieren und er auch nicht neu war, war es Johnson, der den Begriff für die Wissenschaft nachhaltig prägte. Johnsons Einfluss war nicht nur auf Grund seiner Innovationskraft beachtlich. Johnsons Werk erklärte die bereits gemachten Erfahrungen mit Japan und machte sie somit nachvollziehbar für die Wissenschaft (Woo-Cuming 1999: 5-6).

Johnson stellt zunächst den japanisch nationalen Erklärungsansatz vor, wonach das japanische Wirtschaftswunder durch die kulturell bedingte japanische Kooperationsfähigkeit möglich ist. Dem entgegnet Johnson, dass dieser Erklärungsansatz nur gültig sein kann, falls ausschließlich von einem japanischen Wirtschaftswunder gesprochen werden könnte. Er wurde aber obsolet, sobald das Wirtschaftswunder auch die „Tigerstaaten“ (Taiwan, Hong Kong, Singapur und Korea) erreichte (Johnson 1982: 8f). Johnsons eigene Definition des *developmental state* wird durch die Auflistung der spezifischen Charakteristika greifbar (Johnson 1982: 19). Die



Charakteristika des *developmental state* nach Johnson (1982) lassen sich in drei Themenblöcke zusammenfassen:

1. Kontinuierliche Entwicklungsorientierung und Wirtschaftswachstum als oberstes Ziel
2. Entwicklungsorientierte Bürokratie, bestehend aus einer geschulten Elite
3. Enge Verzahnung von Staat und Privatsektor

### **1. Kontinuierliche Entwicklungsorientierung und Wirtschaftswachstum als oberstes Ziel**

Johnson erläutert in „*MITI and the Japanese Miracle*“, dass die nationale soziale und wirtschaftliche Entwicklung die oberste Priorität des *developmental state* sei. Die nationale Wirtschaft als Schlüsselpunkt des wirtschaftlichen Entwicklungsbestrebens wird durch nationale Initiativen gefördert (Johnson 1982: 13f). Nach Johnson ist ein Kennzeichen des *developmental state* die staatliche Intervention in das wirtschaftliche Geschehen zur Umsetzung prädefinierter sozialer und ökonomischer Ziele. Johnson führt daher den Begriff des *interventionist state* ein. Die *interventionist states* werden mit Hilfe von staatlichen Organisationen wie dem *Ministry of International Trade and Industry* oder dem Finanzministerium unterstützt (Johnson 1982: 20). Angesichts dieser kontinuierlichen Orientierung wirtschaftlichen Fortschritt zu erzielen, lässt sich das erste Charakteristikum nach Johnson (1982) als höchste Priorität bezeichnen (1982: 305f).

Diese Priorisierung ist nach Johnson einer der Schlüsselfaktoren für Japans Erfolg. Der Erfolg zeichnet sich hauptsächlich durch seine Effektivität aus. Als Beispiel erläutert Johnson, dass, obwohl zur Beurteilung von zielorientierten Aktivitäten ihre Effektivität wichtig ist, Japan beispielsweise seine ineffizienten und unangemessenen landwirtschaftlichen Aktivitäten toleriert, da diese trotz mittelmäßiger Effektivität zur nationalen Nahrungsmittelverfügung beitragen. Wichtig ist hierbei die Feststellung, dass Japan nicht immer gleichermaßen effektiv war, aber seine Kontinuität und Konsistenz zu dem Lernprozess führt, der den Staat auf lange Sicht effektiver macht (Johnson 1982: 22).

### **2. Bürokratie, bestehend aus einer geschulten Elite**

Ein weiteres Charakteristikum von Johnsons Entwicklungstheorie liegt in einer Bürokratie auf der Basis einer geschulten Elite (Johnson 1982: 20f). Teil des Entwicklungsbestrebens ist die Setzung von einem oder mehreren gesellschaftlichen Zielen. Wenn dieses übergeordnete Ziel jedoch nicht existiert, dann ist der plan-rationale Staat „treibend“, unfähig, für seine Handlungen Verantwortung zu übernehmen. Daraus ergibt sich die Stärke des plan-rationalen Staates in der Bewältigung von alltäglichen und wiederkehrenden Problemen. Gleichzeitig ist er

unfähig, effektiv und problemorientiert auf unvorhersehbare Probleme zu reagieren (Johnson 1982: 22). Johnson stellt heraus, dass das erfolgreiche Entwicklungsbestreben von der erfolgreichen Umsetzung durch eine Gruppe elitärer Bürokraten abhängig ist. Diese gehen den industriellen und wirtschaftlichen Bestrebungen priorisiert nach (Johnson 1982: 44). Der *developmental state* zeichnet sich strukturell durch eine klare Arbeitsteilung aus. Johnson (1982: 154) fasst das wie folgt zusammen: „*The politicians reign and the bureaucrats rule.*“ Beide Akteure haben eine Funktion zu erfüllen: Die Politiker halten den Bürokraten den Rücken frei, indem sie weniger wichtige oder kontraproduktive Bestrebungen (Förderanträge, Finanzierungsansprüche etc.) von den Bürokraten fernhalten, sodass diese „regieren“ können. Die Politiker hingegen entwerfen und stellen die notwendigen Gesetze fertig, sodass die gewünschte Politik, die für die Umsetzung der Entwicklungsbestreben notwendig ist, durchgeführt werden kann. Gleichzeitig arbeiten sie Gesetzesanpassungen aus, sofern diese notwendig sind (Johnson 1982: 154).

### **3. Die enge Verzahnung von Staat und Privatsektor**

Die enge Verzahnung von Privatsektor und Staat ist das dritte Charakteristikum des *developmental state*. Die enge Verzahnung von elitärer Bürokratie und Privatsektor führt zur größtmöglichen Effektivität des *developmental state*. Die Regierung legt die staatlichen Rahmenbedingungen für nationale wirtschaftliche Aktivitäten fest, die zur Zielerreichung des Entwicklungsbestrebens notwendig sind. Es gibt eine enge Zusammenarbeit zwischen dem Staat und den technologieorientierten und innovativen Firmen mit der Intention, dass Entwicklungsbestreben bestmöglich voranzubringen (Johnson 1982: 19, 22, 24). Eine wesentliche Prämisse ist hierbei die staatliche Ermutigung des Privatsektors, der staatlichen Wirtschaftsrichtung zu folgen. Entscheidende wirtschaftliche Innovationen kommen nicht von den Bürokraten selbst, jedoch setzen diese die notwendigen Anreize für die Industrie und den Privatsektor, sodass sie in einem speziellen und vom Staat geförderten wirtschaftlichen Gebiet aktiv werden. Vereinfachter Zugang zu finanziellen Mitteln, leichtere und vereinfachte Steuerbedingungen und der erlaubte Import von ausländischen Technologien sind Beispiele für derartige Anreize (Johnson 1982: 22-24).

Der von Johnson eingeführte Begriff des *developmental state* wurde von weiteren Autoren untersucht. An dieser Stelle wird der *developmental state* um den Begriff der *embedded autonomy*, geprägt von dem Soziologen Peter Evans aus seinem gleichnamigen Werk „*Embedded Autonomy*“ aus dem Jahr 1995, erweitert. Unter diesem Begriff ist zu verstehen, dass der Erfolg eines *developmental state* mit seiner charakteristischen Bürokratie nur möglich ist, wenn der

*developmental state* in die Gesellschaft eingebettet („*embedded*“) ist. Der Leitgedanke ist, dass soziale Infrastrukturen zum einen zur Erreichung der Entwicklungsziele genutzt werden müssen und zum anderen der Ideengenerierung für den Transformationsprozess dienen (Evans 1995: 12). Die enge Verbindung zwischen Bürokratie und Privatsektor resultiert aus der Einbettung des Staates in die Gesellschaft, wobei es jederzeit ebenfalls zu Verhandlungen zwischen Staat und Gesellschaft kommt (Evans 1995: 50).

Es stellt sich die Frage, wie genau diese Einbettung in die Gesellschaft aussehen und was darunter verstanden werden kann? Evans geht besonders auf einen Aspekt von Johnsons Theorie ein: Nach Evans kommt der *developmental state* einer an Weber angelehnten Bürokratie am nächsten. Eine Meritokratie, die aus dem Durchlaufen spezieller Auswahlverfahren und Karrieren mit einer Langzeitperspektive resultiert, schafft unter den Absolventen das Gefühl von Übereinstimmung und eine enge Kooperation. Ausschlaggebend ist die kooperierende Kohärenz, die dem ganzen Konstrukt „*autonomy*“ verleiht. Diese Autonomie ist entgegen Weber nach Evans eingebettet in gesellschaftliche Verbindungen, welche die Gesellschaft und den Staat miteinander verknüpfen. Für das Vorantreiben des Entwicklungsbestrebens ist eine ausgeprägte Bürokratie und ein funktionierendes Netzwerk notwendig, das die Umsetzung von Entwicklungsbestreben ermöglicht. Dabei liegt der Fokus auf dem Verbund zwischen den einzelnen genannten Akteuren, die durch den Zusammenschluss ihre Kompetenzen steigern. Dadurch können kontinuierliche politische Verhandlungen stattfinden. Evans zeigt auf, dass einer der Schlüsselfaktoren in diesem Staatsmodell die enge Verbindung und die Stabilität zwischen den einzelnen Akteuren (Staat, Bürokraten, Privatsektor) ist. Keiner der Aspekte kann für sich isoliert funktionieren. Einem vollkommen autonomen Staat würde die Fähigkeit fehlen, sich auf dezentrale private Implementierungen verlassen zu können. Dichte, nutzbringende Netzwerke ohne gut funktionierende interne Strukturen würden den Staat unfähig machen „kollektive Probleme“ zu lösen. Nur wenn *embeddedness* und *autonomy* aufeinandertreffen, kann es Entwicklung geben (Evans 1995: 12, 56f). Insgesamt sieht Evans das Scheitern eines Staats nicht im Fehlen von jeglicher Bürokratie, sondern im Fehlen einer nutzbringenden Bürokratie (Evans 1995: 73f).

Eine weitere inhaltliche und zeitgenössische Erweiterung des Begriffs des *developmental states* erfolgte durch Robert Wade. Ausführlich hat sich Wade im Jahr 1990 in „*Governing the market*“ zum *developmental state* geäußert. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der Entwicklung Ostasiens. Aufgrund der zeitlichen Entwicklung seit dem Erscheinen des Buches im Jahr 1990 soll an dieser Stelle eher Bezug auf den im Jahr 2010 veröffentlichten Artikel „*After the Crisis:*

*Industrial Policy and the Developmental State in Low-income Countries*“ von Wade genommen werden. In diesem Artikel nimmt er inhaltlichen Bezug auf sein Hauptwerk, überträgt die Inhalte jedoch auf die heutige Zeit und behandelt speziell Entwicklungsländer. Ausländische Direktinvestitionen sind besonders wichtig für Entwicklungsländer, und ein Zugang für solche Investitionen sollte daher von der Regierung garantiert werden. Eine geordnete und effektive Regierung ist ein wichtiger Treiber für das Wirtschaftswachstum (Wade 2010: 150f). Wade fasst zusammen, dass die Verbesserung der Verwaltung zu einem Wirtschaftswachstum führt. Er macht deutlich, dass eine geordnete und effektive Administration zwar wünschenswert sei, dass aber dadurch nicht zwangsläufig Wirtschaftswachstum entsteht (Wade 2010: 154). Wade stellt fest, dass der Einzelne die Regierung und ihre Kompetenz anhand der wirtschaftlichen Situation beurteilt. Regiert eine Regierung in wirtschaftlich guten Zeiten, so wird diese Regierung von der Bevölkerung als kompetent bezeichnet. Regiert eine Regierung in wirtschaftlich schlechten Zeiten, so wird sie als inkompetent angesehen. In beiden Fällen zieht der Einzelne bei seiner Beurteilung nicht die aktuellen Handlungen einer Regierung in Betracht, sondern bezieht sich nur auf die Ergebnisse der alten Regierungsperiode, die allerdings erst zum Zeitpunkt der Befragung sichtbar werden (Wade 2010: 155).

### **2.7.2 Der *developmental state* in der Praxis**

Mit David Booth findet die erste Anwendung des Konzeptes des *developmental states* auf Afrika statt. David Booth verfasste im Jahr 2012 das Buch: „*Development as a collective action problem. Addressing the real challenges of African governance.*“ und thematisiert die Notwendigkeit einer „good governance“<sup>20</sup> für die Entwicklung afrikanischer Staaten. Booth und Golooba-Mutebi veröffentlichten im Jahr 2012 „*Developmental Patrimonialism? The Case of Rwanda*“, was eine weitere Grundlage für diese Arbeit ist. Von der (Un-)Wichtigkeit bürokratischer Strukturen, wie von Johnson angesprochen, wirft Booth (2012) einen Blick auf einzelne Staatsformen und deren Bedeutung für den *developmental state*. Ein Vergleich einzelner asiatischen Länder zeigt, dass sich das dortige Entwicklungsbestreben auf Basis unterschiedliche neopatrimonialen Staatsformen gründet, was einen Afrikabezug ermöglicht. In Afrika ist eine Vielzahl von Staaten neopatrimonial.

Für Booth (2012b) hat sich im Rahmen seiner Forschung eine Subform dieses neopatrimonialen Regimes kristallisiert, der sogenannte „*developmental patrimonialism*“. Zentralisiertes

---

<sup>20</sup> Der Sammelbegriff good-governance meint einerseits u.a. die effiziente Gestaltung der öffentlichen Administration und gleichzeitig die Einbeziehung der Gesellschaft einschließlich aller Minderheiten in die demokratische Entscheidungsfindung. Transparente und rechtsstaatliche Beziehungen zwischen öffentlichen und privatem Sektor sind ebenfalls unter diesem Begriff zu verstehen (Hetherington und Najem 2003: 1).

Management der ökonomischen Renten mit einer Langzeitvision zeichnet diese Form aus. In solchen Regimen hat die herrschende Elite das Bestreben, erwirtschaftete Gewinne zur Erweiterung der nationalen Verteilung der Bruttowertschöpfung zu reinvestieren, das Bestreben eigener Bereicherung tritt in den Hintergrund. Charakteristisch für den „*developmental patrimonialism*“ ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die erfolgsversprechende und erfolgreiche Anti-Korruptionsaktion. Sieben Länder wurden von Booth (2012) hinsichtlich des Neopatrimonialismus untersucht: Elfenbeinküste, Ghana, Kenia, Malawi, Tanzania, Uganda und Ruanda. Diese Länder eint, dass sie ressourcenarm, klimatisch tropisch sind und im Afrikavergleich mit ihrer Populationsstärke im afrikanischen Mittelfeld liegen. Gleichzeitig werden all diese Staaten von einer Autorität geführt. Die Wirtschaftsleistung Ruandas ist seit über einem Jahrzehnt als stark zu bezeichnen. Einzelne Länder unterscheiden sich in ihrer genauen Ausprägung des *developmental patriotismus*, allerdings lassen sich folgende gleiche Charakteristiken feststellen:

- Ein starker und visionärer Anführer
- Ein Staat mit einer einzelnen Partei oder einer dominierenden Partei in einem Mehrparteiensystem<sup>21</sup>
- Eine kompetente und vertrauensvolle ökonomische Technokratie
- Eine Strategie, die ermöglicht, zumindest die wichtigsten politischen Gruppen an den Vorteilen des Wirtschaftswachstums zu beteiligen
- Ein solider politischer Rahmen, d.h. eine weitgehend prokapitalistische, pro-rurale Verzerrung (Booth 2012: 26)

Booth (2012) hat u.a. für Ruanda festgestellt, dass eine starke Führung durch eine Person vorhanden ist, die eine klare Zukunftsvision hat und im nationalen Interesse handelt. Booth (2012b) geht auch auf den Aspekt der Korruption ein: Die Korruption wurde in den höheren administrativen staatlichen Ebenen in regelmäßigen Abständen unterbunden und die Wirkung dessen zieht sich bis in die unteren Ebenen durch (Booth und Golooba-Mutebi 2012: 392).

Suzan Biedermann wendet die genannten Aspekte konkret ihrem Artikel „*The Case of Rwanda as a developmental State*“ aus dem Jahr 2016 auf den Fall Ruanda an. Nach Biedermann wurde die Theorie des *developmental state* in den vergangenen Jahren auf viele Regionen übertragen,

---

<sup>21</sup> Da der Schwerpunkt der Dissertation auf der ruandischen Krankenversicherung liegt, liegt der Schwerpunkt dieser Dissertation nicht auf Demokratie. An dieser Stelle kann auf Referenzliteratur verwiesen werden, die sich mit dem Thema Ruandas Demokratie und Wirtschaftswachstum auseinandersetzt. Dazu zählt Patricia Crisafulli und Andre Redmond mit „Rwanda, Inc.: How a Devastated Nation become an Economic Model for the Developing World“, Scott Straus und Lars Waldorf „Remarking Rwanda: State Building and Human Rights After Mass Violence (Critical Human Rights)“, und Filip Reyntjens „Political Governance in Post-Genocide Rwanda“.

der afrikanische Kontinent wurde dabei jedoch vollkommen ausgeschlossen (Biedermann 2016: 141). Einen der wichtigsten Charakteristiken des asiatischen Modells des *developmental state* ist der dynamische Ansatz, problemorientiert zu handeln. Unter dieser Voraussetzung lässt sich die Theorie des *developmental state* auf die Region Afrika übertragen (Biedermann 2016: 142). Der Genozid wird im Rahmen dieser Dissertation nicht detailliert geschildert und analysiert, das Thema kann jedoch in Bezug auf den ruandischen *developmental state* nicht vollständig ausgelassen werden. Biedermann zieht Ruanda als ein geeignetes Beispiel für einen *developmental state* heran, um ihrer Ansicht nachfolgende Hypothese zu bestätigen: Genozide und Bürgerkriege können auch als „*Window of opportunity*“ (nach Junne and Verkoren 2005: 6 in Biedermann 2016: 143) für tiefgreifende Reformen gesehen werden. Der Begriff im Kontext eines Genozids ist zynisch, der Grundgedanke allerdings, dass gesellschaftlich-politische Krisen als Neubeginn gesehen werden können, ist nicht von der Hand zu weisen. Der ruandische Genozid von 1994 ist für die ruandische Zivilbevölkerung ein einschneidendes Ereignis. Interessensvertreter der verschiedenen gesellschaftlichen Gruppen haben die Notwendigkeit von sozialen, politischen und ökonomischen Interventionen von Seiten des Staates zur Prävention eines erneuten Zusammenstoßes gesehen. Der ruandische Genozid von 1994 kann u.a. als Ausgangs- und Legitimationspunkt für eine starke staatliche Führung mit einer entwicklungsorientierten Vision verstanden werden. Die menschlichen, politischen, ökonomischen und ökologischen Schäden waren so schwerwiegend, dass die ruandische Zivilbevölkerung zunächst bereit war, jede unkonventionelle Methode zur Stabilisierung der Lage im Land und für die Förderung von Entwicklung zu akzeptieren und phasenweise sogar zu lobpreisen (Biedermann 2016: 143). Gleichzeitig arbeitet Biedermann heraus, dass Ruanda sich neuen Herausforderungen stellen musste: Dem Wiederaufbau von Militär, Bildungs- und Verwaltungssystem (Biedermann 2016: 145). Auch Biedermann arbeitet die Bedeutung von Korruptionsbekämpfung in Hinblick auf den *developmental states* heraus. Korruption kann laut Biedermann den öffentlichen Sektor nachhaltig schädigen und negativ beeinflussen, sodass eine geringe Korruptionsrate als ein positiv beeinflussender Faktor für eine kompetente Bürokratie verstanden werden kann (Biedermann 2016: 145).

Ein weiteres Beispiel für Entwicklung in Ruanda zeigen Helmut Asche und Michaela Fleischer (2011) auf. Asche und Fleischer (2011) beschäftigen sich mit Ruanda und seinem ICT-Wesen. Laut Asche und Fleischer (2011) will Ruanda sich vom Agrarstaat zum Industriestaat, ohne die „Manufacturingphase“ durchlaufen zu haben, transformieren. Asche und Fleischer (2011) stellen fest, dass es bis dato keinem Land gelungen sei, eine Entwicklungsphase zu überspringen. Ruanda tritt nach dem Genozid mit der *Vision 2020* den Weg von einem Agrarstaat zu einem

Industriestaats an, ohne über die notwendigen Bodenschätze zu verfügen (Asche und Fleischer 2011: 5). Nach Asche und Fleischer wird zur Umsetzung dieses Ziels eine Form der technologischen Elite benötigt (Asche und Fleischer 2011: 6). Ruanda beabsichtigt den Wandel von einem Agrarstaat hin zu einem wissensbasierten Staat. Und dieser Wandel ist aus ruandischer Perspektive notwendig, um Wirtschaftswachstum und Entwicklung vor dem Hintergrund zwei verpasster Entwicklungen zu erzielen. Ruanda muss im Servicebereich innerhalb der ICT aktiv werden, um dieses Ziel zu erreichen (Asche und Fleischer 2011: 6f).

Laut Asche und Fleischer (2011) scheint es auf dem ersten Blick unrealistisch zu sein, dass Ruanda den Anschluss in diesem Bereich schafft und ihn zu seinem Zugpferd für seine Wirtschaft machen kann. Ruanda beweist durch die Verankerung dieses Zieles in der *Vision 2020* das Gegenteil. Ruanda möchte im ICT-Bereich Konsument und Produzent von IT-basierten Lösungen sein. Es folgten aus dieser Entwicklung die Etablierung von e-Banking, e-Agriculture, e-Education, e-Government und e-Trade. Die Implementierung von IT-Lösungen und Technologien fand gleichfalls Anwendung im Gesundheitsbereich. So gab es bereits zum Zeitpunkt des Berichts u.a. OpenMRS, eine Form der medizinischen Datenbank mit Patientendaten; TracNET und TracPLUS, die infektiöse Krankheiten wie HIV/AIDS, Tuberkulose und Malaria überwachen und Telemedizin, die Gesundheitsdienstleistungen, Informationen und Gesundheitsbildung an Patienten in geographisch entlegenen Gebieten übermittelt (Asche und Fleischer, 2011: 11-14).

Auch in diesem konkreten Anwendungsbeispiel zeigen sich eindeutig Parallelen zu Booth and Evans: Asche und Fleischer (2011) greifen das von Booth (2012a) angesprochene Einparteiens- oder Zweiparteiensystem - in deutlicher Abgrenzung zum Mehrparteiensystem - in Bezug auf seinen *developmental patrimonialism* auf. Booth arbeitet den starken visionären Führer als einen festen Bestandteil des *developmental patrimonialism* heraus. Asche und Fleischer (2011) greifen diese Aspekte auf und beschreiben Ruanda als ein autoritäres Regime, dass trotz freier Wahlen im Jahr 2008 keine Mehrparteiendemokratie aufweisen kann, weshalb manche Autoren Ruanda als eine Diktatur bezeichnen (Asche und Fleischer, 2011: 27).<sup>22</sup> Gleichzeitig weisen Asche und Fleischer (2011) im Sinne von Peter Evans auf ein Beispiel vom *embeddedness* mit der Private Sector Federation hin, eine Organisation, welche die Interessen der ruandischen Wirtschaftsgemeinschaft nach außen hin vertritt (Asche und Fleischer, 2011: 29).

---

<sup>22</sup> Für weitere Literatur kann auf A. Stroh, 'Ruanda: Keine Zeit für Demokratie? Parlamentswahlen und andere Prioritäten. GIGA, Hamburg, (2008). 81 F und Reyntjens, 'Rwanda, Ten Years On: From Genocide to Dictatorship', *African Affairs*, 103, 411, (2004), pp. 177-210 verwiesen werden.

### 2.7.3 Ruanda - ein developmental state?

Nach der Darstellung der Theorie des *developmental state* stellt sich die Frage, inwieweit dieses Konzept es erlaubt, die Rolle, welche die CBHI in der Entwicklung Ruandas spielt bzw. spielen kann, genutzt wurde. Die Theorie des *developmental state* beschäftigt sich mit der Entwicklungsorientierung eines Landes, sichtbar an prädefinierten ökonomischen und sozialen Zielen und der damit verbundenen Umsetzung notwendiger Aktivitäten. Das Kapitel 1 hat die scheinbar florierende Wirtschaft und die dahinterstehende Entwicklungsorientierung Ruandas dargestellt. In Bezug auf Ruanda kann die Erreichung einer adäquaten Gesundheitsversorgung durch die CBHI als eines der prädefinierten sozialen Ziele verstanden werden. Die vorliegende Forschung beschäftigt sich mit der Analyse der ruandischen CBHI vor dem Hintergrund von Staat und Entwicklung. Weitere politische Begebenheiten werden nicht berücksichtigt, insofern sie nicht einen deutlichen Bezug zur CBHI haben. Dabei werden die verschiedenen Aspekte der CBHI in Hinblick auf deren Funktionsfähigkeit analysiert und anschließend in Hinblick auf den ruandischen *developmental state* untersucht. Im Verlauf dieser Arbeit finden immer wieder Rückgriffe auf die Theorie statt, und die Theorie wird an den unterschiedlichen Aspekten herausgestellt oder negiert.

Die Betrachtung Afrikas im Hinblick auf einen *developmental state* ist, wie bereits von Suzann Biedermann ausgeführt, problematisch, da die Übertragbarkeit des Konzepts nach dem asiatischen Vorbild nicht ohne Modifikationen auskommen kann. Wie genau diese Modifikationen aussehen, kristallisiert sich im Verlauf der Dissertation heraus. Bereits an dieser Stelle lassen sich erste Charakteristika des *developmental state* in Ruanda anhand des Länderprofils und der Geschichte erkennen. Die jüngste Geschichte Ruandas lässt einerseits problemorientiertes Handeln durch den Staat deutlich und andererseits das soziale und wirtschaftliche Entwicklungsbestreben des Landes erkennen. Auch in Ruanda wird die nationale Wirtschaft als entscheidender Treiber des wirtschaftlichen Erfolges gesehen. Daher gibt es zahlreiche nationale Initiativen, wie *EDPRS I* und *II*, die *National Strategy for Transformation* und die *Vision 2020*, um diese zu stärken. An dieser Stelle kann auf Johnsons *interventionist state* hingewiesen werden. Die zu erreichenden Ziele finden sich größtenteils in der *Vision 2020*, *EDPRS I* und *II* und der *National Strategy for Transformation* wieder. Kapitel 2.4 befasst sich mit der *Vision 2020*, die einen besseren Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und bessere Gesundheitsdienstleistungen für die ruandische Bevölkerung schaffen will. Den Schlüssel zum Erfolg sieht die ruandische Regierung in der Implementierung einer CBHI.



Die vorangegangene Darstellung der ökonomischen Situation Ruandas stellt die wirtschaftlichen Fortschritte, die in den vergangenen Jahren erzielt wurden, unter Beweis. Die Vertrauenswürdigkeit dieser Daten sollte allerdings kritisch betrachtet werden. Zu den sozialen Zielen kann an dieser Stelle die verbesserte Gesundheitsversorgung und die Finanzierbarkeit von Gesundheit für den Einzelnen verstanden werden. In Anlehnung an Johnson soll hier besonders auf die Aktualisierung der *Vision 2020* aus dem Jahr 2012 hingewiesen werden. Sie kann als ein Beleg dafür herangezogen werden, dass Kontinuität und Konsistenz in der Entwicklungspolitik in Ruanda vorherrschend sind. Die *Vision 2020* in ihrer aktualisierten Form steht nicht nur für das ruandische Entwicklungsbestreben, sie steht ebenfalls für einen Lernprozess. Die *Vision 2020* hat nicht nur Auswirkungen auf das Gesundheitssystem, sondern, wie Asche und Fleischer eindrücklich erläutert haben, gleichfalls auf das ICT-Wesen. Entwicklungsbestrebungen auf diesem Gebiet haben die Entwicklungsbestrebungen im Gesundheitsbereich gleichermaßen vorangebracht. Inwiefern e-Lösungen sich im Bereich der CBHI bereits etabliert haben und inwieweit sie Lösungsvorschläge für CBHI-verbundene Probleme bieten, muss noch geklärt werden. Das Entwicklungsbestreben Ruandas hat über die Jahre Schwachstellen und Stärken der CBHI aufzeigen können (siehe Kapitel 4 und Kapitel 5). Dadurch konnten weitere Maßnahmen und Justierungen zur Verbesserung der CBHI vorgenommen werden. Nach Biedermann ist genau dieser problemorientierte Ansatz das Hauptcharakteristikum des *developmental state*. Sobald man dies betrachtet, kann eine Übertragung des Konzeptes auf Afrika - und hier auf Ruanda - stattfinden. Der beschriebene Lernprozess macht das Land in seiner Regierungsführung effektiver, was sich langfristig positiv auf die angestrebte Entwicklung auswirkt.

Die CBHI ist ein wichtiger Teil des Gesundheitssektors, der einen Teil der Gesamtentwicklung darstellt. Der geschichtliche Rückblick in Kapitel 2.2 hat gezeigt, dass es immer wieder Ansätze für die Etablierung einer Krankenversicherung gab. Aber erst der Genozid und die damit verbundene katastrophale medizinische Situation sowie internationale Unterstützung haben zur Erarbeitung eines langfristigeres Konzept geführt, um dieser Situation gerecht werden zu können. Gleichzeitig musste sich Ruanda neuen medizinischen Herausforderungen stellen, die das Gesundheitswesen zuvor nicht gleichermaßen betrafen. Dazu zählt der starke Anstieg der HIV-Rate und die zunächst steigende Mortalitätsrate. Dieses problemorientierte Handeln als eine angesprochene Stärke des *developmental states* machte die weiteren Entwicklungen im Gesundheitswesen möglich. Die genannten Autoren und ihre theoretischen Ausführungen werden im Verlauf der Dissertation anhand von Forschungsergebnissen in Bezug auf die CBHI überprüft, analysiert und diskutiert. Die weiteren Kapitel der Dissertation geben Aufschluss im Detail darüber, inwieweit die CBHI als ein Teil des *developmental states* verstanden werden kann.

## ***Kapitel 3: Darstellung der empirischen Forschung***

---

*Die theoretischen Ausführungen sollen durch eigens erhobene Daten erweitert werden. Dafür wird zunächst die Forschungsmethodik ausführlich dargestellt. Die Auswahl der Gesprächspartner, die genaue Beschreibung der Feldforschung, die Experteninterviews sowie eine kritische Auseinandersetzung der Forschungsmethodik sind Gegenstand dieses Kapitels.*

### **3.1 Warum qualitative Forschung in Huye?**

Eine der zentralen Fragen vor Forschungsbeginn ist die Frage nach dem Forschungsort. Die Pilot- und die Hauptstudie wurden im Zeitraum März bis Juni 2017 in der ruandischen Stadt Huye im Distrikt Huye durchgeführt. Die Stadt Huye (früher: Butare) mit ca. 89.000 Einwohner ist die ehemalige Universitätsstadt des Landes (World Population Review 2017). Neben zahlreichen privaten Universitäten ist die University of Rwanda (UR) die einzige staatliche Universität. Nach den universitären Umstrukturierungsmaßnahmen befanden sich zum Zeitpunkt der Feldforschung Teile der medizinischen und die vollständige sozialwissenschaftliche Fakultät in Huye. Zur medizinischen Fakultät gehört das University Teaching Hospital of Butare (CHUB), in der große Teile der klinischen Ausbildung für angehende Mediziner stattfinden. Aus folgenden Gründen fiel die Entscheidung zugunsten einer Kleinstadt wie Huye und zu Ungunsten eines Dorfes:

1. Der Vorteil einer Kleinstadt gegenüber einem Dorf liegt in der Infrastruktur. Dörfer in Ruanda verfügen häufig nur über eine unzureichende Infrastruktur und sind geprägt von einer Uneinheitlichkeit bezüglich des Vorhandenseins von Gesundheitszentren oder Krankenstationen. Ausschlaggebend für den Erwerb der CBHI ist der unmittelbare Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen und das vorherrschende Beschäftigungsverhältnis der lokalen Bevölkerung. Dörfer sind häufig überwiegend von informellen Beschäftigungsverhältnissen und geringen verfügbaren finanziellen Mitteln geprägt. In städtischen Regionen finden sich häufiger formelle Beschäftigungsverhältnisse und größere finanzielle Mittel, die der Bevölkerung zur Verfügung stehen. Formell Beschäftigte sind über ihren Arbeitgeber in privaten Krankenversicherungen und Staatsangestellte über die RSSB versichert. Sofern Menschen des informellen Sektors krankenversichert sind, sind sie in der CBHI versichert. Der Vorteil einer Kleinstadt liegt in der Verbindung dieser Aspekte: In einer Kleinstadt ist die Wahrscheinlichkeit höher, dass Menschen eine formelle Beschäftigung haben und die CBHI auf Grund höherer finanzieller

Ressourcen erwerben können. Gleichzeitig werden bei diesem Vorgehen ebenso Menschen ohne CBHI berücksichtigt.

2. Durch den Standort der medizinischen Fakultät der UR in Huye ist der Zugang zu einem Universitätskrankenhaus und somit einer Maximalversorgung gewährleistet. Gleichzeitig besteht häufig die Anbindung von vielen internationalen medizinisch ausgerichteten NGOs an einen Maximalversorger, um medizinische Hilfe dem hilfsbedürftigsten und finanziell schwächsten Teil der Bevölkerung anbieten zu können. Die beiden Aspekte in Kombination gewährleisten ein ausreichend hohes und differenziertes Patientenaufkommen und gleichzeitig den notwendigen Feldzugang für die Forschung.

Eine Besonderheit der vorliegenden Forschung liegt in der Auswahl der benutzten Methoden. Die Fragestellung der Forschung, der interdisziplinäre Charakter und die Forschungsbedingungen führen zu einem Methodenmix. Die Erhebung und Analyse der sozialen Wirklichkeit steht im Mittelpunkt und nicht die Überprüfung einer Theorie. Die Entscheidung fiel bewusst auf ein induktiv-qualitatives Vorgehen, um Erkenntnisse aus der sozialen Wirklichkeit sammeln und aufbereiten zu können. Ausschlagend für dieses Vorgehen ist auch die momentan nur in eingeschränktem Maß vorhandene Literatur. Diese bietet nur begrenzte theoretische Antwortmöglichkeiten, die eine weitere, Empirie basierte Wissensgenerierung für notwendig erscheinen lassen. Das qualitative Vorgehen ermöglicht eine bessere Erschließung des komplexen Gesundheitssystems als Ganzes und der Krankenversicherung im Besonderen.

Forschung in einem low-income Land wie Ruanda muss den kulturellen, sozialen und ökonomischen Hintergrund der Interaktionen der Beteiligten berücksichtigen. Für eine aussagekräftige quantitative Forschung ist das Vorhandensein von beispielsweise präzisen demographischen Daten notwendig, die im Falle Ruanda existieren. Allerdings benötigt der Forschungsgegenstand nicht allein die Sammlung von quantitativen Daten. Die vorliegende Dissertation beabsichtigt die Darstellung und Analyse von einem großen Umfang individuell vermittelten Kausalitäten in Bezug auf die CBHI. Vor diesem Hintergrund spielt die Auswahl der Interviewpartner für eine repräsentative, qualitative Forschung eine große Rolle: In diesem Fall war beispielsweise die Auswahl der Gesprächspartner von politischen Begebenheiten<sup>23</sup> beeinflusst und somit ein Quotenverfahren bei der Stichprobe nicht möglich. Die Stärke des qualitativen Vorgehens ist die Möglichkeit der Änderung der Forschungsmethode bei einer veränderten Realität. Angesichts der Bedingungen der vorliegenden Feldforschung war dieser Aspekt

---

<sup>23</sup> Die ruandische Regierung lässt nur bedingt Kritik an sich und ihrem System zu. Freie Meinungsäußerung im Sinne von Kritik seitens der Bevölkerung ist nicht erwünscht und wird von der Regierung geahndet.

unerlässlich. Die beschriebene Flexibilität gibt Antwortmöglichkeiten auf Reliabilitäts- und Repräsentativitätsansprüche, wodurch die Qualität der qualitativen Forschung erhöht wird (Lenz 1992: 334f).

### **3.2 Die Gesprächspartner**

Ausschlaggebend für den Erfolg der Forschung ist neben dem Forschungsort auch der Prozess und die Art und Weise der Informationssammlung, sowie die Zusammensetzung der Gesprächspartner, da sie maßgeblich für den Gehalt der Datenanalyse und die Qualität der Ergebnisse verantwortlich ist (Przyborski und Wohlrab-Sahr 2008:173-182). Eine sich über ein breites Spektrum erstreckende Zusammensetzung der Gesprächspartner ermöglicht, die subjektive Sichtweise der Gesprächspartner hinsichtlich der CBHI und des Gesundheitssystems zu erfassen. Somit können soziale Sinnstrukturen durch vergleichende Analysen von Einzelfällen erfasst werden. In der Zusammensetzung der Gesprächspartner und der Auswahl des qualitativen Forschungsdesigns kann die vorliegende Arbeit keine statistische Repräsentativität erzeugen, stattdessen zielt die Zusammensetzung der Gesprächspartner auf eine qualitative Repräsentation ab. Der vorliegende Forschungsansatz strebt durch die qualitative Repräsentation auf Subjektebene eine relative Verallgemeinerungsfähigkeit an. In Anlehnung an Kruse (2014) versuchen die Forschungsergebnisse die Rekonstruktionsfähigkeit eines spezifischen Fallmusters zu erarbeiten, ohne Angaben über die Häufigkeit eines bestimmten Falltypus zu machen (Kruse 2014: 240-241).

In der vorliegenden Forschung gestaltete sich eine ausgewogene Auswahl der Gesprächspartner schwierig. In den Vorbereitungen für den Forschungsaufenthalt sollten die Gesprächspartner nach dem Prinzip der maximalen strukturellen Variation ausgesucht werden. Dabei sollte die Heterogenität des Feldes abgebildet werden, indem Gesprächspartner unterschiedlichen Alters, Geschlechts, Lebenssituation usw. ausgesucht werden. Diese Merkmalsausprägungen wurden vorab festgelegt und sollten die Basis bilden, um mögliche Gesprächspartner mit Hilfe eines Gatekeepers ausfindig zu machen. Der Abschnitt 3.3.5 befasst sich mit der Problematik des Gatekeepers. Durch die (nicht zu umgehende) Auswahl des Gatekeepers durch das CHUB wurde die Zusammensetzung der Interviewten stark beeinflusst, wodurch die maximale strukturelle Variation weitgehend vernachlässigt wurde. Einziges Kriterium der In- bzw.- Exklusion für den Gatekeeper war die Zugehörigkeit der Gesprächspartner in eine der definierten Personengruppen wie beispielsweise Menschen mit und ohne eine Krankenversicherung. Merkmale wie Alter, Bildungshintergrund, soziale Situation der Personen usw. wurden weitgehend vernachlässigt.

Zur Beantwortung der Forschungsfrage habe ich folgende Zusammensetzung der Befragten-  
gruppe festgelegt:

- 16 Patienten mit einer Krankenversicherung
- 16 Patienten ohne eine Krankenversicherung
- Mitarbeiter des CHUB:
  - 3 Sozialarbeiter
  - 6 Gesundheits- und Krankenpfleger (Angestellte)
  - 5 Ärzte
- 1 Fokusgruppe mit krankenversicherten Menschen
- 1 Fokusgruppe mit nicht versicherten Menschen
- 1 Mitarbeiterin der Weltbank
- 1 Mitarbeiter des RSSB
- 2 Mitarbeiter einer amerikanischen NGO
- 1 Mitarbeiter einer amerikanischen Regierungsorganisation (dieses Interview wurde nicht audiovisuell aufgenommen)

Durch die Gespräche sollten die individuellen Beweggründe erfasst werden, die den Eintritt in eine Krankenversicherung behindern oder fördern sowie Kritikpunkte an der CBHI und dem Gesundheitssystem aus der „Patientenperspektive“. Interviews mit Mitarbeitern des Gesundheitssektors sollen Aufschluss über mögliche Alltagsprobleme geben, die eventuell aus der CBHI-Nutzerperspektive nicht ersichtlich sind und erst bei der Abrechnung oder bei der Behandlung der Patienten ersichtlich werden. Ziel der Expertenbefragung war es, die über einen längeren Zeitraum gewonnene Praxiserfahrung zu erfassen und zu analysieren. Dabei verfügen die Experten über fachspezifisches Wissen aus der Praxis, dessen Auswertung zur Beantwortung der Forschungsfrage herangezogen werden soll. Die Interviews mit RSSB sollen administrative und bürokratische Hürden in den mit der Versicherung zusammenhängenden Prozessen aufdecken. Die Interviews mit der Mitarbeiterin der Weltbank sollen tiefere Einblicke in die Strukturen sowie die momentanen und zukünftigen Probleme der CBHI geben. Interviews mit RSSB und der amerikanischen NGO sollen Auskünfte über die Implementierung und die Beaufsichtigung der CBHI geben.

Für eine umfassendere Analyse würden weitere Interviewpartner benötigt. Die von der politischen Situation in Ruanda beeinflusste Forschungssituation erschwerte aber die Kontaktaufnahme zu weiteren Personengruppen (siehe Kapitel 3.4.).

### **3.3 Datenerhebungsprozess**

Die Rahmenbedingungen, unter denen die Feldforschung und der Datenerhebungsprozess stattfanden, werden in diesem Unterkapitel ausführlich beschrieben.

#### **3.3.1 Datenquelle**

Im Rahmen der Forschung wurden primäre sowie sekundäre Daten verwendet. Dazu zählen:

1. Qualitative Daten als Primärdaten: Daten und Informationen über das ruandische Gesundheitswesen und Krankenversicherung, die im Rahmen der Besuche im CHUB gesammelt wurden.
2. Quantitative Daten als Sekundärdaten: Offizielle und publizierte statistische Daten, die durch die Weltbank, RSSB, der amerikanischen NGO oder das MOH veröffentlicht wurden oder sich auf ihren offiziellen Webseiten finden lassen.

Für die Erstellung des deskriptiven Teils, bestehend u.a. aus der Beschreibung des Gesundheitssystems, der Krankenversicherung und den länderspezifischen Daten, wurde auf Sekundärdaten zurückgegriffen. Die Sekundärdaten stammen aus offiziellen und inoffiziellen Berichten, Journalartikeln und anderer veröffentlichter und unveröffentlichter Literatur.

Für die Datenerhebung wurden folgende Methoden verwendet:

1. Semi-standardisierte Interviews
2. Beobachtungen
3. Informelle Gespräche
4. Literaturrecherche (Wissenschaftliche Publikationen, Fachliteratur, veröffentlichte Studien, Berichte vom MOH, RSSB, NGOs, Internetpublikationen etc.)

#### **3.3.2 Feldforschung und semi-standardisierte Interviews – Feldforschung in Ruanda**

Entscheidend für den Datenerhebungsprozess ist die Auswahl der Interviewform: Um dem komplexen Forschungsgegenstand gerecht zu werden, wurden zwei Interviewformen kombiniert. Unter Berücksichtigung der gegebenen Forschungsbedingungen wurden das problemzentrierte und das fokussierte Interview, um einer möglichen Vernachlässigung aufschlussreichen Aspekte vorbeugen zu können, kombiniert. Das problemzentrierte Interview nach Witzel (1985: 230) ermöglicht eine multiperspektivische Realitätsbetrachtung, wodurch ein bereits existierendes wissenschaftliches Konzept durch die Aussagen des Befragten ggf. modifiziert und erweitert oder falsifiziert wird. Dabei steht weiterhin die Konzeptgenerierung im Vordergrund. Charakteristisch für das problemzentrierte Interview sind die durch Literaturrecherchen

gewonnenen, theoretisch-wissenschaftlichen Vorkenntnisse, mit denen der Forscher in die Feldforschung geht. Dem Forschungsaufenthalt gingen Literaturrecherchen voran, um einen Überblick über das Forschungsfeld zu gewinnen und die begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen maximal zu nutzen. Zur besseren Ideengenerierung und zur möglichen Modifikation und Erweiterung des bestehenden Konzeptes ist die Nutzung von offenen Fragen bedeutsam (Lamnek 2005: 364).

Davon abgegrenzt ist das fokussierte Interview. Es lässt sich nach Lamnek (2005: 369) als eine Kombination von neuen Beobachtungen und qualitativem Interview beschreiben. Ein wichtiges Charakteristikum dieser Interviewform ist der starke Realitätsbezug. Die Gesprächspartner haben keinen künstlich geschaffenen Alltag erlebt, sondern ihre Erfahrungen beruhen auf ihrem tatsächlichen Alltag. Die Rolle als Forscherin zielt nach Lamnek (2005: 369) auf die Erfassung und anschließende Analyse der gesammelten Ergebnisse ab.

Ein Interviewleitfaden wurde entwickelt, modifiziert und anschließend verwendet. Der Interviewleitfaden strukturierte die Gespräche, für die mehr oder weniger starke Themenwege vorgegeben waren. Diese Themenwege ergaben sich aus der Entwicklung von Themenbereichen, die zu konkreten Fragestellungen führten (Kruse 2014: 203-204). In Anlehnung an Kleemann, Krähnke und Matuschek (2009) wird der Interviewleitfaden wie eine Checkliste flexibel gehandhabt, bei der die Reihenfolge variabel ist und nicht alle Fragen gestellt werden müssen. Ziel ist es, durch die offenen Fragen Impulse zu geben, um sich zu einem Thema frei zu äußern (Kleemann et al. 2009: 208). Dieses Vorgehen ermöglicht die Erfassung von inhaltlichen Aussagen und die Schaffung von Vergleichbarkeit mehrerer Gespräche nach ihrer Auswertung (Kruse 2014: 203f).

Die begrenzten zeitlichen und finanziellen Ressourcen haben es nicht ermöglicht, ohne Vorkenntnisse ins Feld zu gehen. Ausgewählte Themen und Fragen mussten in den Gesprächen zentral sein, um ein informatives Gespräch führen zu können. Zudem erfordert die Komplexität der CBHI und des ruandischen Gesundheitssystems das Vorhandensein von Vorkenntnissen. So konnte gewährleistet werden, dass Sinnzusammenhänge nicht vernachlässigt werden und ggf. falsche Aspekte kein zu großes Gewicht bekommen würden. Der semi-standardisierte Interviewleitfaden ermöglichte, dass nicht vorab beabsichtigte Informationen gewonnen und Alltagssituationen besprochen werden konnten. Somit kann zur weiteren Ideengenerierung beitragen werden. Der semi-standardisierte Interviewleitfaden mit seinen offenen Fragen gibt eine Gesprächspfad vor, was nachteilig sein kann. Zweifelsohne gehen wichtige Informationen verloren, doch in Anbetracht der Gesamtsituation erscheint es sinnvoller, semi-strukturierte

Interviews zu führen als wenige offene Interviews, um ein möglichst breites Informationsspektrum zu gewinnen.

Die Datensammlung wird um die Erkenntnisse der durchgeführten Experteninterviews erweitert. In Abgrenzung zu den oben genannten Interviews ist der dialogische Austausch nicht primäres Ziel. Die Besonderheit der Experteninterviews liegt in der Auswahl der Interviewten. Zur Vertiefung von fachspezifischen Kenntnissen wurden Expertengespräche durchgeführt. Sie sind charakterisiert durch den informationsorientierten Ansatz, bei dem der Interviewleitfaden eine stärkere und vor allem strukturierende Funktion erfüllt (Kruse 2014: 166). Der semi-strukturierte Interviewleitfaden wurde vorab allen Experten zur Vorbereitung der teilweise sehr spezifischen Fragen zugesendet (Interviewleitfaden siehe Appendix 1).

### **3.3.3 Allgemeines zur Studie**

Die Pilot-, wie auch die Hauptstudie wurden mit einem Diktiergerät der Marke ZOOM Model H1 aufgenommen. Die Gesprächspartner wurden vor Beginn der Studie über das Vorgehen in Kinyarwanda oder Englisch durch die Forscherin oder die Forschungsassistentin aufgeklärt und unterzeichneten eine Einverständniserklärung auf Kinyarwanda oder Englisch (Appendix 2). Bei Unterzeichnung konnten die Gespräche aufgezeichnet werden. Zusätzlich wurden bei den Gesprächen Notizen gemacht, um wichtige Gesprächsaspekte aufzugreifen und im Laufe des Gesprächs wieder einfließen zu lassen.

Die Gesprächsstruktur für die Pilot- und Hauptstudie war identisch. Die Gespräche wurden mit Hilfe einer Übersetzerin durchgeführt. Dabei erfolgte eine Simultanübersetzung. Die Forscherin stellte die Fragen, die umgehend von der Übersetzerin ins Kinyarwanda übersetzt wurden. Der Gesprächspartner konnte in Kinyarwanda antworten, was anschließend ins Englische übersetzt wurde. Durch diese zeitnahe Übersetzung konnte ein nahezu flüssiger Gesprächsverlauf entstehen. Ein weiterer Vorteil dieses Vorgehens war die Ausdrucksmöglichkeit des Gesprächspartners in seiner Muttersprache Kinyarwanda, was zu detailreicheren und ausführlicheren Antworten führte. Die Transkription der Interviews fand hauptsächlich durch die Forschungsassistentin statt.<sup>24</sup> Vorab wurde die Übersetzerin zum Thema Transkription geschult und in das Transkriptionsprogramm F4 eingearbeitet. Bei der Transkription wurden einfache Transkriptionsregeln verwendet.<sup>25</sup> Die Transkripte wurden alle anonymisiert.

---

<sup>24</sup> Alle Transkripte können bei der Forscherin angefragt werden.

<sup>25</sup> Die verwendeten schriftlichen Transkriptionsregeln können bei der Forscherin angefragt werden.



Kritisch kann die Zusammenarbeit mit der Übersetzerin betrachtet werden. Durch die Übersetzungen können die Fragen geändert und der Gesprächsverlauf beeinflusst werden oder Aspekte können bei der Übersetzung von Kinyarwanda ins Englische verloren gehen. Jedoch überwiegen hier die Vorteile, die die Forscherin zu der Entscheidung für eine Übersetzerin kommen ließen: Durch eine intensive Vorabschulung der Übersetzerin wurde sie nicht nur mit dem Transkriptionsprogramm und dem Forschungskodex (korrekte Übersetzung und Freiheit der Forschung) geschult. Außerdem entwickelte sich ein enges Vertrauensverhältnis. Die Sprachbarriere darf nicht außer Acht gelassen werden: Kinyarwanda ist eine sehr komplexe und nur schwer erlernbare Sprache. Die Feldforschung und die anschließenden Transkriptionen wären ohne Übersetzerin unmöglich. Hinzukommt, dass man bei auf Englisch geführten Interviews Gefahr läuft, Menschen ohne Englischkenntnisse von der Feldforschung auszuschließen. Als Folge könnte es zu einem enormen Wissensverlust bzw. einem Bias führen. Die Zusammenarbeit mit einer Übersetzerin war somit unumgänglich.

### **3.3.4 Die explorative Forschung**

Bei dem Datenerhebungsprozess nimmt die explorative Forschung großen Raum ein, die eng verbunden mit der Pilotstudie ist. Die Pilotstudie kann als Probelauf verstanden werden. Die Ergebnisse werden für die Dissertation nicht verwendet, da sich durch die Modifikation des Interviewleitfadens die Antworten nicht in das endgültige Schema einfügen lassen. Außerdem hatte die Forscherin zum Zeitpunkt der Pilotstudie, wie sich nachträglich herausstellte, keine allgemeingültige Erlaubnis der Gesundheitseinrichtung, sodass die gesammelten Informationen nicht verwendet werden konnten. Der Interviewleitfaden (Appendix 3) wurde im März 2017 in einem Gesundheitszentrum im Stadtteil Kibirizi (Huye) getestet. Die Möglichkeit, Zugang zu dieser Institution zu bekommen, entstand durch einen persönlichen Kontakt in Huye. Das Gesundheitszentrum erlaubte der Forscherin mit je vier Healthworker<sup>26</sup> und vier Patienten zu sprechen. Das einzige Auswahlkriterium für die Teilnahme an den Interviews war für das Gesundheitszentrum die Freiwilligkeit der Teilnahme. In den Interviews mit den Befragten wurden folgende Kategorien abgefragt:

- Alter
- Geschlecht
- Wohnort (Huye oder außerhalb)

---

<sup>26</sup> Im Deutschen übersetzbar mit Gesundheitsfachkräften.

- Durchschnittliche Anzahl der Besuche in einer Gesundheitseinrichtung (Gesundheitszentrum, Krankenhaus, Ambulanzen, etc.)
- Vorerkrankungen (optional)
- Familienstatus
- Bildungsstand
- Art der Krankenversicherung

Bei der Entwicklung des Interviewleitfadens wurde entschieden, vor den Gesprächen diese Kategorien abzufragen, um Daten bzgl. der Lebensumstände zu gewinnen und eine Form der Vergleichbarkeit zu schaffen. Die Nachfragen nach Vorerkrankungen sollten eine eventuelle Kausalität von chronisch kranken Menschen und ihrer Neigung und Bereitschaft, sich kranken zu versichern, feststellen.

Bei der Pilotstudie zeigte sich, dass die Erfragung des Wohnortes, durchschnittlicher Anzahl der Besuche in einer Gesundheitseinrichtung und des Bildungsstandes Zögern und Misstrauen bei den Befragten auslöste, was die Gesprächsatmosphäre für einen kurzen Moment drückte. Auf Grund der Sensibilität des Themas wurden keine Bemühungen unternommen, nach den Vorerkrankungen zu fragen.

Im Anschluss an die Interviews wurde der semi-strukturierte Interviewleitfaden wie folgt modifiziert: In der Pilotstudie zeigte sich, dass die Krankenversicherung in einem engen Zusammenhang mit der Kategorisierung im Ubudehe-System steht. Daher wurde der Interviewleitfaden hinsichtlich der Ubudehe-Kategorien und des Aspekts der Netzwerke unter den einzelnen Gesundheitseinrichtungen erweitert (siehe Appendix 4). Darüber hinaus sollten mögliche Probleme in den jeweiligen Beziehungen unter den Akteuren erfasst werden.

### **3.3.5 Die Feldforschung**

Administrative und bürokratische Hürden prägten die Hauptstudie stark. Dieses Unterkapitel geht ausschließlich auf den Ablauf der Hauptstudie ein, auf die Schwierigkeiten vor der Hauptstudie wird im Kapitel 3.4 eingegangen. Durch die Auflagen des Krankenhauses wurde der Forscherin durch das CHUB ein Gatekeeper zugeteilt. Die Zuteilung eines Gatekeepers durch das CHUB erschien zunächst fragwürdig. Ohne den Gatekeeper hätte es aber keinen Zugang zu einer solch großen Anzahl medizinischen Personals gegeben, wodurch die Feldforschung in dem Ausmaß nicht möglich gewesen wäre.

Der Zugang zum CHUB, seinen Patienten und den Angestellten wurde gleich zu Beginn zeitlich durch die Verwaltung des CHUBs begrenzt. Es war deutlich ein starkes Kontrollbestreben seitens des CHUB erkennbar. Durch die zeitliche Begrenzung und die schwierigen bürokratischen Zugangsvoraussetzungen bot sich der Forscherin nicht die Möglichkeit, jederzeit ins CHUB zu gehen, um teilnehmende Beobachtungen durchzuführen. Die Hauptstudie<sup>27</sup> fand im gesamten Monat Mai 2017 statt. Die Durchführung der Gespräche mit Patienten mit und ohne eine Krankenversicherung fand in einem durch den Gatekeeper organisierten Raum statt. Grundlage für die semi-standardisierten Interviews war der modifizierte Interviewleitfaden aus der Pilotstudie. Die Gespräche wurden wie in Kapitel 3.3.3 beschrieben mit Hilfe einer Übersetzerin durchgeführt.

Die ersten Interviews fanden mit Patienten statt, die über eine Krankenversicherung verfügten. Die Interviews in dem separaten Raum wurden durch den Gatekeeper oder das Krankenhauspersonal unterbrochen, die dort kurz unter dem Vorwand, etwas aus dem Raum zu benötigen, verblieben. Auch auf die Bitte hin, dass die Gespräche nicht unterbrochen werden sollten, ließ sich das nicht verhindern. Die Patienten waren größtenteils sehr aufgeschlossen und hatten meist keinerlei Zeitdruck.

Im Anschluss an die Gespräche mit den Patienten mit einer Krankenversicherung schlossen sich die Gespräche mit Ärzten und Sozialarbeitern an. Diese fanden überall im CHUB statt, da Ärzte und Sozialarbeiter unter enormem Zeitdruck standen. Zeitdruck und die Angst, nicht regierungskonforme Antworten zu geben, beeinflussten diese Gespräche. Gleich zu Beginn eines jeden Gesprächs wurde ein zeitliches Limit gesetzt, um den Krankenhausalltag nicht zu beeinträchtigen. Das Krankenhauspersonal wollte nicht außerhalb des Krankenhauses Gespräche führen. Eine Besonderheit waren offene, wenn auch zeitlich begrenzte Gespräche mit Sozialarbeitern über ihre Erfahrungen im Krankenhausalltag im Hinblick auf die CBHI. Die Gesprächssituation ermöglichte Nach- und Verständnisfragen. Schwieriger gestalteten sich die Gespräche mit den Ärzten, da zum einen trotz Fürsprache durch den Gatekeeper nur wenige Ärzte zu einem Interview bereit waren und dieses noch weniger aufnehmen lassen wollten. Alle Ärzte haben sich die offizielle Forschungsgenehmigung durch das Ministry of Education (MINEDUC) und die Genehmigung des CHUBs zeigen lassen. Bis auf einen Arzt haben alle anderen Ärzte nur sehr knapp und hinsichtlich des Ubudehe-Systems nur ausweichend geantwortet. Bezeichnend war das mangelnde ärztliche Verständnis für die Patientenperspektive und das Unwissen über

---

<sup>27</sup> Als Hauptstudie wird im Rahmen dieser Arbeit die Befragung der Interviewpartner im CHUB definiert. Für die Dissertation wurden noch weitere Interviews mit anderen Personengruppen durchgeführt.

das administrative Vorgehen der CBHI. Beispielhaft kann hier angeführt werden, dass Ärzte nicht den genauen administrativen Ablauf zum Erhalt der CBHI kennen und daher kein Verständnis für mögliche Schwierigkeiten im Gespräch mit nichtversicherten Patienten aufbringen können.

Die Gespräche mit den Patienten ohne Krankenversicherung fanden überwiegend am Krankbett statt. Das CHUB behandelt Patienten ohne Krankenversicherung nur in dringenden Notfällen, wodurch die Rekrutierung von Gesprächspartnern ohne Krankenversicherung erschwert wurde. Zu den medizinischen Notfällen zählen lebensbedrohliche Erkrankungen und schwere Unfälle, die beispielsweise zu einem komatösen Zustand führen. Ansonsten werden potenzielle Patienten ohne Krankenversicherung vom CHUB abgewiesen.

Im Rahmen der Feldforschung gab es insgesamt 46 Interviews mit 63 Personen. Dabei wurden folgende Daten vor jedem Gespräch erhoben:

- Alter
- Geschlecht
- Besuche in einer Gesundheitseinrichtung innerhalb der letzten 12 Monate (ausgenommen der momentane Aufenthalt im CHUB)
- Familienstatus
- Anzahl der Kinder
- Schulbildung
- Form der Krankenversicherung

Von den Krankenpflegerinnen, Ärzten und Sozialarbeitern wurden diese Daten ebenfalls erhoben. Ärzte, Gesundheits- und Krankenpfleger sowie Sozialarbeiter sind über ihren Arbeitgeber, das CHUB, bei RSBB versichert. Die Form der Krankenversicherung bei allen anderen Gesprächspartnern mit einer Krankenversicherung ist die CBHI. Besonders interessant sind die Daten der Gesprächspartner mit und ohne CBHI. Die folgende Auswertung zeigt die Verteilung zusammengefasst aus der Fokusgruppe mit CBHI und Gesprächspartnern mit CBHI gegenübergestellt der Gruppe der Gesprächspartner ohne CBHI und der Fokusgruppe ohne CBHI. Ziel ist es, einen ersten Vergleich zwischen beiden Gruppen ziehen zu können. Das durchschnittliche Alter der Befragten ohne CBHI lag bei 40,25 Jahren und bei den Befragten mit CBHI bei 34,59 Jahren. Gesprächspartner ohne CBHI haben durchschnittlich 3,78 Kinder, wohingegen Gesprächspartner mit einer CBHI nur 2,96 Kinder haben. Durchschnittlich haben Gesprächspartner mit einer CBHI 2,63 Mal in den vergangenen zwölf Monaten eine

Gesundheitseinrichtung aufgesucht. Gesprächspartner ohne eine CBHI haben 3,375 Mal in den vergangenen 12 Monaten eine Gesundheitseinrichtung aufgesucht. Wenn man bedenkt, dass diese Menschen für jede der Behandlungen eigenständig aufkommen müssen, ist dieser Fakt besonders interessant.

Tabelle 4: Demographische Daten der Feldforschung

	Durchschnittsalter in Jahren	Durchschnittliche Kinderzahl	Durchschnittliche Anzahl der Besuche in einer Gesundheitseinrichtung
Gesprächspartner mit CBHI	34,59	2,96	2,63
Gesprächspartner ohne CBHI	40,25	3,78	3,375

Vor diesem Hintergrund ist das Bildungsniveau interessant. 62,5% der Gesprächspartner ohne Krankenversicherung gaben an, unterschiedlich lange eine Primary School besucht zu haben, wohingegen 66,7% der Gesprächspartner mit einer Krankenversicherung angaben, eine Primary School abgeschlossen zu haben. 16,6% der Gesprächspartner ohne Krankenversicherung machten keine oder nur ungenaue Angaben bezüglich des Schulbesuches und 16,6% gaben an, keine Schulbildung zu haben. Im Vergleich dazu machten nur 4,16% der Gesprächspartner mit CBHI keine genaueren Angaben zur Schulbildung und 8,3% der Gesprächspartner gaben an, keine Schulbildung zu haben. 4,16% der Gesprächspartner ohne CBHI gaben an, eine Secondary School besucht zu haben, während 12,5% der Gesprächspartner mit CBHI eine Secondary Schulbildung besucht hatten. 8,3% der Gesprächspartner mit CBHI gaben an, eine Universität besucht zu haben. Somit lässt sich insgesamt feststellen, dass Gesprächspartner mit CBHI im Durchschnitt mehr Bildung sowie eine geringere Anzahl an Kindern haben und weniger Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen. Die Gruppe der Gesprächspartner ohne CBHI weist einen deutlich höheren Anteil ohne Bildung bzw. ohne Angaben zum Bildungsniveau auf, nimmt aber häufiger Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch.

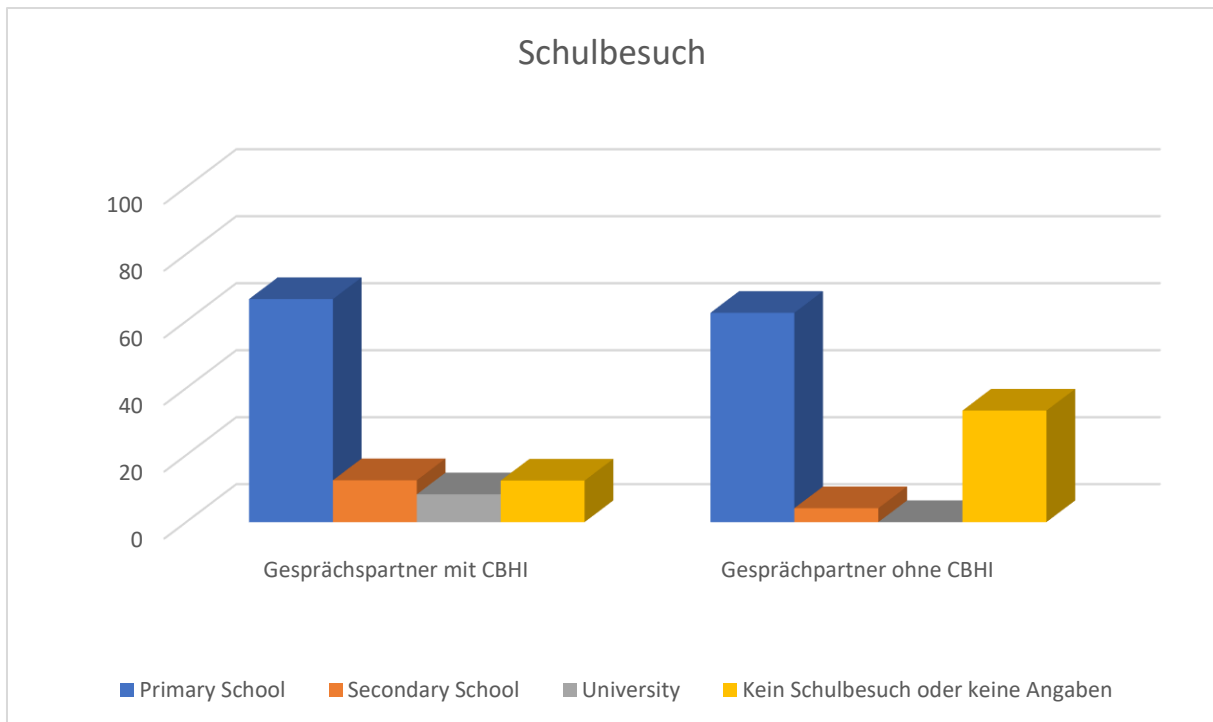


Abbildung 8: Formen der Schulbesuche der Gesprächspartner

Der Anteil der Verheirateten ist in beiden Gruppen etwa gleich groß. In der Gruppe der Gesprächspartner mit CBHI sind deutlich mehr Gesprächspartner alleinstehend als in der Vergleichsgruppe, was mit dem Alter zusammenhängen kann. Der Anteil der Gesprächspartner ohne CBHI, der aus Witwen oder Witwern besteht, liegt bei 12,5%, wohingegen er in der Vergleichsgruppe bei 0% liegt.

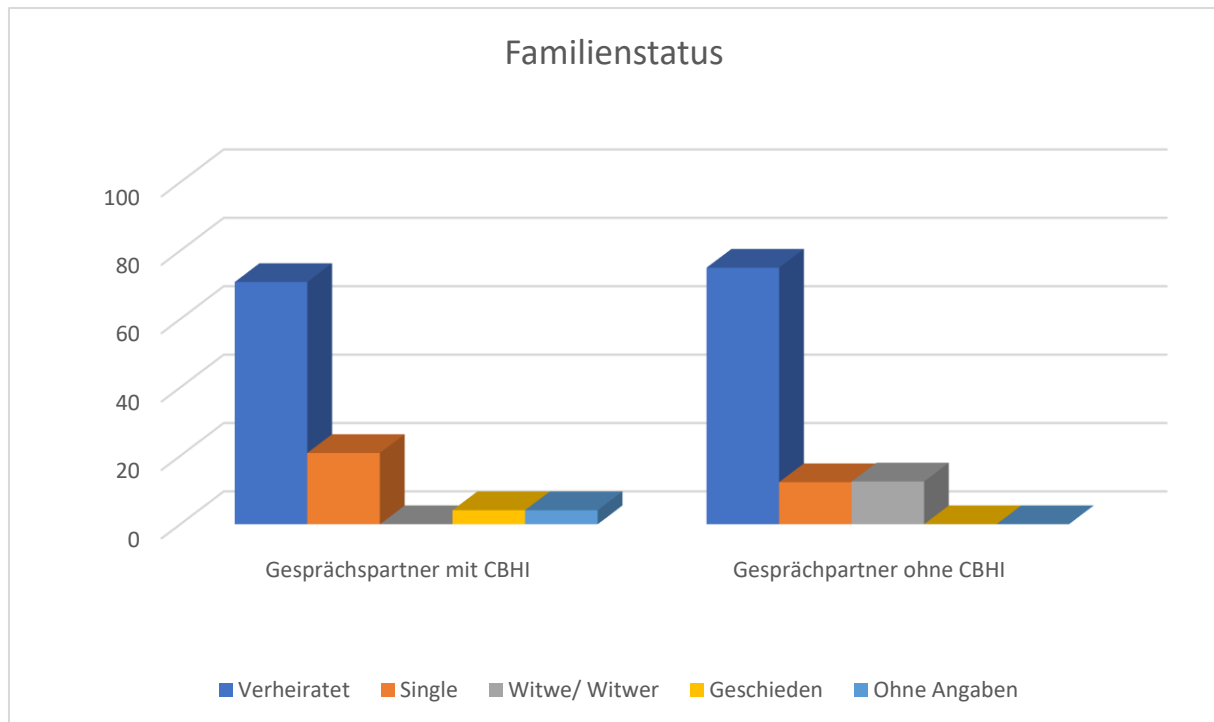


Abbildung 9: Familienstatus der Gesprächspartner

### 3.3.6 Die Fokusgruppengespräche

Durch die Zeit im CHUB ist ein Kontakt zu amerikanischen Ärzten entstanden, die für die Ausbildung der angehenden Kinderärzte in Ruanda zuständig waren. Durch sie und ihre Verbindungen zum Krankenhaus und anderen Gesundheits-NGOs entstand die Möglichkeit, eine NGO näher kennenzulernen<sup>28</sup>. Das führte mit Hilfe einer Mitarbeiterin dieser NGO zu zwei Fokusgruppengesprächen. Geplant war, Gespräche mit einer Fokusgruppe mit Menschen ohne CBHI und einer Fokusgruppe mit Menschen mit CBHI zu führen. Auf Anraten der amerikanischen Ärzte sollte für die Durchführung der Fokusgruppengespräche - einschließlich der Simultanübersetzung - die Mitarbeiterin der NGO beauftragt werden. Grund hierfür war die gute Vernetzung der Mitarbeiterin innerhalb der NGO und der damit einhergehende leichtere Feldzugang, was zu einer höheren Gesprächsbereitschaft führte. Das erste Gespräch fand im Mai in einem Randbezirk von Huye statt<sup>29</sup>. Die Mitarbeiterin hatte vorab mit dem Vorsteher der Gemeinde gesprochen und im Anschluss an Umuganda<sup>30</sup> sollte die Forscherin sich vorstellen. Die Mitarbeiterin der NGO erklärte das Forschungsvorhaben in Kinyarwanda und offene Fragen

<sup>28</sup> Aufgrund von Anonymitätswünschen werden weder die NGO noch die Mitarbeiterin benannt.

<sup>29</sup> Um mögliche Rückschlüsse auf die Interviewpartner zu verhindern, wird der Stadtteil nicht benannt.

<sup>30</sup> Umuganda ist der „Gemeindefreizeittag“ in Ruanda, bei dem die Gemeinde zusammenkommt, um Arbeiten zum Wohle der Gemeinschaft durchzuführen. Dazu zählen Arbeiten im Umweltschutz oder der Infrastrukturentwicklung.

konnten im Plenum geklärt werden. Im Anschluss wurde nach Interessenten für das Fokusgruppengespräch gefragt. Neun Frauen ohne CBHI erklärten sich umgehend bereit, am Gespräch teilzunehmen. In einem separaten und geschützten Raum konnte das Fokusgruppengespräch stattfinden. Es wurde mithilfe eines angepassten Leitfadens (Appendix 5) nach Unterzeichnung der Einverständniserklärung (Appendix 2) hauptsächlich von der Mitarbeiterin durchgeführt. Die Gesprächspartner waren sehr gesprächsbereit. Auf Anraten der Mitarbeiterin wurde von einer Simultanübersetzung abgesehen, um den Redefluss der Gesprächspartner nicht zu unterbrechen. Die Mitarbeiterin übersetzte die Gesprächsinhalte während der Gesprächspausen, so dass Rückfragen ohne Gesprächsstörungen gestellt werden konnten.

Für die zweite Fokusgruppe mit CBHI-Versicherten wählte die Mitarbeiterin einen anderen Tag und eine andere Umgebung. Die Räumlichkeiten der NGO waren Treffpunkt für das zweite Gespräch mit CBHI-versicherten Menschen. Es waren alles gesprächsbereite Mitarbeiter der NGO (Frauen und Männer). Das Gespräch verlief methodisch wie in der ersten Fokusgruppe.

### **3.3.7 Die Experteninterviews**

Um ein möglichst vollständiges Bild zu erhalten, spielen Experteninterviews eine zentrale Rolle: Im Anschluss an den ersten Forschungsaufenthalt schloss sich die Auswahl von möglichen Experten für die Interviews im November 2017 an. Grundlage waren die ersten Forschungserkenntnisse, vor allem, dass das Ubudehe-System und die dazugehörige Einstufung einen Einfluss auf die Zugänglichkeit zur CBHI hat. Die Experteninterviews zielten auf ein tieferes Verständnis des Ubudehe-Systems (siehe Kapitel 4.2) mit seinen Stärken und Schwächen ab.

Der Expertenauswahl für die Interviews lagen folgende zwei Kriterien zu Grunde:

1. Inwiefern sind die Experten mit der Entwicklung, Implementierung und der Verbesserung der CBHI vertraut?
2. Inwiefern sind die Experten und ihre dazugehörigen Organisationen an weiteren allgemeinen Gesundheitsprojekten im Land beteiligt?

Um ein möglichst informatives und umfassendes Gesamtbild zu erhalten, sollten die Experten über möglichst unterschiedliche Erfahrungen im ruandischen Gesundheitswesen verfügen und die CBHI über einen längeren Zeitraum betreut haben. Aus diesem Grund fiel die Auswahl auf eine große amerikanische Regierungsorganisation, eine weitere amerikanische NGO und die



ruandischen Regierungsorganisation RSSB.<sup>31</sup> Die beiden amerikanischen Organisationen sind zwei namenhafte Akteure, die ihren Schwerpunkt im Gesundheitsbereich haben und die Entwicklung und Implementierung der CBHI über einen längeren Zeitraum begleiten. RSSB ist seit dem Jahr 2015 für das Management der CBHI zuständig. Aus Sicherheitsgründen durfte das Interview in der amerikanischen Regierungsorganisation nicht aufgenommen werden. Dieses Gespräch galt hauptsächlich der Bereitstellung von Dokumenten. Die amerikanische NGO stellte Dokumente zur Verfügung und konnte viele Fragen in Bezug auf die technische Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen bezüglich der CBHI beantworten. Das Gespräch mit RSSB wurde aufgrund seiner Informationsfülle auf zwei Experteninterviews mit der gleichen Person aufgeteilt. Diese drei Experteninterviews wurden durch ein weiteres, telefonisch durchgeführtes Experteninterview mit einer Expertin der Weltbank ergänzt.

### **3.4 Grenzen der Datenerhebung vor und während der Studie**

Die Grenzen bei der Datenerhebung vor und während der Studie zeigen methodische Schwierigkeiten und die Herausforderungen vom Forschen in Ruanda. Um Forschung in Ruanda durchführen zu können, ist eine Forschungsgenehmigung notwendig: Diese zu bekommen ist ausgesprochen aufwendig und zeitintensiv. Einzelne Schlüsselsituationen werden beschrieben, um die Komplexität und Intransparenz des Verfahrens darzustellen. Die Anforderungen für den Erhalt einer Forschungsgenehmigung beinhalten u.a. die Anbindung an eine lokale Institution wie die UR, die Kooperation mit einem lokalen Betreuer und das Einreichen aller notwendigen Dokumente bei der UR und anschließend MINEDUC. Zu diesen notwendigen Dokumenten zählen u.a. ein ausführliches Exposé über das Forschungsvorhaben, der semi-strukturierte Interviewleitfaden und der Lebenslauf der Forscherin und der Übersetzerin. Informationen über Bewerbungsprozess und Zeitangaben erhält man auf den Internetseiten der UR, MINEDUC und dem MOH. Durch die thematische Ausrichtung der Dissertation war keine eindeutige Anbindung an das MOH oder MINEDUC vorhanden. Zwar wird regulär die Forschungsgenehmigung durch das MINEDUC ausgestellt, jedoch ist im Falle von Forschung in einem medizinischen Umfeld das MOH zuständig. Auf Grund dieser Unklarheit wurde Anfang April 2016 zur Klärung des Sachverhaltes der Kontakt zum MINEDUC gesucht.

Nach Klärung der Zuständigkeit und dem Prozedere musste sich dann um einen lokalen Betreuer und die Anbindung an die UR bemüht werden. Per Email wurde versucht, Kontakt mit dem College of Arts and Social Sciences der UR aufzunehmen. Insgesamt war auch hier die

---

<sup>31</sup> Die Namen der amerikanischen Organisationen werden auf Wunsch der Experten nicht genannt.

Kommunikation sehr schwierig, da die meisten Emailadressen falsch waren oder die Antworten ausblieben. Aufgrund des Forschungsthemas wurde die Forscherin nach einiger Zeit an das College for Medicine and Health Sciences der UR verwiesen, wo sich die Kontaktaufnahme ebenfalls als schwierig erwies. Am 28.07.2016 erklärte sich Dr. Manassé Nzayirambaho bereit, die Rolle des lokalen Betreuers zu übernehmen. Durch diese Zusage konnte der Antrag für das MINEDUC gestellt werden. Die Anbindung an eine ruandische Institution hat somit vier Monate in Anspruch genommen. Die Zusammenarbeit mit dem lokalen Betreuer war zunächst sehr schwierig, sodass die notwendige Unterschrift auf den einzureichenden Dokumenten erst drei weitere Monate später erfolgte. Durch diese Unterschrift konnten alle Dokumente bei der UR am 04.12.2016 eingereicht werden. Die Affiliation durch die UR wurde am 20.01.2017 ausgestellt. Anschließend konnte die finale Bewerbung beim MINEDUC eingereicht werden. Die Forschungsgenehmigung wurde am 08.02.2017 erteilt.

Da alle notwendigen Dokumente vorlagen, fand die Einreise am 06.03.2017 statt. Innerhalb der ersten zwei Wochen wurde das Forschungsvisum erteilt. Nach der Ankunft in Huye wurde, um einen Forschungsbeginn festzulegen, umgehend das Gespräch mit dem CHUB gesucht. In diesem Gespräch stellte sich heraus, dass ohne Ethical Clearance<sup>32</sup> keine Studie im CHUB stattfinden durfte. Diese Ethical Clearance wurde weder von der UR noch vom MINEDUC gefordert, da das Forschungsvorhaben als ethisch unbedenklich eingestuft wurde. Das CHUB bestand aber auf dieser. Nach langen Diskussionen und dem Einreichen weiterer Dokumente beim CHUB wurde Ende April 2017 die Erlaubnis erteilt, Feldforschung im CHUB unter der Auflage durchzuführen, einen vom CHUB gestellten Gatekeeper für die Rekrutierung von Gesprächspartnern einzustellen. Dieser Gatekeeper sollte ursprünglich nach Wunsch des CHUB ebenfalls die Simultanübersetzungen während der Interviews führen, was die Forscherin ablehnte. Es entstand während der Interviews der Eindruck, dass der Gatekeeper versuchte, den Ausgang der Forschung zu kontrollieren. Hinzu kam, dass er sich mehrfach in die Gespräche mit Übersetzungsversuchen einmischte, was zur Unterbrechung des Redeflusses der Interviewten führte. Wie bereits beschrieben kamen der Gatekeeper und weiteres Personal des CHUB während einiger Interviews in den Raum, um Gegenstände zu holen. Man kann dieses Verhalten als Kontrollversuch werten: Das subjektive Empfinden ist, dass der Gatekeeper Gesprächsinhalte aufschnappen wollte, um die Situation in der Folge zu kontrollieren. In den meisten Fällen fühlten sich die Befragten aber nicht gestört. Der Gatekeeper war nicht bei allen Interviews anwesend, da er seine „Unerwünschtheit“ seitens der Forscherin bemerkte. In der Abwesenheit des Gate-

---

<sup>32</sup> Die Ethical Clearance wird von Nationalen Ethikkomitee oder dem Ethikkomitee der University of Rwanda vergeben.

keepers veränderte sich häufig, aber nicht immer, die Gesprächsatmosphäre. Die Gesprächspartner sprachen manchmal private und durch die CHUB bedingte Probleme an, die die Entscheidung für oder gegen die CBHI beeinflussten. Viele Gesprächspartner ließen sich durch den Gatekeeper nicht beeinflussen und sprachen frei heraus. Die Auswahl der Gesprächspartner durch den Gatekeeper birgt potenziell die Gefahr eines Selektionsbias, da er gegebenenfalls nur diejenigen aussucht, die in seinem Sinne antworten würden. Dieser Gefahr war sich die Forscherin bewusst. Begrenzte finanzielle und zeitliche Ressourcen sowie die eingeschränkte Bewegungsfreiheit auf dem CHUB-Gelände haben eine andere Rekrutierungsform unmöglich gemacht. Jedoch eröffnete der Gatekeeper weitere Möglichkeiten der Informationsgewinnung, denn durch seine Hilfe konnte in der kurzen Zeit eine große Anzahl an medizinischem Personal interviewt werden.

Die Ärzte zögerten häufig bei den Interviews. Die Gesten und manche Aussagen verdeutlichten die Scheu der Ärzte, generell negative Aussagen bezüglich des Gesundheitssystems oder der CBHI zu treffen. Grund zur Annahme ist die Angst ihre Arbeitsstelle und die damit verbundene Krankenversicherung zu verlieren. Ärzte im CHUB sind Angestellte des Staates und in dieser Position wagt man es kaum, eine ernsthafte Kritik zu formulieren. Gespräche außerhalb des CHUB hätten mit einer hohen Wahrscheinlichkeit keinen anderen Verlauf gehabt, zumal die Kontaktaufnahme sehr schwierig war und die Ärzte außerhalb des CHUB zu keinem Gespräch bereit waren. Der Wechsel des Gatekeepers bei den Fokusgruppengesprächen als Auflage der NGO kann kritisch gesehen werden. Jedoch war das indiskutabel und die Mitarbeiterin war sehr zugewandt und offen. Durch ihre eigene universitäre Bildung und die Vorabschulung war sie umfassend vorbereitet.

Eine methodische Stärke des Forschungsansatzes ist die relativ hohe Anzahl der Gespräche und die Vielfalt der Befragten. Es konnte mit vielen Menschen mit und ohne CBHI, mit medizinischen Fachpersonal, Experten und zwei Fokusgruppen gesprochen werden. Dadurch ergibt sich einerseits eine große Vielfalt an Antworten, andererseits können die individuellen Antworten bei der großen Anzahl von Gesprächen häufig durch andere Interviews bestätigt oder negiert werden. Die Auswahl des Forschungsdesigns und der Interviewpartner orientierte sich an folgenden fünf Hauptaspekten, die bei einer ethisch korrekten Forschung zu berücksichtigen sind:

1. *Informierte Einwilligung*
2. *Selbstbestimmung*
3. *Schadensminimierung*
4. *Anonymität*

### 5. *Vertraulichkeit* (Hennink et al. 2011: 63).

Bei den Interviews war oberste Priorität, dass den Interviewpartnern kein physischer oder psychischer Schaden zugefügt wird. Psychischer Schaden kann im Rahmen dieser Forschungsarbeit entstehen, da das Thema Gesundheit häufig mit persönlichem Schamgefühl, Demütigung oder der Infragestellung sozialer Positionen, entstehend durch eine unterschiedliche Sichtweise der Gemeinschaft oder der Gesellschaft, verbunden ist. Aus diesen Gründen ist die Wahrung von Anonymität und der Normen des Datenschutzes unabdingbar. Daher wurde der Interviewpartner am Anfang eines jeden Interviews durch die Übersetzerin über die Forschung, das Forschungsziel und das Vorgehen in aller Ausführlichkeit aufgeklärt. Im Rahmen dieses Gesprächs wurde der Gesprächspartner auf die Anonymität hingewiesen – d.h., dass keine persönlichen Daten wie Name oder Adresse erhoben und die Gesprächspartner anonymisiert werden. Hinzukommt, dass alle erhobenen Daten und Informationen im Rahmen der Gespräche vertraulich behandelt werden, sie stehen keiner dritten Person zur Verfügung. Wichtig war darüber hinaus, dass jeder Gesprächspartner auf seine Selbstbestimmung hingewiesen wurde. Der Interviewpartner konnte jederzeit das Gespräch beenden. Dies ist besonders wichtig vor dem Hintergrund, dass die Interviewpartner im CHUB durch einen krankenhausinternen Gatekeeper ausgesucht wurden. Es besteht die Gefahr, dass nur diejenigen ausgesucht werden, von denen vermutet wird, dass sie regierungskonforme Antworten geben. Daher kann eine Teilnahme ggf. als nicht freiwillig gesehen werden und dem Interviewpartner sollte im persönlichen Gespräch die Möglichkeit gegeben werden, das Gespräch zu verweigern oder abubrechen, ohne Schaden davon zu tragen. Der Interviewpartner wird darauf hingewiesen, dass die Gespräche aufgezeichnet werden. Sofern der Interviewpartner eine Transkriptkopie möchte, kann er diese bekommen.

### **3.5 Schritte der Datenanalyse**

Der Datenerhebungsprozess darf nicht losgelöst von der Datenanalyse betrachtet werden. Das Vorgehen bei der Datenanalyse ist für die Qualität der Forschung ausschlaggebend und gewinnt eine besondere Bedeutung. Da das Analyseverfahren für beide Erhebungen identisch ist, werden beide Vorgehen gemeinsam beschrieben. Im Anschluss an die Interviewphase wurden alle Gespräche durch die Übersetzerin transkribiert und bildeten die schriftliche Grundlage für die anschließende Datenanalyse. Für die Transkriptionen wurden die einfachen Transkriptionsregeln verwendet, da durch die Interviewübersetzungen Wortbetonungen und die damit verbundenen Bedeutungen verloren gehen. Für eine transparente und systematische Datenanalyse wurde das Vorgehen der induktiven Kategorienbildung nach Philipp Mayring (Mayring 2010:

83-85, Mayring 2016: 114-118) angewandt. Es wurden, losgelöst von feststehenden Theoriekonzepten, Kategorien aus dem vorhandenen Material gebildet. So konnte ergebnisoffen und dynamisch agiert werden. Ein Vorteil dessen ist das methodisch streng kontrollierte Vorgehen, was zu einem gewissen Maße Vergleichbarkeit schafft und zur Steigerung der Reliabilität führt. Durch die Vorarbeiten und das Aneignen von Fachwissen kommt es zur Festlegung des Selektionskriteriums und des angewandten Abstraktionsniveaus. Dabei wurden deduktiv in Anlehnung an Mayring (2016: 116) folgende Kategorien festgelegt, die für die den vorliegenden Forschungsansatz relevant sind:

1. Arzt-Patienten-Beziehung
2. Ubudehe-System
3. Mediale Aufklärungskampagnen
4. Traditionelle Heiler
5. Qualität der Leistungen
6. Administration

Anschließend wurde das Material anhand der gebildeten Kategorien gesichtet. Sofern neue thematische Aspekte beim Durchgehen auftauchten und sich nicht den vorhandenen deduktiven Kategorien zuordnen ließen, wurden neue induktive Kategorien gebildet. Zu den neu gebildeten induktiven Kategorien zählen:

1. Finanzierungsprobleme
2. Mangelnde Informationen
3. Individuelle Beweggründe für und gegen den Eintritt in die CBHI
4. Zusatzbeiträge
5. Individuelle Verbesserungsvorschläge

Nachdem alle deduktiven und induktiven Kategorien gebildet wurden, wurde das gesamte Kategoriensystem überarbeitet. Schließlich wurden die einzelnen Kategorien analysiert und ausgewertet. Dabei wurde das gesamte System in Hinblick auf den Forschungsgegenstand interpretiert und nicht auf einzelne Falltypen beschränkt. Die Analyseergebnisse werden in den anschließenden Kapiteln in aller Ausführlichkeit dargestellt.

## ***Kapitel 4: Das Konstrukt CBHI***

---

*Dieser Teil der Dissertation stellt die Ergebnisse der Feldforschung dar. Dabei werden diese mit Angaben aus der Literatur ergänzt. Zunächst wird die CBHI-Struktur aufgezeigt und die Ubudehe-Kategorien erläutert. Die unterschiedlichen Vorgehensweisen zum Erwerb der CBHI werden gegenübergestellt. Das Beitragserhebungssystem der CBHI, Tontines zum Sparen der CBHI-Beiträge sowie Leistungen und Medikamente im Rahmen der CBHI sind anschließend Themen der Analyse. Abschließend soll die Finanzierung der CBHI und die Rolle der deutschen Entwicklungszusammenarbeit für die CBHI näher analysiert werden.*

### **4.1 Die Struktur der CBHI**

Das vergangene Kapitel zeigte den historischen Werdegang der CBHI mit seinem Ursprung in der „*Vision 2020*“. Nun muss ein grundlegendes Verständnis für die CBHI im Einzelnen und für die Mechanismen innerhalb der CBHI gewonnen werden, um potenzielle Zugangsbarrieren ermitteln zu können. Daher muss zunächst die Struktur der CBHI betrachtet werden. Wie bereits in Kapitel 2.3 dargelegt, bildet die Zeit nach dem Genozid den Ausgangspunkt: Von der administrativen Neuorganisation und Neuausrichtung des Gesundheitssystems nach dem Genozid profitiert verstärkt die ländliche Bevölkerung, da damit ihre stärkere Einbindung in die Gesundheitsversorgung bewerkstelligt wurde. Die positive Entwicklung der ruandischen CBHI in Ruanda basiert auf der gegenseitigen Verpflichtung der zentralen und dezentralen Regierungsstrukturen, ein dezentrales Gesundheitssystem und ein solides Netzwerk zwischen den Gesundheitseinrichtungen in allen Distrikten zu schaffen (MOH 2010:7-9).

Doch wie genau ist die ruandische CBHI strukturell aufgebaut? Zunächst ist das Land Ruanda in fünf Provinzen aufgeteilt, die wiederum insgesamt in 30 Distrikte unterteilt sind. Die 30 Distrikte sind in 416 Sektoren unterteilt, diese wiederum in 2148 Zellen und diese in die kleinste Einheit, in 14.837 Dörfer (NISR 2019).

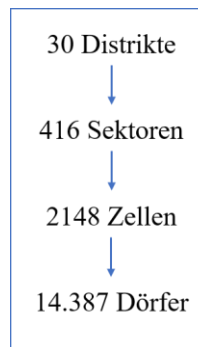


Abbildung 10: Administrative Aufteilung Ruandas

Für die ruandische CBHI sind momentan auf Landesebene drei Ministerien verantwortlich: Das MOH, das MINALOC und das MINECOFIN. Die Aufgabenteilung ist wie folgt:

- RSSB wird vom MINECOFIN betreut und ist für die tägliche Verwaltung und die Aktivitäten der CBHI verantwortlich
- Das MOH ist u.a. verantwortlich für:
  - Auszahlung der Subventionen, die von der Regierung zur Verfügung gestellt werden (ca. 13% des gesamten MOH Budgets)
  - Ausarbeitung und Entwicklung der Gesundheitsrichtlinien (u.a. Bestimmung des Leistungsumfangs und Festlegung der Preise für die Dienstleistungen) (RSSB 2017: 5)
- Das MINALOC ist u.a. verantwortlich für:
  - die Mobilisierung und den Beitritt der potenziell Versicherten (The Micro Insurance Academy 2015: 22)
  - die Ubudehe-Zertifizierung für noch nicht in der Datenbank erfasste Personen oder für Änderungen der Familienkonstellation (RSSB 2017: 5)
- *National Bank of Rwanda* ist zuständig für die Regulation der Versicherungsbranche (RSSB 2017: 5)
- *Development Partners* (Global Fund, WHO, MSH/USAID, CHA, ILO, AFR, CTB...) stellen die finanzielle und technische Unterstützung für die CBHI zur Verfügung (RSSB 2017: 5)

Die CBHI ist eine dezentralisierte Einheit und wird von den Gemeinden und der nationalen und den lokalen Regierungsstrukturen geleitet. Es gibt 30 Distrikte und somit 30 sogenannte „*Fonds de Mutuelles de Santé*“, die jeweils einen eigenen legalen Status besitzen. In jeder dieser Solidaritätskassen gibt es eine eigene CBHI-Einheit. Die Anzahl der CBHI-Einheiten pro Mutuelle entspricht der Anzahl der Gesundheitseinrichtungen pro Mutuelle. Somit ergeben sich 479 CBHI-Einheiten für 479 Gesundheitszentren, die alle 30 Distrikte abdecken (Kalisa et al. 2016: 33).

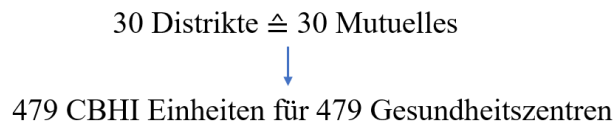


Abbildung 11: Distrikte und CBHI-Einheiten

Dabei ist die CBHI in zwei Ebenen aufgeteilt: (1) Verwaltungsebene (untergliedert in Sektor-, Distrikt-, und nationale Ebene) und (2) Versorgungsebene (Gesundheitszentren, Distriktkrankenhäuser und Zentralkrankenhäuser) (Schwedersky et al. 2014: 58).

Auf **Distriktebene** besteht jede Mutuelle aus zwei Regierungseinheiten, dem CBHI-Vorstand und der CBHI-Direktion. Der CBHI-Vorstand besteht aus sieben Personen, die zum einen Teil vom MOH bestimmt sind: Sie kommen aus den CBHI-Sektionen auf Distriktebene und sind Vertreter der Gesundheitseinrichtungen, der GGH-Kooperative, der Sektoradministration und der religiösen Organisationen auf Distriktniveau. Die Aufgabe des Vorstands besteht in der allgemeinen Kontrolle und Verwaltung der CBHI-Aktivitäten. Die CBHI-Direktion besteht aus vier Mitgliedern und ist verantwortlich für die Koordinierung, Kontrolle und Evaluation aller CBHI-Aktivitäten in den einzelnen Distrikten (Kalisa et al., 2016: 35). Das Gesundheitsministerium bestellt für jeden Distrikt einen eignen Direktor, der für die Verwaltung zuständig ist. Jedes Gesundheitszentrum verfügt über eine eigene CBHI-Abteilung, die von einem Verwalter geleitet wird (MOH 2010: 7). **Die Sektorebene** besteht aus einem administrativen Komitee, einem Finanzverwaltungskomitee und dem CBHI-Sektionsbüro. Das Alltagsgeschäft wird vom Sektorverwalter koordiniert. Die einzelnen CBHI-Einheiten sind für den Mitgliederbeitritt verantwortlich. Hinzukommt das Mobilisationskomitee. Dessen Mitglieder werden aus der Bevölkerung gewählt und kommen aus den Dörfern, Zellen und Sektoren. Ihre Aufgabe besteht darin, die Bevölkerung über die Wichtigkeit des Krankenversicherungsbeitritts zu informieren (Kalisa et al. 2016: 35).



Diese kleinteilige Administration hat allerdings ihre Tücken. Einer der Hauptkritikgründe in den meisten Interviews war die verwirrende Administration zum Erhalt der CBHI-Mitgliedschaft. Ein möglicher Grund dafür liegt in der Kleinteiligkeit des ruandischen Gesundheitsverwaltungssystems. Nachvollziehbar war nach dem Genozid der verstärkte Wunsch nach Dezentralisierung der öffentlichen Verwaltung: Durch kleinere landesweite Einheiten kann es zu höherer Flexibilität bezüglich der zu treffenden Entscheidungen kommen. Der Gedanke dabei ist, dass die Einheiten theoretisch schnellere und kürzere Entscheidungswege haben und möglicherweise zu einer örtlich differenzierten Entscheidungsfindung kommen können. Durch die Zuständigkeit von drei unterschiedlichen Ministerien ist aber kaum eine Eigenständigkeit der einzelnen kleinen Einheiten gegeben (siehe Kapitel 2.3). Beispielsweise existierten aus verschiedenen Gründen landesweit unterschiedliche Beitragssätze, die im Laufe der Jahre angeglichen wurden. Zweifelsohne führte dieser Schritt zu der angestrebten Gleichheit aller (potenziell) Versicherten und zur Erschwinglichkeit der Dienstleistungen. Jedoch wurde dadurch der Gedanke der Dezentralisierung aufgehoben und eine wichtige Entscheidung auf zentraler Ebene getroffen.

Vor dem Hintergrund der Dezentralisierung stellt sich die Frage, ob es für die unterschiedlichen Beitragshöhen nicht gute Argumente gab, die nur durch ein dezentralisiertes System hinreichend Berücksichtigung finden können. Die Kleinteiligkeit des Systems erscheint nur vor dem Hintergrund der Dezentralisierung sinnvoll. Ist diese aber durch die übergeordneten Strukturen nicht möglich oder erwünscht, stiftet kleinteilige Administration mehr Verwirrung und Intransparenz als Effektivität und Transparenz. Lange Kommunikationswege sind eine der schwerwiegendsten Konsequenzen der „Dezentralisierung“, da kaum Entscheidungen in den einzelnen Einheiten und Ebenen getroffen werden können. In Wirklichkeit werden aber im „dezentralen“ ruandischen Gesundheitswesen alle wichtigen Entscheidungen zentral getroffen. Hier liegt eher eine Scheindezentralisierung vor. Die Komplexität der Verwaltungsstrukturen wurde als einer der erschwerenden Gründe für den Zugang zur CBHI durch die Gesprächspartner gewertet.

Trotz aller Kritik bietet dieses System zwei große Vorteile: Die pluralistische Zusammensetzung der Institutionen in den einzelnen Einheiten und Ebenen ist eine Stärke und ein Novum für Ruanda. Durch sie wird der Versuch unternommen, das heterogene Bild der Bevölkerung innerhalb der Einheiten und Institutionen abzubilden, um möglichst viele Meinungen und Erfahrungen einfließen zu lassen und optimal agieren zu können. Diese Zusammensetzung schafft eine Nähe zur Basis der ruandischen Bevölkerung und damit einhergehend Offenheit für ihre Probleme. Die eng verbundenen Organisationseinheiten erleichtern die Zugänglichkeit für

Teile der ruandischen Bevölkerung zum Gesundheitssystem und der CBHI. Die so geschaffene Volksnähe ist unübersehbar und einer der Erfolgsfaktoren der CBHI. Die nicht so erfolgreiche Dezentralisierung schafft zumindest die notwendige Brücke zur ruandischen Bevölkerung, die für einen ersten Zugang zum Gesundheitswesen notwendig ist. Ein weiterer Vorteil durch die enge Anbindung der kleinen Einheiten an die Zentralregierung ist die bereits angesprochene Gleichheit. Das Kapitel 4.2.2 über die Kategorisierung in die Ubudehe-Kategorien und die unterschiedlichen Vorgehensweisen zum Erhalt der CBHI-Mitgliedschaft verdeutlicht das Problem der herzustellenden Gleichheit. Die ruandische Regierung sieht uniforme Vorgehensweisen bei diesen Aktivitäten vor, allerdings zeigt die Realität ein anderes Bild. Durch die enge Anbindung der einzelnen Einheiten und Institutionen wurden erste Schritte unternommen, durch Uniformität der einzelnen Strukturen Gleichheit zu erzeugen, wie beispielsweise durch die gleichen CBHI-Beiträge. Dies kann zweifellos als eine Stärke der CBHI gewertet werden.

Die strukturelle Komplexität des Gesundheitswesens, die beobachtbare unzureichende Verbindung zwischen der großen zentralen und den kleinen dezentralen Einheiten und die fehlenden Möglichkeiten, zeitnah auf bestehende Probleme oder Herausforderungen einzugehen oder reaktiv zu handeln, können als Kernprobleme der CBHI angesehen werden. Trotz der Erkenntnis dieser Schwierigkeiten bzw. der hier geäußerten Anliegen zeigten sich weder in den Gesprächen der Feldforschung, noch in der teilnehmenden Beobachtung strukturelle Mechanismen zur Behebung dieser Probleme.

## **4.2 Ubudehe**

Die Gespräche während der Feldforschung und die Aufbereitung der administrativen Strukturen der CBHI anhand von Primär- und Sekundärquellen unterstreichen die Wichtigkeit der Ubudehe-Kategorien für die CBHI. Diese beeinflussen die zu zahlenden CBHI-Beiträge. Die Zugehörigkeit zu der korrekten sozio-ökonomischen Ubudehe-Kategorie ist unerlässlich für den Erfolg der CBHI. Aus diesem Grund ist eine Analyse der Ubudehe-Kategorien für die CBHI unerlässlich. Ein Verständnis für dieses Konzept und seine Schwierigkeiten mit Hinblick auf die CBHI soll durch das kommende Unterkapitel geschaffen werden.

### **4.2.1 Geschichte und Struktur der Ubudehe-Kategorien**

Der kinyarwandische Begriff Ubudehe beschreibt eine ruandische Tradition und einen kulturellen Aspekt der kollektiven Aktivität und der gegenseitigen Unterstützung innerhalb einer Gemeinschaft. Dabei ging es zunächst hauptsächlich um landwirtschaftliche Arbeit und den Bau von Häusern. Der Beginn der Ubudehe-Kategorien lässt sich nicht genau datieren, man

geht allerdavon aus, dass dieses Konzept seit ca. 1880 besteht. Die Einführung einer geldorientierten Wirtschaft und die fortschreitende Kolonisation schwächten Ubudehe. Mitmenschen wurden von nun an für ihre Arbeit bezahlt und die zuvor bestehende gegenseitige Hilfe entfiel dadurch bzw. verlor ihren ursprünglichen Charakter. Diese Veränderungen lösten Ubudehe in der Praxis schrittweise ab und bis in die 1980er Jahren wurde Ubudehe nicht mehr praktiziert. Im Zuge des ruandischen Wiederaufbaus nach dem Genozid und zur Schaffung einer gemeinsamen Identität, wurde Ubudehe im Rahmen des *Social Protection Programs* (Vision Umu-*renge* Program) in einer modernisierten Form im Jahr 2001 reaktiviert. Es wurde im Jahr 2001 in einer Partnerschaft zwischen dem MINECOFIN und MINALOC initiiert. Ziel war es, an das bestehende kulturelle und traditionelle Konzept Ubudehe anzuknüpfen. Dadurch sollten ruandische Entwicklungsprogramme leichter und erfolgversprechender durch eine verbesserte Zugänglichkeit für die Bevölkerung implementiert werden. Die Modernisierung des Konzeptes steht dabei im Mittelpunkt, um Ubudehe der Zeit entsprechend nutzen zu können. Auf Zellebene werden die die Ubudehe-Kategorien heutzutage als eine dezentrale Einheit abgebildet. Ubudehe zielt auf eine partizipative Problemlösung durch die Gemeinschaft ab. Dieses Vorgehen stärkt die Dezentralisierung und die Demokratie durch eine kollektive Entscheidungsfindung. Die Ubudehe-Kategorien spielen im Alltag eine zentrale Rolle, da durch sie versucht wird, soziale Ungleichheiten zu vermeiden. Die Gesellschaft wird in der heutigen, modernisierten Form von Ubudehe in Abhängigkeit zu den unterschiedlichen sozio-ökonomischen Lebensstandards stratifiziert und in einzelne Kategorien unterteilt. Beiträge für Schulen und Universitätsbesuche sollen anhand der Ubudehe-Kategorien erhoben werden. Die Ubudehe-Kategorien lassen sich so auf viele verschiedene Lebensbereiche anwenden und sind entscheidend für das gesellschaftliche Leben (Rwanda Governance Board o.J., RSSB#1, Absatz 40,44; MSH, Absatz 71).

Im Jahr 2001 gab es zunächst sechs Ubudehe-Kategorien, die unterschiedliche Namen zum Ausdruck der jeweiligen gesellschaftlich Situation der Menschen trugen. Anhand der Bezeichnungen soll sich die Lebenssituation des Einzelnen ablesen lassen. In der erste Kategorie *Umutindi Nyakujya* fanden sich die Ärmsten der Armen, Menschen ohne Geld, Wohnmöglichkeiten oder Nahrung wieder. Häufig leben diese Menschen von der Hand in den Mund und ohne festen Wohnsitz. Die zweite Kategorie *Umtindi* fasst arme Menschen zusammen, die zumindest entweder ausreichend Nahrung oder einen Wohnsitz haben, aber über keine weiteren Konsumgüter verfügen. In *Umukene*, die Kategorie 3, fanden sich arme Menschen wieder, die über Nahrung und eine Wohnmöglichkeit verfügen. Sie haben jedoch häufig auf Grund ihrer begrenzten finanziellen Möglichkeiten keinen Zugang zu Bildung. In der Kategorie 4, *Uwifashije*, sind

Menschen mit der Befähigung, ihr Leben selbst zu bestreiten, zugeordnet, die – in etwa - dem Mittelstand zugeordnet werden können. *Umukungu*, Kategorie 5, meint wohlhabende Menschen und in *Umukire*, Kategorie 6, sind die reichen Ruander zusammengefasst (Ezeanya 2015: 5). Die Kategorien sind teilweise sehr schwer voneinander abgrenzbar (vor allem, weil keine genauen Zahlenangaben zu Einkommen und Vermögen vorliegen) und die Zäsur erfolgt in einem gewissen Maß willkürlich. Die Kategorien sind in folgender Tabelle zusammengefasst:

Tabelle 5: Ehemalige Ubudehe-Kategorien

	Kategorie 1	Kategorie 2	Kategorie 3	Kategorie 4	Kategorie 5	Kategorie 6
Name	Umutindi Nyakujya	Umtindi	Umukene	Uwifashije	Umukungu	Umukire

Quelle: Powerpoint von RSSB ("Ubudehe Categorization 2014-2015) vom November 05,2015

Für die Verwendung der Ubudehe-Kategorien für die CBHI wurden die sechs Ubudehe-Kategorien zu drei CBHI-Kategorien zusammengefasst. Die CBHI-Beiträge sind in Abhängigkeit zu den Ubudehe-Kategorien festgesetzt und sind in der untenstehenden Tabelle zusammengefasst (MOH, 2012: 12; RSSB#1, Absatz 44-46) wie folgt:

Tabelle 6: Ubudehe Kategorien und CBHI-Kategorien

Ubudehe	CBHI	Premium Per Capita pro Jahr
Ubudehe 1&2	Category 1	2000RWF
Ubudehe 3&4	Category 2	3000RWF
Ubudehe 5&6	Category 3	7000RWF

Quelle: Ministry of Health (2012). Annual Report: Community Based Health Insurance, S. 12

Eine große Schwierigkeit liegt in der Einstufung der Menschen in die einzelnen Kategorien. Die Namen der Kategorien sollten Aufschluss über die sozio-ökonomische Situation der einzelnen Personen geben. Klar definierte Kriterien zur Zuordnung fehlen, was zu Inkohärenzen zwischen den einzelnen Einordnungen führt. Verschärft wird dieses Problem durch die Zusammenlegung von jeweils zwei Ubudehe-Kategorien zu einer. Die Idee war die Vereinfachung der Beitragserhebung unter Berücksichtigung des finanziellen Status. Die Bevölkerung äußerte aber vermehrt ihren Unmut, denn die einzelnen Ubudehe-Kategorien haben unter Umständen starke Auswirkungen auf die finanzielle Situation des Einzelnen. Besonders bemerkbar war dies in den Ubudehe-Kategorien 1 und 2, da für die Kategorie 1 die Beiträge durch die ruandische Regierung bezahlt wurden, in Ubudehe-Kategorie 2 jedoch nicht. Diese Tatsache weckte vermehrt den Wunsch der Menschen, in Kategorie 1 eingestuft zu werden. Die Beitragshöhe für die Ubudehe-Kategorien 3 und 4 (der CBHI-Kategorie 2) lag bei 3000RWF, für die Ubudehe-Kategorien 1 und 2 (der CBHI-Kategorie 1) bei 2000 RWF. Die Differenz der CBHI-Kategorien 1 und 2 lag bei 1000RWF pro Person, was besonders für einkommensschwache

Familien eine Herausforderung war. Problematisch waren die unklare Trennlinie zwischen der Ubudehe-Kategorie 1 und 2 und anschließend zwischen 2 und 3 und der damit wachsende Unmut, sodass eine Reform der Ubudehe-Kategorien unumgänglich erschien (RSSB#1, Absatz 46, 48).

Im August 2014 fand eine weitere Modifikation der Ubudehe-Kategorien zur Verbesserung des Systems statt und zum April 2016 waren erste Daten für eine Auswertung verfügbar. Die Daten bieten die Grundlage für eine Definition der zu Begünstigten der einzelnen Ubudehe-Kategorien, um die Bedarfe für weitere Runden der Einordnung in die Ubudehe-Kategorien zu erfassen. Eines der Hauptziele war die Feststellung des aktuellen sozioökonomischen Status der Bevölkerung. Anschließend wurden die Ubudehe-Kategorien modifiziert. Die modifizierten Ubudehe-Kategorien wurden einem Prätest mit dem Ergebnis der Simplifizierung des Systems und der besseren Zugänglichkeit des Systems unterzogen. Im Prätest im August 2014 wurden die vier Kategorien in fünf Distrikten eingeführt: Gisagara (Süden), Nyagatare (Osten), Rulindo (Norden), Tutsiro (Westen) und Nyarugende (Kigali City). Die CBHI wurde anschließend in weiteren 25 Distrikten ab Februar 2015 eingeführt. Aus dieser Erhebung lassen sich folgende Zahlen ablesen: Die Ubudehe-Kategorisierung aus dem Jahr 2015 umfasst 2.358.488 Haushalte, was 10.382.558 Millionen Ruander entspricht. In Ubudehe-Kategorie 1 fallen 346.19 Haushalte was 16% der Gesamtbevölkerung entspricht (1.480.167 Menschen). In die Ubudehe-Kategorie 2 fallen 703.461 Haushalte, was 29,8% entspricht (3.077.816 Menschen). In Kategorie 3 fallen 1.267.171 was 53,7% der Gesamtbevölkerung ausmacht. Und in die Ubudehe-Kategorie 4 fallen 11,664 Haushalte, was lediglich 0,5% der Gesamtbevölkerung ausmacht und 58.069 Menschen meint (MINALOC 2016) <sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Zum Zeitpunkt der Feldforschung wurde der Internetauftritt des MINALOCs mehrfach verwendet und diese Daten bezogen. Diese Quelle wie auch der Internetauftritt des MINALOCs ist nicht mehr verfügbar. Da die Daten nur auf der Webseite des MINALOCs präsentiert wurden, kann auf keine andere Quelle verwiesen werden.

Einer Ubudehe-Kategorie wird man seitdem anhand prädefinierter Kriterien zugeordnet. Dabei muss eins oder mehrere Kriterien erfüllt werden. Die folgende Tabelle stellt eine Übersicht der zu erfüllenden Kriterien vor:

Tabelle 7: Kriterien der Ubudehe-Kategorien

Category	Household Criterias
1	a) Without a house; b) Without ability to rent a house; c) Often struggles to get food d) Struggles to get basic items
2	a) Owns a house; b) Able to rent a house; c) Often gets food; d) Often works for others (wages); e) With an employee in non-permanent job
3	a) With an employee in Public/Private Sector; b) With a member self-employed; c) With business activities; d) Farmers with surplus for market; e) With a member who is a small trader
4	a) With a big trader; b) With a member who owns a company providing specialized services (transport, etc.); c) With a member who is employed in Public/Private sector at high level; d) With a member who has (an) industry(ies); e) With a member who own rental house (s) in big cities or other big businesses like trucks, petrol stations, etc.

Quelle: Powerpoint von RSSB ("Ubudehe Categorization 2014-2015) vom 05.11.2015

Angehörige der ersten Ubudehe-Kategorie zahlen keine Beiträge, Angehörige der zweiten Ubudehe-Kategorie zahlen 2000RWF, Angehörige der dritten Ubudehe-Kategorie 3000RWF und Angehörige der vierten Ubudehe-Kategorie zahlen 7000RWF (pro Person und pro Jahr) (RSSB#1, Absatz 50).

Die Ubudehe-Kategorien sind ein dynamisches und kein statisches Konzept. Ihnen liegt die Idee zu Grunde, dass Menschen aufgrund ihrer Ubudehe-Kategorie beispielsweise kostenlos Bildungsabschlüsse erwerben, wodurch sie bessere Arbeitsmöglichkeiten erhalten. Durch ein nun steigendes Einkommen verbessern sich die Lebensbedingungen. Damit würden sie andere Kriterien der Ubudehe-Kategorien erfüllen und eine dauerhafte Zugehörigkeit zu einer (unteren) Ubudehe-Kategorie wäre ungerechtfertigt. Es ist davon auszugehen, dass eine Ausnahme für alte und behinderte Menschen gilt, da eine Verbesserung ihrer Lebenssituation nicht ausgeschlossen, aber unwahrscheinlich erscheint. Die Vorteile der Kategorie 1 lassen vermuten, dass die Eingruppierung in Kategorie 1 besonders attraktiv ist, da u.a. Beiträge für Schule, Universität und CBHI vom Staat beglichen werden. Diese Entwicklung ist der ruandischen Regierung nicht verborgen geblieben. Die ruandische Regierung versucht nun, staatliche Anreize zu schaffen, damit Ruander nicht in die Kategorie 1 eingeordnet werden bzw. in ihr verharren wollen. Im Jahr 2017 standen Überlegungen im Raum, erschwerten Zugang zu Krediten und ggf. zu Mobiltelefonen für Angehörige der Ubudehe-Kategorie 1 zu schaffen. Durch die Reduktion bzw. die erschwerte Zugänglichkeit zu Konsumgütern sollen Anreize geschaffen werden, eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen und die eigene Lebenssituation zu verbessern (RSSB#1, Absatz 54; MSH, Absatz 63, 73).

Wie erfolgreich ist nun das Eingruppieren der Ruander in eine Ubudehe-Kategorie? Das Working Paper „*Hit and Miss. An assessment of targeting effectiveness in social protection*“ von Stephen Kidd and Diloá Athias aus dem Jahr 2019 beschäftigt sich unter anderem mit dieser Frage. Eines der Ziele ihrer Arbeit ist es, die Effektivität von armutsbekämpfenden Programmen zu beurteilen. Für den Fall Ruanda wird die *Vision 2020 Umurenge Programme* herangezogen. Laut dieser Studie wird die anvisierte Zielgruppe, die von der *Vision 2020* profitieren sollte, verfehlt. Demnach existiert bei einem gemeindebasierten Anvisieren der Zielgruppe eine Ausschlussfehlerrate von 97%. Das heißt, dass von 36 anvisierten Haushalten nur ein Haushalt wirklich Zugang zu dem Programm erhält. Die Studie zeigt in Bezug auf Ruanda, dass das Programm die angestrebte Zielgruppe, die den ärmsten Teil der Bevölkerung darstellt, verfehlt. Die Studie geht noch einen Schritt weiter und beschäftigt sich mit der Beurteilung des Ubudehe-Systems, welches zur Umsetzung der *Vision 2020* verwendet wird. Kidd und Athias (2019) zeigen auf, dass die Rate der Ausschlussfehler bei der Identifizierung der Ubudehe-Kategorie 1 und 2 bei 53% liegt (Kidd und Athias 2019: 22, 25, 49). Die Studie legt dar, dass die Idee eines gemeindebasierten Anvisierens der notleidenden Zielgruppe prinzipiell sinnvoll und notwendig ist. Allerdings ist das ruandische Ubudehe-System bei diesem Vorhaben nicht erfolgreich und beweist Verbesserungsbedarf.

Interessant ist hier die Kombination von Entwicklungsbestreben mit einer Form der *embedded autonomy*. Die staatliche Einführung der Ubudehe-Kategorien in einer modernisierten und angepassten Version kann einerseits für Entwicklungsbestreben und andererseits für die *embedded autonomy* stehen. Die Adaption eines traditionellen Konzepts schafft eine Verbindung zu den Menschen und damit eine höhere Akzeptanz, ganz im Sinne der *embedded autonomy* nach Evans. Die einzelnen Akteure, in diesem Fall der Staat und die Gesellschaft, werden enger miteinander verbunden. Dieses Vorgehen schafft Stabilität und führt zu einer Kompetenzsteigerung des Staates, problemorientiert zu handeln. Das sind alles notwendige Bedingungen für die erfolgreiche Umsetzung von Entwicklungsbestrebungen. Die Modernisierungsansätze des alten traditionellen Konzepts Ubudehe sind ebenfalls als Ausdruck des ruandischen Entwicklungsbestrebens anzusehen. Die administrative Kategorisierung der bestehenden sozialen Infrastruktur wird in Evans Sinne für Transformationsprozesse und zur Erreichung von Entwicklungszielen genutzt. Die kontinuierliche Weiterentwicklung der Ubudehe-Kategorien seit ihrer Einführung in Anlehnung an die vom Volk geäußerte Kritik und Verbesserungswünsche wirken dabei unterstützend. Darüber hinaus ist dieses Vorgehen - wie von Biedermann beschrieben - Ausdruck eines dynamischen Ansatzes: Die Ubudehe-Kategorien werden gemäß den gesellschaftlichen Veränderungen kontinuierlich weiterentwickelt. Die fluiden Kategorien und die damit

verbundene Dynamik sind Ausdruck von Entwicklungsbestreben, da Möglichkeiten der Lebensverbesserung bestehen, welche dann realisiert und von den staatlichen Stellen dann entsprechend berücksichtigt werden.

#### **4.2.2 Vorgang zur Kategorisierung**

Aus den geschichtlichen Begebenheiten und der Ubudehe-Struktur lassen sich noch keine Aussagen über den Vorgang zur Kategorisierung treffen. Die Studie von Kidd und Athias (2019) hat bewiesen, dass die meisten Ruander in die falsche Ubudehe-Kategorie eingestuft werden. Dabei ist die Kategorisierung und die anschließende Ubudehe-Kategorie ein zentraler Aspekt für die CBHI-Beiträge und damit für die Eintrittswahrscheinlichkeit. Der Vorgang zur Einordnung in die Ubudehe-Kategorien ist in der Fachliteratur nicht zu finden. Die folgenden Beschreibungen stützen sich deshalb ausschließlich auf Interviewaussagen aus der Feldforschung. Alle Personen in einem Dorf werden vom Dorfvorsteher in Anwesenheit des *President of Ubudehe Level System Staff*, einem staatlichen Angestellten, zu einem Dorftreffen eingeladen. Dort wird über jede einzelne Person öffentlich verhandelt, d.h. die Gemeinschaft spricht über deren finanzielle Situation. Vorteilhaft an dem Prozedere ist, dass die Kategorisierung mit der Hilfe eines externen staatlichen Mitarbeiters und hauptsächlich durch die Gemeinschaft geschieht. Die Gemeinschaft kennt im Vergleich zum Verwaltungsapparat die finanzielle Situation der einzelnen Personen detaillierter. Es sind die Nachbarn, die das tägliche Leben und die Alltagsprobleme kennen und die finanzielle Situation von Familienmitgliedern oder Nachbarn richtig einzuschätzen wissen. Durch den direkten Vergleich zwischen den einzelnen Dorfmitgliedern soll die Quote von Fehlkategorisierungen gesenkt werden (Angestellter#1, Absatz 83; Patient#5, Absatz 184; Patient#6, Absatz 75; MSH, Absatz 62; Angestellter#5, Absatz 74). Im Anschluss an die Dorftreffen hält ein Angestellter der High Administration die Ergebnisse schriftlich fest und leitet diese anschließend weiter (Patient#5, Absatz 190). Man verbleibt in einer Kategorie ca. 5 Jahre, anschließend werden die Ubudehe-Kategorien von den staatlichen Stellen wieder neu im Dorf evaluiert. Durch die hohen Kosten und den großen administrativen Aufwand können keine häufigeren Kategorisierungsdurchläufe durchgeführt werden (MSH, Absatz 75).

#### **4.2.3 Gründe für die falsche Kategorisierung**

Die Zugehörigkeit zu einer der Ubudehe-Kategorien, vor allem zu einer falschen Kategorie, war ein dominantes Thema in den Interviews. Durch die enge Verbindung der Ubudehe-Kategorien mit den CBHI-Beiträgen ist die Zuteilung der korrekten Ubudehe-Kategorie von größter Wichtigkeit. Wie bereits in den vorherigen Kapiteln erwähnt, hat eine falsche Ubudehe-



Kategorie Einfluss auf die Neigung, den Versicherungsschutz durch die CBHI zu erwerben bzw. nicht zu erwerben. Eine falsche Ubudehe-Kategorie - und damit verbunden in den meisten Fällen höhere Beiträge - machen es nahezu unmöglich, die CBHI mit ihrem Versicherungsschutz erwerben zu können und erhöht somit die Quote der unversicherten Menschen (Patient#16, Absatz 55; Patient ohne KV#6, Absatz 42; Patient ohne KV#8, Absatz 88; Patient ohne KV#12, Absatz 41; Doctor#4, Absatz 49; Doctor#5, Absatz 34; Patient#3, Absatz 101; Patient#5, Absatz 132,204; Patient#6, Absatz 59; Patient ohne KV#1, Absatz 40; Patient#2, Absatz 108; Patient ohne KV#1, Absatz 78; Fokusgruppe 27.5.2017, Absatz 132).

Das vorherige Unterkapitel hat den Vorgang zur Kategorisierung beschrieben. Wie kommt es nun zur falschen Ubudehe-Kategorie? Zum einen kommt es bei den Dorftreffen zu einer falschen Einschätzung der finanziellen und materiellen Ressourcen der Personen bzw. Haushalte. Problematisch ist die Art und Weise der Fragestellung, wie beispielsweise nach der Häufigkeit der eingenommenen Mahlzeiten pro Tag oder ob man ein Haus besitzt. Denn außen vor bleibt die Frage, woher das Haus stammt und die Bedingungen, unter denen man die Immobilie halten kann. Es wird nicht erfasst, wer für die Mahlzeiten bezahlt oder ob sie ein Geschenk sind. Denn oft sind "Äußerlichkeiten", wie der Besitz einer Kuh, ausschlaggebend für die Wohlstandsbestimmung. Dabei ist wichtig zu verstehen, dass einige Menschen nach außen nicht ihre tatsächlichen Besitzverhältnisse offenbaren. Außer Acht gelassen werden wechselnde Arbeitsverhältnisse oder Langzeitarbeitslosigkeit und die damit verbundenen veränderten finanziellen Verhältnisse. Durch diese zum Teil auch heiklen „Bestandsfragen“ werden Tatsachen, jedoch keine sozialen Hintergründe, aufgenommen. Die Auswerter treffen falsche Annahmen zu den gemachten Angaben und die falsche Kategorisierung erfolgt. Auch wenn man durch diese Form versucht, die finanziellen Verhältnisse des Einzelnen genauer zu erfassen, scheint es nicht in allen Fällen zu funktionieren. Bei solchen Dorftreffen wird beispielsweise ebenfalls ein Blick auf den Zustand der Kleidung geworfen und davon ausgehend werden Rückschlüsse auf die finanzielle Situation gezogen. Rückschlüsse werden unabhängig von dem menschlichen Bedürfnis nach Wahrung von Selbstachtung und Würde trotz Armut gezogen, die viele Menschen motiviert, ihre wenigen Kleidungsstücke zu pflegen (Angestellter#1, Absatz 88; Doctor#3, Absatz 57; Patient#4, Absatz 156; Patient#6, Absatz 75; Patient ohne KV#13, Absatz 116). Gleichzeitig werden tückische und irreführende Fragen zur Erfassung der Lebenssituation gestellt. Diese verleiten zuweilen zu falschen oder unvollständigen Antworten, was eine falsche Kategorie zur Folge haben kann (Patient#6, Absatz 75, 77). Diese Fehleinschätzung der finanziellen Ressourcen anhand von Statussymbolen oder Alltagsgegenständen wie Kleidungsstücken verdrängen wichtige Tatsachen: Z.B. das Nichtbegleichen von Schulgebühren oder den nicht

möglichen regelmäßigen Erwerb von Nahrungsmitteln. Auch, dass manche Statussymbole oder Nahrungsmittel Schenkungen sind, wird vernachlässigt (Doctor#7, Absatz 22; Patient#4, Absatz 156; Patient#6, Absatz 75; Patient#12, Absatz 146; Patient ohne KV#13, Absatz 74; Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 62). Ein immer wiederkehrendes Problem ist die unzureichende Überprüfung der Arbeitsfähigkeit: Behinderungen und ihre Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit werden teilweise nicht ausreichend überprüft, wodurch es zu einer Fehlkategorisierung kommen kann und sich das Bild der Allgemeinsituation des Individuums verschlechtert (Patient#12, Absatz 131; Patient ohne KV#11, Absatz 109).

Das Heranziehen von Vermögenstatbeständen zur Wohlstandsbestimmung ist sehr schwierig. Die benannten Beispiele zeigten alltagsrelevante Probleme, allen voran die teilweise fehlende Offenlegung der vorhandenen oder nicht vorhandenen Vermögensgegenstände. Vor allem muss eins deutlich sein: Dass der Besitz eines Vermögensgegenstandes nichts über die Zahlungsfähigkeit aussagt. Er lässt nicht auf die Möglichkeit schließen, dass der CBHI-Beitrag beglichen werden kann. Vermögensgegenstände sind Indizien für einen möglichen Wohlstand, es sind allerdings keine aussagekräftigen Beweise. Bei den vorhandenen Vermögensgegenständen darf nicht außen vorgelassen werden, dass Schenkungen nicht ersichtlich sind. Es gibt keinen messbaren Zusammenhang zwischen Vermögensgegenstand und potenziellen Einkommensstrom. Dadurch kann keine Wahrscheinlichkeit bestimmt werden, dass der Versicherungsschutz durch die CBHI erworben werden kann, sofern gewisse Vermögensgegenstände existieren.

Bei den Dorftreffen tritt bei einigen Teilnehmern Passivität an die Stelle von aktiver Partizipation und das mit der Folge einer falschen Ubudehe-Kategorie: Unterbreitete unzutreffende Kategorienvorschläge werden von der Dorfgemeinschaft fälschlicherweise aus Bequemlichkeit angenommen. Die Situation wird verschärft, da einige Menschen kein Interesse für die Dorftreffen zur Kategorisierung zeigen oder ihre finanzielle Situation der Dorfgemeinschaft nicht ausführlich darstellen wollen. Dadurch entsteht die Gefahr der falschen Kategorisierung, was erst ersichtlich wird, wenn die Menschen ihre Ubudehe-Kategorie für administrative Verfahren erfragen (Angestellter#2, Absatz 90). Diese Situation verschlimmert sich, wenn falsche Kategorisierungen auf Grund eines „Freundschaftsdienstes“ vorgenommen werden. In diesen Fällen erfolgt die falsche Ubudehe-Kategorie durch den Dorfvorsteher oder eine andere Person trotz Vorhandensein von ausreichend finanziellen Mitteln. Dies stellt eine Art der Korruption dar. Auch nationalpolitische Beweggründe beeinflussen die Kategorisierung. Alle Dörfer werden hinsichtlich ihrer Mitgliederanzahl in Kategorie 1 miteinander verglichen. Dörfer mit einer geringen Anzahl an Kategorie 1-Mitgliedern werden prämiert. Manche Dorfvorsteher

beabsichtigen gezielt die falsche Kategorisierung einiger Dorfbewohner, indem sie weniger Menschen der Ubudehe-Kategorie 1 zuordnen, um im nationalen Vergleich besser abzuschneiden und dadurch persönliche Vorteile zu erhalten (Patient ohne KV#3, Absatz 55; Patient ohne KV#11, Absatz 119).

Die teilnehmende Beobachtung veranschaulichte die fehlende Fähigkeit vieler Menschen, die Wichtigkeit der Ubudehe-Kategorien für viele Teile des praktischen Lebens, wie den CBHI Beiträgen, zu erfassen. Nun gibt es dafür mehrere mögliche Erklärungen: Die naheliegendste liegt im unzureichenden Wissen vieler Menschen über die weitreichende Bedeutung der Ubudehe-Kategorien für den Alltag. Und obwohl Ubudehe ein traditionell ruandisches Konzept ist, hatten besonders viele ältere Menschen Schwierigkeiten, sich in den Details des Konzeptes zurechtzufinden. Sie wussten zum Teil nicht, wie sie sich bei den öffentlichen Treffen präsentieren sollten, um möglichst korrekt einer Ubudehe-Kategorie zugeordnet zu werden. Aus Scham wurde ungern öffentlich über prekäre finanzielle Verhältnisse berichtet, wodurch sie häufig in den falschen Kategorien eingeordnet wurden. Es erschien nicht immer eindeutig, ob die Modernisierung und Implementierung von Ubudehe in das heutige Leben der einfachen Menschen gelungen ist. Auch die Frage nach ausreichenden Informationskampagnen nach der Ubudehe-Einführung wurde noch nicht abschließend beantwortet. Fragwürdig ist die „anreizorientierte“ Kategorisierung der Dörfer: Wenn Dorfvorsteher bei einer geringen Anzahl von Kategorie 1-Mitgliedern prämiert werden, kann es zur Exklusion von potenziellen Mitgliedern der Kategorie 1 kommen. Durch die falsche Kategorie erhöht sich die Wahrscheinlichkeit eines Nicht-CBHI-Eintritts und der individuellen schlechteren Gesundheitsversorgung. Insgesamt erscheint dieses Vorgehen aus einer moralischen Perspektive fraglich: Die Ubudehe-Kategorien wurden zur genaueren Erfassung der sozio-ökonomischen Verhältnisse eingeführt. Sozial sehr schwache Familien sollte so ein Zugang zu u.a. Gesundheitsversorgung und Bildung ermöglicht werden. Die Prämierung bewirkt das Gegenteil: Man möchte möglichst wenige Menschen in Ubudehe-Kategorie 1 sehen und dadurch verweigert man vielen Menschen den angestrebten Zugang zu einer adäquaten Gesundheitsversorgung.

Administrative Schwierigkeiten zeichnen ebenfalls die Einordnung in die Ubudehe-Kategorien aus: In den Dorftreffen werden laut einiger Gesprächspartner den Menschen die scheinbar richtigen Ubudehe-Kategorien zugeordnet. Aufgrund von angeblichen IT- und Software-Problemen oder menschlichem Versagen durch anwesende Staatsangestellte beim Eingeben der Daten werden nicht die richtigen Kategorien in die Datenbanken eingepflegt (Social worker#1, Absatz 38; Fokusgruppe 27.5.2017, Absatz 117; Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 187; Angestellter#5,

Absatz 79,81,83). Es wird hierbei jedoch ein Unterschied zwischen der lokalen und der nationalen Ebene gemacht. Der Vorwurf bezieht sich meist auf die Zellebene (Patient#2, Absatz 114). Während der Feldforschung wurde im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung nicht immer ersichtlich, ob wirklich IT-verursachte Probleme für die falsche Kategorie verantwortlich zu machen sind - vor allem in einem ICT starken Land wie Ruanda. Wären es tatsächlich elektronische Fehler, die in einer solch großen Zahl auftauchen, könnte Ruanda mit seinen ICT-Fähigkeiten Softwareupdates zur Problembehebung entwickeln. Da dies nicht geschieht, kommt man nicht umhin, sich zu fragen, inwiefern diese Aussagen stimmen. Auch erscheint das Argument, dass bei der Eingabe der Daten Fehler entstehen, nicht vollständig zufriedenstellend. Menschliche Fehler sind verständlich, doch wenn diese in einem derart großen Umfang auftreten, wirft das die Frage auf, ob das Personal unzureichend geschult oder zu stark ausgelastet ist.

Abschließend kann aufgrund der unzureichenden Datenlage und den Grenzen der Feldforschung keine zufriedenstellende Antwort auf die Frage nach den Gründen für eine falsche Kategorisierung gegeben werden. Es entsteht der Eindruck, dass zum einen Menschen mit der Antwort „IT-Schwierigkeiten“ abgespeist werden und zum anderen viele Personen aufgrund von Desinteresse, geringem Bildungsniveau und der ruandisch kulturell bedingten Autoritätsgläubigkeit keine Nachfragen mehr stellen. Diese Passivität und Folgsamkeit behindert mittel- und langfristig den Fortschritt des Systems und kann unmittelbare negative Folgen haben.

#### **4.2.4 Das Fehlen des Ausweises und die Folgen für Ubudehe und die CBHI**

Der Vorgang der Kategorisierung hat sich als komplex erwiesen. Die vorangegangenen Unterkapitel haben eine Vielzahl von Gründen für die Einteilung in die falsche Kategorie aufgezeigt. Ein wichtiger Aspekt ist dabei außen vor geblieben: Die ausreichend große Anzahl an Menschen, die gar nicht erst einer Kategorie zugeordnet wurden. Warum? Ein wichtiger Grund für die fehlende Einordnung in die Ubudehe-Kategorien ist das Fehlen der Person bzw. ihres Namens in der Ubudehe- Database. Es gibt Menschen, die einen Ausweis haben, jedoch nicht in der Ubudehe-Database aufgelistet sind und dadurch keinen Versicherungsschutz durch die CBHI erwerben können. D.h. diese Familien müssen für die Aufnahme in die Ubudehe-Database und die damit verbundene Kategorisierung verschiedene administrative Instanzen durchlaufen (von ihrem Dorf bis hin zu ihrem Distrikt). Dieser Vorgang kann zeitintensiv sein und lässt den gesamten Prozess für viele Menschen langwierig und unattraktiv erscheinen (MSH, Absatz 26). Ein benannter Grund für diese Situation ist der fehlende Besitz eines Ausweises, da sie diesen entweder nie beantragt oder bereits verloren haben. Der Besitz eines Ausweises

(Identity Card) ist in Ruanda verpflichtend. Er wird für alle Angelegenheiten des gesellschaftlichen Lebens benötigt, von der Eröffnung eines Bankkontos oder dem Anmelden der Kinder in der Schule bis zum Erwerb der CBHI. Der Verlust des Ausweises muss umgehend gemeldet und ein neuer Ausweis beantragt werden. Erst mit dem Ausweis ist der Zugang zu staatlichen Programmen, dem Ubudehe-System und damit der CBHI gewährleistet. Ruandische Staatsbürger und Menschen mit bestimmten Visa (z.B. Expats oder ausländische Forscher) können einen Ausweis erhalten. Menschen ohne Ausweis werden dagegen ausgeschlossen von der Begünstigung und Nutzung dieser Systeme.<sup>34</sup> Dieser Mechanismus ist als eine Art Sicherheitsvorkehrung zu verstehen, um das finanzielle Risiko des Systems zu minimieren und - mit einigen Ausnahmen - nur die eigenen Staatsbürger zu berücksichtigen (MSH, Absatz 42, 44). Der Ausweis ist also unerlässlich bei der Ubudehe-Kategorisierung und ebenfalls beim Besuch in einem Gesundheitszentrum.

Es zeichnet sich hier ein administrativer Teufelskreis ab: Nur, wer im Besitz eines Ausweises ist, kann klassifiziert werden und im Anschluss eine CBHI beantragen. Fehlt dieser Ausweis, so ist man ausgeschlossen von jedweder staatlicher Unterstützung und staatlichen Programmen wie der CBHI und Ubudehe. Man weist sich mit der Identity Card aus und ist mit dieser ein registriertes Mitglied der Gesellschaft, dessen Namen sich auch in den staatlichen Datenbanken wiederfinden lässt. Als Grund für die fehlende Neubeantragung eines Ausweises ist die für viele unklare Bedeutung dieses Dokuments für das gesamtgesellschaftliche Leben verantwortlich. Dazu zählt laut den Gesprächspartnern in den Interviews ebenso ihre Bedeutung für das Ubudehe-System (Patient ohne KV#14, Absatz 70,74,82, 91,95, 98; Patient ohne KV#15, Absatz 141,151). Viele Menschen haben durch begrenzte Schreib- und Lesefähigkeiten Schwierigkeiten, einen neuen Ausweis zu beantragen. Folglich unterlassen sie das und kommen anschließend aus dem Strudel der administrativen Schwierigkeiten nicht mehr heraus, obwohl meist gerade sie zu der Zielgruppe vieler staatlicher Programme gehören (Patient ohne KV#14, Absatz 90).

#### **4.2.5 Vorgang zur Kategorienänderung**

Die falsche Ubudehe-Kategorie oder die fehlende Ubudehe-Kategorie haben fatale Auswirkungen auf die CBHI-Beiträge bzw. auf die CBHI-Eintrittswahrscheinlichkeit. Um CBHI-Beiträge passend zum sozio-ökonomischen Status berechnen zu können, ist die Kategorienänderung

---

<sup>34</sup> Hierunter fallen vor allem Flüchtlinge und Migranten aus den angrenzenden Ländern, die von diesen staatlichen Programmen ausgeschlossen sind.

unumgänglich. Man kommt nicht umhin, sich mit der Frage auseinanderzusetzen, wie man bei fehlender Zustimmung bzw. Akzeptanz die Ubudehe-Kategorie wechseln kann. Die Interviews haben die Unterschiedlichkeit der möglichen Verfahren zum Vorschein gebracht und werden im Folgenden in ihren verschiedenen Varianten dargestellt.

Bei einer ersten Variante fordert der Antragssteller zunächst bei der *High Administration* einen Antrag auf Kategorienwechsel. Anschließend werden alle notwendigen auszufüllenden Dokumente in das Dorf geschickt, die ausgefüllt zurück an die Zellebene gesendet werden. Sie werden anschließend dort bearbeitet und auf ihre Berechtigung überprüft. In diesem Fall wird die Kategorienänderung im Dorf vorgenommen, um weitere, ineffizientere Wege zu vermeiden (Patient#1, Absatz 90). Andere Interviewpartner sagten, dass man die Kategorienänderung nur in der *High Administration* vornehmen kann (Patient#3, Absatz 50). Wieder andere behaupteten, dass die Kategorienänderung in den CBHI-Büros durchgeführt wird (Patient#10, Absatz 74). Es gibt außerdem einen beschriebenen Sonderfall: Bei einer falschen Kategorie kommt das Ubudehe-Komitee aus der Zellebene zu einem Antragssteller ins Dorf. Anlässlich des Umuganda-Einsatzes wird öffentlich nachgefragt, warum die Person in Kategorie X und nicht Y sei. Dann tragen beide Parteien ihre Argumente vor. Bei tatsächlicher falscher Zuordnung und bei einer ausreichend überzeugenden Argumentation wird diese vom Ubudehe-Komitee berichtigt (RSSB#1, Absatz 76).

Ein Tenor der Aussagen ist das Ausbleiben der Kategorienänderung bei Bemänglung durch den Betroffenen (Patient ohne KV#3, Absatz 59; Patient ohne KV#13, Absatz 100). In den meisten Fällen wird die Schwierigkeit des Verfahrens als Grund angegeben. Fehlendes Interesse der zuständigen Mitarbeiter sowie mangelnde Unterstützung für die Antragssteller erschweren den Wechsel (Patient#4, Absatz 148). Eine reine optische Inspektion des Antragsstellers wird durch die Mitarbeiter vorgenommen und anhand dessen werden beispielsweise gut genährte Antragssteller abgewiesen (Patient#12, Absatz 122; Patient ohne KV#7, Absatz 185). Manchmal wird der Wechsel aus unersichtlichen Gründen kategorisch ausgeschlossen. In anderen Fällen verweist man auf den 5jährigen Kategorisierungsturnus, womit bis zur nächsten Evaluierung ein Wechsel ausgeschlossen ist. Das heißt, der Prozess geht an dieser Stelle nicht weiter und die Kategorienänderung kommt nicht zustande (Patient ohne KV#6, Absatz 132; Patient ohne KV#7, Absatz 205; Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 183). Ebenfalls war die angestrebte Reduktion der hohen Anzahl von Menschen in der Ubudehe-Kategorie 1 ein Ausschlussgrund für die Kategorienänderung, um staatliche finanzielle Ressourcen zu schonen. Die betroffenen Menschen wurden deshalb in die Ubudehe-Kategorie 2 verwiesen. Auf Grund

dieser Argumentation war ein Rückwechsel unmöglich (Patient ohne KV#10, Absatz 82; Patient ohne KV#17, Absatz 205).

Den Vorgang zur Kategorisierung, die Gründe der Fehlkategorisierung und die Prozesse zur Kategorienänderung eint die dahinter liegende schwerfällige Bürokratie. Zentral waren hauptsächlich die Schwierigkeiten, die eine korrekte Kategorisierung verhindert haben. Eben diese Bürokratie zur Kategorisierung, die möglichst effektiv und erfolgreich sein sollte, ist jedoch nach Johnson für einen Entwicklungsstaat besonders wichtig. Die Schwierigkeiten im Umgang mit den einmal zugeordneten Ubudehe-Kategorien zeichnen ein anderes Bild: Viele administrative Hürden und teilweise auch Intransparenz in der Bürokratie führen zu falschen Kategorien oder gar zur Exklusion von Ubudehe. Folglich kommt es zum Ausschluss von allen staatlichen Programmen wie der CBHI. Die vorgelagerten administrativen Prozesse wie der Erhalt eines Ausweises und seine Notwendigkeit und Wichtigkeit für den ruandischen Alltag ist vielen Menschen nicht bewusst.

Für Johnson ist eine effektive Bürokratie notwendig für das Umsetzen von Entwicklungsbestreben und somit Zeichen eines *developmental states*. Die Schwierigkeiten im Umgang mit den Ubudehe-Kategorien sind Beweis für eine ineffektive und nicht leistungsfähige Bürokratie und beeinträchtigen den Charakter eines *developmental state*. Ein Artikel vom Februar 2019 der NewTimes dokumentiert die Bemühungen Ruandas, sich dieses Problems anzunehmen und sich als *developmental state* zu positionieren: Die Kritik an dem Vorgang zur Kategorisierung sowie die falsche Kategorisierung vieler Menschen war Anlass für eine erneute Überarbeitung der Ubudehe-Kategorien und des Vorgehens der Kategorisierung. Ziel ist die genauere Erfassung der finanziellen Situation der einzelnen Bürger (The New Times 2019). Bei dieser Überarbeitung spielt die enge Zusammenarbeit zwischen der ruandischen Regierung und den Bürgern, ganz im Sinne der *embedded autonomy*, eine große Rolle. Entwicklungsbestreben soll mit den Bürgern gemeinsam umgesetzt werden: Nur dann erscheint es vielversprechend. Durch diese Zusammenarbeit sollen die alltäglichen Probleme im Umgang mit den Ubudehe-Kategorien erfasst und weitestgehend eliminiert werden. Durch die verstärkte Einbindung der Bevölkerung soll ein besseres Verständnis des gesamten Prozesses geschaffen werden, wobei der Hauptaugenmerk auf der richtigen Kategorisierung der Bürger in Bezug auf ihre finanzielle Situation liegt (The New Times 2019).

### 4.3 Die Beiträge der CBHI

Immer wieder ist im Verlauf der Forschung die Wichtigkeit der richtigen Ubudehe-Kategorie für die korrekte Beitragshöhe angeklungen. Die Beitragshöhe ist entscheidend für die Beitritts-wahrscheinlichkeit. Ein genauerer Blick auf die Beitragsentwicklung ist für ein tiefergehendes Verständnis der CBHI-Entwicklung fundamental. Ein Blick auf die Pilotphase offenbart, dass in der Pilotphase ein geringerer jährlicher CBHI-Beitrag festgesetzt wurde, als nach der landes-weiten CBHI-Einführung. Durch attraktive Preise sollten die Menschen auf die CBHI aufmerk-sam gemacht werden. Die CBHI sollte für Familien erschwinglich sein und der Preis nicht zu einer Hemmschwelle für den CBHI-Eintritt werden (Patient ohne KV#10, Absatz 96). Die An-fangsphase war geprägt von sehr günstigen Familientarifen: In der Pilotphase lag die Pauschale pro Familie in einem Distrikt jährlich bei 5000RWF (entspricht ca. 5 EURO). In den zwei wei-teren Distrikten lag der Jahresbeitrag pro Familie (bestehend aus max. 7 Personen) jährlich bei 7500RWF. Im Vergleich zu heute waren die Beiträge der Pilotphase deutlich erschwinglicher, besonders für Familien mit einer großen Mitgliederanzahl (Weltbank, Absatz 7-9). Heutzutage ist der Beitrag höher und muss individuell entrichtet werden, was die Erschwinglichkeit der CBHI für viele Familien stark minimiert (Patient ohne KV#12, Absatz 41; Angestellter#2, Ab-satz 78). In der Pilotphase existierten keine einkommens- oder auf andere Weise sozio-ökono-misch abhängigen Beiträge, sodass alle Ruander die gleichen Beträge zahlten. Es gab lediglich die grobe Unterscheidung in den ärmsten Teil der Bevölkerung und den restlichen Teil der Bevölkerung. Dieser ärmste Teil der Bevölkerung war von den Beiträgen befreit, die von ex-ternen Gebern übernommen wurden (Weltbank, Absatz 81-85).

Im Anschluss an die Pilotphase wurde bei der landesweiten Einführung der CBHI die Höhe der Beiträge von sozio-ökonomischen Kriterien abhängig gemacht. Es wurde ein vom Ubudehe-System abhängiges Beitragssystem entwickelt (ausführliche Darstellung in Kapitel 4.2) (MOH 2010: 11). Menschen unterhalb der Beitragsbemessungsgrenze werden nach Erbringung eines Nachweises in Form ihrer Ubudehe-Kategorie kostenfrei krankenversichert. Dies ist möglich durch die finanzielle Unterstützung des Global Fund for Health, wodurch zwei Millionen der ärmsten Ruander mit subventionierten Beiträgen unterstützt werden konnten (Binagwaho et al., 2014:373). Angehörige der ersten Ubudehe-Kategorie zahlen seit dem Jahr 2016 keine Bei-träge, Angehörige der zweiten Ubudehe-Kategorie zahlen 2000RWF, Angehörige der dritten Ubudehe-Kategorie 3000RWF und Angehörige der vierten Ubudehe-Kategorie 7000RWF (pro



Person und pro Jahr) (RSSB#1, Absatz 52).<sup>35</sup>

Die Kosten für die CBHI sind national einheitlich und nicht verhandelbar. Es herrscht Uneinigkeit über die Erschwinglichkeit der CBHI-Beiträge. Die CBHI Beiträge sind für einige Familien schwer bezahlbar (Angestellter#2, Absatz 78; Angestellter#6, Absatz 34, 47; Patient#12, Absatz 49). Von einigen Befragten werden die Beiträge als zu hoch empfunden (Angestellter#3, Absatz 40; Patient#9, Absatz 69; Doctor#6, Absatz 59). Andere hingegen empfinden, dass die Beiträge durch frühzeitiges Sparen auch für große Familien aufzubringen sind (Patient#9, Absatz 61).

Heutzutage werden die CBHI-Beiträge einmal jährlich erhoben. Das ruandische Steuerjahr läuft von Juli bis Juni, daher müssen die Beiträge zum 1. Juli entrichtet werden, sofern die CBHI für das Folgejahr erworben bzw. erneuert werden soll (Angestellter#2, Absatz 62; RSSB#1, Absatz 14). Die Beiträge für das folgende Jahr können bereits im April oder Mai entrichtet werden und werden ab 1. Juli wirksam (Angestellter#6, Absatz 87). Die Beiträge können ebenfalls im laufenden Steuerjahr beglichen werden, allerdings tritt dann eine einmonatige Sperrfrist der Leistungen in Kraft. Dieser Mechanismus soll den Krankenversicherungsbeginn im Krankheitsfall bei potenziell höheren Kosten und bei fehlender Vorauszahlung verhindern (MSH, Absatz 63; Angestellter#3, Absatz 150). Neugeborene Kinder sind bei der Mutter für die ersten 28 Tage kostenfrei mitversichert. Danach besteht für sie, wie für die restliche ruandische Bevölkerung, die Versicherungspflicht. Wenn eine Mutter im laufenden Jahr ein Kind bekommt, kann sie das Neugeborene jederzeit ohne Sperrfrist versichern (Angestellter#3, Absatz 146,148,150,152).

Kritisiert wird der Entrichtungszeitraum, da in den einkommensschwachen Sommermonaten oftmals keine oder nur begrenzte finanzielle Mittel zur Verfügung stehen - im Gegensatz zu den einkommensstarken Monaten November bis Januar (MSH, Absatz 58). Daher wünschen sich viele Menschen die CBHI-Beitragsbegleichung eher für die einkommensstarken Wintermonate. Selbstverständlich kann argumentiert werden, dass das Entscheidende in den meisten Fällen der Sparvorgang und nicht der Entrichtungszeitpunkt ist. Allerdings lässt sich in Ländern wie Ruanda nicht gleichermaßen einfach der Sparzweck festlegen wie in Deutschland. So muss in Ruanda flexibler z.B. auf schlechte Ernten aufgrund von geringen Niederschlägen reagiert werden. Ersparnis muss in solchen Fällen zur Nahrungssicherung statt für eine Krankenversicherung verwendet werden. Geld für den Kauf von Nahrungsmitteln wird verstärkt in den

---

<sup>35</sup> Eine ausführliche kritische Auseinandersetzung mit den Ubudehe-Kategorien und ihre Auswirkungen auf die CBHI werden in Kapitel 4.2 ausgeführt.

Sommermonaten benötigt. Durch die CBHI-Beitragsbegleichung in den einkommensstarken Wintermonaten würde die Möglichkeit, den ursprünglichen Sparzweck einzuhalten und so die CBHI zu erwerben, geschaffen.

Ein möglicher Grund für die jährliche Beitragserhebung ist, dass eine monatliche Beitragserhebung in einkommensschwachen Monaten dazu verleiten würde, die CBHI auszusetzen und sich nur in einkommensstarken Monaten zu versichern. Eine weitere potenzielle Gefahr ist der geplante Versicherungsbeginn in Monaten, in denen ein höheres medizinisches Risiko besteht (z.B. Schwangerschaft), ein operativer Eingriff geplant ist oder akut eine Erkrankung eintritt. In Ländern wie Ruanda arbeiten die meisten Menschen im informellen Sektor und daher können die Gehälter nicht regelmäßig und in gleicher Höhe ausgezahlt werden. Ein nachhaltiges System der Gesundheitsversorgung bei einer fehlenden stabilen Finanzierung wie in Ruanda aufzubauen ist schwierig (MSH, Absatz 63). Anders argumentiert führt ebendiese finanzielle Instabilität zur Notwendigkeit, ein nachhaltiges System aufzubauen. Der administrative Mehraufwand bei monatlicher Beitragserhebung kann ebenfalls nicht vernachlässigt werden. Das vorhandene CBHI Personal wäre der organisatorischen Mehrarbeit bei monatlichen Beiträgen nicht gewachsen. Verzögerungen bei der Beitragsbearbeitung und CBHI-Ausstellung wären eine mögliche Folge. Dieser Mehraufwand wäre ebenfalls mit Mehrkosten verbunden, die die ohnehin schon knappen CBHI-Ressourcen stark belasten würden.

Bei der Betrachtung der CBHI-Beiträge stellt sich die praxisorientierte Frage nach der Versorgung von nicht krankenversicherten Menschen in medizinisch prekärer Situation, die über keine ausreichenden finanziellen Mittel verfügen. In diesen Fällen wird dem Patienten eine kostenfreie Basisversorgung angeboten, was unweigerlich zu finanziellen Verlusten für die behandelnden Gesundheitseinrichtungen führt (Social Worker#2, Absatz 94-102). Bei dem Vorhandensein eigener, wenn auch minimaler finanzieller Ressourcen muss der Patient im Rahmen seiner finanziellen Möglichkeiten die Krankenhauskosten begleichen, da jeder Beitrag - unabhängig von der Höhe - zur finanziellen Nachhaltigkeit des Systems beiträgt (Social Worker#2, Absatz 102, Social Worker#3, Absatz 49; Fokusgruppe 27.05.2017, Absatz 59). Das System sieht zur finanziellen Entlastung der Gesundheitseinrichtungen einen Strukturausgleich vor, da in ländlichen Regionen tendenziell mehr unversicherte Menschen leben als in urbanen Gebieten (Social worker#3, Absatz 50-53). Zu den Aufgaben der Sozialarbeiter im Krankenhaus zählt u.a. die Bedürftigkeitsprüfung der Patienten, damit die unnötige Ausschüttung von finanziellen Mitteln vermieden wird. Dies soll dadurch gewährleistet werden, dass ausschließlich die Bedürftigsten eine finanzielle Unterstützung erhalten. In Abhängigkeit von den Ergebnissen der

Bedürftigkeitsprüfung werden die Krankenhausrechnungen durch das Krankenhaus beglichen. Diese Form der Unterstützung wird als Social Support bezeichnet und findet nach Bewilligung eines Sozialarbeiters statt (Social Worker#2, Absatz122, 130, 134).

Bis zur Einführung der CBHI hat FARG für alle ihre Mitglieder die Behandlungskosten getragen. Nach der Einführung der CBHI übernimmt FARG die CBHI-Beiträge und die Zuzahlungen ausschließlich für ihre Mitglieder der Ubudehe-Kategorie 1. Alle weiteren Mitglieder zahlen ihre CBHI Beiträge eigenständig, was zu einer finanziellen Entlastung von FARG führt. Das FARG-Bildungsprogramm wird in den kommenden Jahren voraussichtlich eingestellt, da die jüngsten Überlebenden nun in einem Alter sind, in dem sie die durch FARG finanzierte Grund- und Weiterbildung jetzt oder in naher Zukunft abschließen werden oder schon abgeschlossen haben. Damit ist der Versorgungsauftrag von FARG erfüllt. Für alle älteren Überlebenden mit physischen und oder psychischen Beeinträchtigungen kommt FARG weiterhin auf. Die finanziellen Ressourcen, die FARG für den Bildungssektor vorgesehen hat, werden an die CBHI übertragen, da viele Überlebende an dauerhaften körperlichen Beeinträchtigungen leiden, die eine medizinische Versorgung notwendig machen (RSSB#2, Absatz 77).

#### **4.4 Tontines, die Alternative zum individuellen Sparen?**

Der vorangegangene Abschnitt beschäftigte sich mit der Beitragshöhe und der damit verbundenen Schwierigkeit der Beitragsbegleichung. Bevor die CBHI erworben werden kann, müssen die Beiträge in der Regel erst erspart werden. In diesem Zusammenhang drängt sich die Frage auf, welche vorhandenen Mechanismen das Sparen erleichtern, um den Beitrag für die CBHI entrichten zu können. Nicht nur das Konzept Krankenversicherung musste von der ruandischen Bevölkerung verstanden werden, sondern damit einhergehend das Konzept „Sparen“. Für viele Menschen war in der Anfangsphase der CBHI Sparen noch etwas Unbekanntes. Um die Beitragssumme aufbringen zu können, die besonders für große und einkommensschwache Familien eine Herausforderung ist, ist Sparen unumgänglich. Es gibt dabei unterschiedliche Möglichkeiten des Sparens, eine Form davon ist das besonders in Westafrika verbreitete Konzept der „Tontines“<sup>36</sup>, das älteste Mikrofinanzsystem in Afrika. Eine Tontine besteht aus einer Gruppe von Menschen, die sich in der gleichen Altersklasse befinden und/oder einen ähnlichen ökonomischen Hintergrund haben und die ähnliche Aktivitäten zur Lebensbestreitung ausüben. Tontines haben das Ziel, die Solidarität zwischen den einzelnen Mitgliedern durch das gemeinsame und zielgerichtete Sparen zu stärken. Das gemeinsame ersparte Geld reicht in den meisten

---

<sup>36</sup> Das französische Wort Tontine kann im Deutschen mit Spargemeinschaft übersetzt werden.

Fällen nicht aus, um in umfangreiche ökonomische Aktivitäten wie den Bau einer Krankenstation zu investieren. Die gemeinsam geschaffenen finanziellen Reserven können allerdings für überschaubare soziale Aktivitäten wie Latrinenbauten oder die Absicherung der einzelnen Mitglieder im Krankheitsfall verwendet werden (Kouassi-Komlan et al. 2004: 208).

Der Begriff Tontine hat sich vor allem im französischsprachigen Raum Afrikas verbreitet. Die Beitragshöhe in eines Tontines wird durch die Mitglieder selbst bestimmt. Die einzelnen Mitglieder geben in einem festgelegten zeitlichen Abstand eine zuvor bestimmte Summe Geld. Die ersparte Summe wird bei Bedarf für den zuvor definierten Zweck an das bedürftigste Mitglied der Tontine ausgezahlt. In einem Tontine sollen reihum alle Mitglieder berücksichtigt werden, damit jedes Mitglied von den gemeinsamen Ersparnissen profitieren kann. Die Motivationen und Gründe, eine Tontine zu gründen oder einer bestehenden Tontine beizutreten, sind vielfältig. Einige treten bei, um für zukünftige Ereignisse wie Taufen, Hochzeiten oder andere Familienfeiern vorbereitet zu sein. Andere Mitglieder erhoffen sich, ihr individuelles Einkommen zu steigern, indem sie mit Hilfe ihres Tontines eine ertragsgenerierende Wirtschaftstätigkeit (z.B. der Kauf eines Ackers, der gemeinsam bewirtschaftet wird) finanzieren können. Es gibt Konsumgüter (z.B. ein Wellblechdach), die den sozialen Status verbessern oder erhalten. Daher nutzen einige Mitglieder die Tontines zur Generierung von Spareinlagen, um diese erwerben zu können. Die Kontrolle durch die Gruppenmitglieder und die vorab bestimmten Einschränkungen verhelfen den Tontines zum Erfolg und die Mitglieder werden zu konstantem Sparen motiviert (Swaan und Linden, 2006: 101f).

Es gibt eine Vielzahl von Tontineformen, jedoch können sie grob unterschieden werden in (1) „einfache Tontines“ und (2) „Tontines mit einem Organisator“. Die einfachen Tontines sind charakterisiert durch persönliche Beziehungen zwischen den einzelnen Mitgliedern. Es gibt verpflichtende Treffen zu festgelegten Zeiten. Können diese durch die Mitglieder nicht besucht werden, muss eine kleine Entschädigung gezahlt werden. Bei diesen Treffen werden die Tontinebeiträge bezahlt und an den ausgewählten Begünstigten dieses Treffens ausgezahlt. Die Treffen finden in aller Regel bei einem Mitglied zu Hause statt und rotieren. Die einfachen Tontines sind lebendige soziale Gruppen, die durch ihre sozialen und nachbarschaftlichen Interaktionen geprägt sind. Sie stellen unter Beweis, dass ihre Bedeutung nicht nur in der Bildung von Spareinlagen besteht. Die soziale Komponente einer Tontine ermöglicht eine Diskussion mit Bildungselementen und trägt zur Weiterbildung der Mitglieder bei. Im Unterschied dazu gibt es Tontines mit einem Organisator, bei denen die Mitglieder nicht direkt miteinander im Kontakt stehen. Diese Tontines werden von einer einzelnen Person gegründet und der Gründer

wählt eigenständig die Mitglieder aus. Der Gründer ist vollständig für die Organisation zuständig und stellt bei Notwendigkeit den Kontakt zwischen den einzelnen Mitgliedern her. Im Unterschied zu den einfachen Tontines gibt es in den organisierten Tontines keine regelmäßigen Treffen, bei denen die Beiträge gesammelt und an den Begünstigten ausgehändigt werden. Der Organisator sucht die einzelnen Mitglieder auf und sammelt die Beiträge ein. Im Anschluss bekommt der Begünstigte die Auszahlung (Swaan und Linden, 2006: 101f).

Dieses westafrikanische Konzept des Sparens ist in den verschiedensten Variationen in Ruanda zu finden. Die Tontines sind besonders im Kontext der CBHI nicht zu vernachlässigen und waren vereinzelt Gesprächsgegenstand während der Feldforschung. Wie im Kapitel 4.3 beschrieben, werden für die CBHI Jahresbeiträge im Stichmonat Juli erhoben. Als ein großes Problem bei der CBHI wird von den Befragten die mangelnde Möglichkeit beklagt, die Beiträge über einen längeren Zeitraum zu begleichen. Das ist vor allem schwierig, wenn die Beiträge durch den familiären Kollektivzwang sehr hoch sind. Zu einem festen Zeitpunkt im Jahr einen höheren Geldbetrag zu bezahlen, ist für viele Ruander des informellen Sektors noch ungewohnt und schwierig. Die Beobachtungen und Gespräche während der Feldforschung haben an verschiedenen Stellen gezeigt, dass Sparen und die Weitsicht für die Notwendigkeit des Sparens noch geschult werden müssen. Viele Menschen sind nicht in der Lage, allein über das Jahr verteilt kleinere oder größere Beträge zu sparen und auf diese Art und Weise finanzielle Rücklagen zu bilden. Daraus ergibt sich die Notwendigkeit eines eigenständigen Sparmechanismus, damit die Beiträge zum festgelegten Zeitpunkt entrichtet werden können.

„Kollektive“ oder auch Tontines bestanden bereits vor der Einführung der CBHI. Die ruandische Regierung hat in der Pilotphase die Tontines mit einer zusätzlichen Funktion, dem Sparen für die CBHI, ausgestattet. D.h., dass bestehende Tontines mit anderen Sparabsichten nun ebenfalls genutzt wurden, um die CBHI-Beiträge zusammen zu sparen. In einigen Fällen wurden neue Tontines ausschließlich für das Sparen der CBHI-Beiträge gegründet. In diesen selbstgegründeten Vereinigungen (auch „*Amashyirahamwe*“ in Kinyarwanda genannt) konnten während der Pilotphase Menschen einen festgelegten Beitrag nach eigenem Ermessen in vorab bestimmten regelmäßigen Abständen in die Tontine einzahlen. Die Intention war „ungeübte Sparer“ durch die regelmäßige Abgabe von kleineren Beiträgen beim partiellen oder vollständigen Sparen der CBHI-Beiträge zu unterstützen. Durch dieses System werden Familien kollektiv ermutigt, für die CBHI-Beiträge zu sparen, was die Krankenversicherungsquote erhöhen sollte. Gleichzeitig lenken diese monatlichen Treffen das Bewusstsein der Menschen auf das Thema CBHI und steigern das Bewusstsein für die CBHI. Beispielsweise sammelt entweder ein

Gruppenmitglied oder ein zugewiesener externer Tontineverwalter den CBHI-Betrag ein und zahlt die Summe in der CBHI Einheit im Dorf auf dem Bankkonto einer lokalen Bank ein. Nach einer gewissen Zeit, beispielsweise neun Monaten, wird überprüft, wieviel Geld vorhanden ist und anschließend wird es unter allen Tontinemitgliedern verteilt (Doctor#6, Absatz 67; Patient ohne KV, Absatz 64; Patient ohne KV#11, Absatz 127, 129).

Als ein Beispiel in der Pilotphase kann hier die Spargruppe „*Ibimina*“ herangezogen werden. Es gab in dieser Zeit unterschiedliche Vereinigungen mit verschiedenen Sparweisen, Beiträgen und Strukturen. Während der Pilotphase zahlten in dieser Vereinigung die Menschen 100RWF pro Person und pro Woche ein. Einer der großen Vorteile dieser Vereinigung war die Möglichkeit, sich innerhalb der Tontine Geld für den CBHI-Beitrag zu leihen. Durch diese Leihgabe konnte der CBHI-Beitrag fristgerecht entrichtet werden, wodurch der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen gewährleistet wurde. Ohne die finanzielle und freiwillige Unterstützung durch die Gemeinschaft der Tontine wäre es für viele CBHI-Versicherte oder CBHI-Anwärter nicht möglich gewesen, die CBHI zu erwerben (Doctor#6, Absatz 75).

Die positiven Eigenschaften der Tontines sind deutlich. In den Gesprächen hat sich bestätigt, dass die Tontines in der Pilotphase von den Gesprächspartnern positiv bewertet wurden. Eigenständiges Sparen wurde von einigen Gesprächspartnern oft als schwierig empfunden und das Sparen in Tontines stellte eine kontinuierliche Motivation für die Menschen dar. Insgesamt wurden die Tontines von den Gesprächspartnern als Vereinfachung des Sparens angesehen (Patient ohne KV#11, Absatz 171,173; Weltbank, Absatz 59-63). Sparen und das anschließende Einzahlen wird besonders für den älteren Teil der Bevölkerung als eine Herausforderung beschrieben. Dadurch, dass die Beiträge in den CBHI-Büros eingezahlt werden müssen, müssen viele ältere Menschen ihre Dörfer verlassen. Besonders im höheren Alter oder krankheitsbedingt kann das eine Herausforderung bis hin zu einer unüberwindlichen Hürde auf dem Weg zur CBHI darstellen. Das Sparen in Tontines ist daher besonders für den älteren Teil der Bevölkerung vorteilhaft, denn in der Spargruppe sammelt der Tontineorganisator oder ein Mitglied den CBHI-Beitrag ein, geht in das Gesundheitszentrum mit seinem angeschlossenen CBHI-Büro und übernimmt alle administrativen Aufgaben, um die CBHI mit ihrem Versicherungsschutz zu erwerben. Diese Vorgehensweise ermöglichte dem älteren Teil der Bevölkerung über den Erwerb des CBHI-Versicherungsschutzes den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen (Patient ohne KV#10, Absatz 58).

Eine weitere und besondere Form von Tontines ist der Zusammenschluss von Frauen mit Kindern. In diesen Tontines treffen sich regelmäßig Mütter, um die Beiträge für die CBHI

einzu zahlen und sich über kinderspezifische Themen auszutauschen. Auch in dieser speziellen Form geht es über die beabsichtigte Sparmaßnahme hinaus. Die erzieherische Komponente trägt hier maßgeblich zum Erfolg der Tontine bei. Die Mitglieder schätzen die Gemeinschaft, weil ihnen die Informationen gegeben werden, die für ein Verständnis des Sparens notwendig sind. Darüber hinaus erhalten sie wichtige Informationen zur leichteren Bestreitung des Alltags oder zu gesellschaftlichen Themen. Diese Form des Zusammenschlusses wird als informativ, effektiv und effizient empfunden (Patient ohne KV#12, Absatz 105). Die Aussagen während der Feldforschung waren gleich: Durch den Wegfall der Tontines nach der Pilotphase fiel es vielen Menschen schwer, eigenständig zu sparen, was zum Sparstopp und letztlich zum Nichterwerb der CBHI-Mitgliedschaft bei einigen Menschen führte (Fokusgruppe 27.5.2017, Absatz 37).

Bei den genannten Vorteilen stellt sich die Frage, in welchem Aspekt die Tontines für den Einzelnen nachteilig sein können und warum die Tontines nach der Pilotphase nicht weiter genutzt wurden. Grundlage des Niedergangs der Tontines ist eine staatliche Anordnung, dass innerhalb der Tontines die CBHI-Beiträge nicht erspart werden sollten. Die ruandische Regierung hat sich aus einer Vielzahl von Gründen gegen die Nutzung von Tontines zum Sparen der CBHI-Beiträge ausgesprochen. Einer der Hauptgründe war die zu späte Entrichtung der Beiträge durch den Tontineverwalter in den CBHI-Büros. Durch die Sperrfrist konnte die Leistung im Akutfall nicht sofort bezogen werden. In anderen Fällen zweckentfremdete der Verwalter das gesammelte Geld für private Zwecke, was zur Nichtversicherung der Tontinemitglieder führte. In einigen Fällen behielt der Verwalter das gesammelte Geld, bis alle Beiträge entrichtet waren. Dieses Verhalten birgt die Gefahr, dass es zu einer Verzögerung des CBHI-Erwerbs für alle Tontinemitglieder kommen kann. Individuelle Beiträge wurden aus Bequemlichkeitsgründen nicht bei Vollständigkeit eingezahlt, sondern nur bei kollektiver Vollständigkeit. Auch hier war eine mögliche Folge, dass trotz vorhandener CBHI-Beiträgen keine Versicherung für die Tontinemitglieder zu Stande kam. Aus diesen Gründen wurde die verpflichtende Abgabe der Beiträge bei der *Sacco Bank* oder der *Banque Populaire* von der ruandischen Regierung eingeführt. Die ruandische Regierung beabsichtigt, dadurch die individuelle Eigenverantwortung zu stärken und die Fremdverantwortung zu minimieren. Durch dieses Abgabeverfahren erhält jeder Beitragszahler einen schriftlichen Nachweis für seine entrichteten Beiträge und kann diesen jederzeit vorweisen. Dieses Vorgehen soll vor Missbrauch schützen (Patient ohne KV#4, Absatz 62; RSSB#1, Absatz 12).

Es ist an dieser Stelle wichtig anzumerken, dass die Tontines nicht als „Institution“ von der

ruandischen Regierung abgeschafft wurden. Einzig und allein der Sparzweck CBHI-Beitrag wurde aus den Tontines aus den bereits genannten Gründen eliminiert. Zur „Ablösung“ der Tontines führte die ruandische Regierung sogenannte Mobilisationsteams ein. Diese gehen jeweils in die einzelnen Zellen und Dörfer und motivieren die Menschen zum eigenständigen Sparen. Dabei dürfen sie jedoch keine Gelder annehmen und für die Sparwilligen sparen oder in den CBHI-Büros einzahlen. Die erzieherische Komponente ist ebenfalls eingeschränkt: Die Mobilisationsteams informieren ausschließlich in Bezug auf die CBHI und die damit verbundenen Maßnahmen. Weitere Themengebiete sind nicht Gesprächsgegenstand (RSSB#1, Absatz 14).

Die Beweggründe der ruandischen Regierung gegen die Fortführung von Tontines sind auf den ersten Blick nachvollziehbar. Jedoch zeigt der Blick auf die CBHI-Krankenversicherungsquote einen Mitgliederrückgang. Es stellt sich die Frage, ob ein Zusammenhang zwischen dem Mitgliederrückgang und dem eigenständigen Sparen besteht. Dieser Zusammenhang lässt sich nicht eindeutig im Rahmen dieser Forschung nachweisen, jedoch liegt die Vermutung nahe. Dieser Wechsel von Tontines zu Mobilisationsteams und dem eigenständigen Sparen führte zu einer massiven gesellschaftlichen Veränderung. Losgelöst von einem bereits existierendem und anerkanntem gesellschaftlichem Konzept sollte jeder Ruander für sich Sparen und Eigenverantwortung übernehmen. Die Realität zeichnet jedoch ein anderes Bild: In den Gesprächen zeigte sich der Bedarf an organisierten, persönlichen und ganzjährigen Sparmöglichkeiten, da viele Menschen mit eigenständigem Sparen überfordert sind. Nicht alle Menschen verfügen darüber hinaus über ein eigenes Bankkonto. Besonders in diesen Fällen fällt Sparen schwer, weil die Beträge zu Hause aufbewahrt werden und die Versuchung, diese für andere Zwecke als die Krankenversicherung auszugeben, sehr hoch ist. Immer wieder ist die hochgeschätzte edukative Komponente der Tontines in den Gesprächen angeklungen. Der Sparmechanismus und dessen Notwendigkeit war oft Gegenstand der Gespräche innerhalb der Tontines. Durch die Verankerung dieses Konzepts in der ruandischen Kultur ist eine höhere Akzeptanz als bei Mobilisationsteams festzustellen. Die soziale Bindung unter den bekannten Mitgliedern und die räumliche Nähe schaffen ein besonderes Vertrauensverhältnis. In einer solchen Gemeinschaft und durch die selbst auferlegten Regeln sind die Chancen des erfolgreichen Sparens groß. Die ruandische Regierung versucht mit ihren Mobilisationsteams hieran anzuknüpfen. Durch den persönlichen Kontakt zwischen Mobilisationsteams und dem CBHI-Mitglied soll Nähe und Vertrauen geschaffen werden. Der entscheidende Unterschied zwischen den Mobilisationsteams und den Tontines ist das fehlende Einsammeln und Verwalten von Geld durch die Mobilisationsteams und das enge Themenspektrum, das sie in ihrer „Bildungsarbeit“ bearbeiten.



Genau in diesem Unterschied liegt die Schwäche der Mobilisationsteams. Der Bedarf der Bevölkerung liegt in einer ganzjährigen persönlichen und einfachen Sparform mit extensiven Bildungs- und Informationsmöglichkeiten. Der Bedarf liegt hingegen nicht in der ausschließlichen Sparanimation, wie sie die Mobilisationsteams praktizieren. Die Stärke der Tontines ist die größte Schwäche der Mobilisationsteams.

Eine Kompromissmöglichkeit zwischen den Formen der traditionellen Tontines und den modernen Mobilisationsteams wäre zur Abdeckung des Bedarfs optimal. Das Konzept der Tontines müsste dabei um das Ziel der Eigenverantwortung erweitert werden. Die Tontines der Pilotphase sind meist einfache Tontines, die aus freiwilligen, einander kennenden Mitgliedern bestehen. Die sozialen Beziehungen und die Freiwilligkeit im Zusammenschluss stärken die Tontine. Um einen Missbrauch durch Finanzverwalter zu vermeiden und den individuellen Willen zum Sparen zu stärken, könnte pro Tontine eins oder mehrere Mitglieder ausgewählt werden, die in regelmäßigen Abständen staatliche Schulungen besuchen. Die dort erlernten Inhalte wie Spartechniken oder Informationen rund um die CBHI wie auch Änderungen im Gesundheitssystem könnte in den regelmäßigen Treffen innerhalb der Tontines weitervermittelt werden. Durch dieses Vorgehen würde der informative Charakter der Mobilisationsteams aufgegriffen und das so modifizierte Vorgehen wieder in ein allen bekanntes Konzept einbettet werden.

Das ausschlaggebende Argument der ruandischen Regierung gegen die Tontines war die Möglichkeit des Missbrauchs durch die Abgabe kleinerer Beiträge bei dem Organisator oder einigen Tontinemitgliedern. Vorbeugend müssen alltagspraktischere Alternativlösungen angeboten werden, damit die Sparwilligen die Beiträge eigenständig entrichten wollen. Ruanda ist für seinen Dienstleistungssektor und sein Technologieknowhow bekannt. Elektronische Anwendungen zum leichten und unbürokratischen Einzahlen der Beiträge könnten die Lösung sein und das Konzept Tontines im Sinne der ruandischen Regierung modernisieren. Viele Menschen leben weit entfernt von der nächsten Bank und können dadurch kleinere Sparbeträge nicht auf ihr Konto einzahlen, zumal viele Ruander über kein eigenes Bankkonto verfügen. Eine mögliche Problemlösung wäre die Ansparung des CBHI-Beitrags auf einem separaten elektronischen CBHI-Konto via Mobiltelefon, da die Mobiltelefonnutzung in Ruanda stark verbreitet ist. In Anlehnung an das ruandische Moneygram könnte die Einzahlung digital erfolgen: Das Mitglied zahlt in einer zertifizierten Stelle in seinem Dorf Geld ein und bekommt es auf seinem digitalen Konto gutgeschrieben. Über eine App kann der Sparwillige jederzeit auf sein Konto zugreifen und sein Kontostand überprüfen. Somit kann ein Teilbetrag der CBHI individuell gespart

werden, ohne in die Versuchung zu kommen, zu Hause verwahrtes Geld zweckentfremdet auszugeben. Gleichzeitig kann die App Zahlungserinnerungen verschicken oder durch interaktive Anwendungen zum Sparen animieren, wodurch der Nutzer eine persönliche Verbindung zur Versicherung hätte. In einem Artikel der KT Press vom 20.02.2018 wird vom Umsetzen solcher Technologien gesprochen. Dabei sollen die potenziellen CBHI-Versicherten über eine simple Mobiltelefonanwendung ihren Beitrag an RSSB entrichten können. Die CBHI-Karte kann im Anschluss im nächst gelegenen RSSB-Büro abgeholt werden (KT Press 2018). Ob es wirklich zur Umsetzung eines solchen Konzeptes kam und wie erfolgreich es ist, ist an dieser Stelle noch nicht bekannt. Neben dieser modernen Beitragsentrichtung können die Tontines bestehen bleiben: In den Tontines erhalten die Mitglieder weiterhin alle wichtigen Informationen und die notwendige Hilfe, falls sie den Vorgang nicht eigenständig durchführen können. Auf diese Art und Weise würden ältere Menschen ohne Zugang zu modernen Technologien nicht vergessen und hätten weiterhin die Stabilität durch persönliche Netzwerke wie den Tontines.

#### **4.5 Administratives Vorgehen zum Erwerb der CBHI**

Die richtige Ubudehe-Kategorie ist die Grundvoraussetzung für einen fairen und an die sozio-ökonomisch Lebensumstände angepassten Beitrag. Nachdem man dieser zugeordnet und der CBHI-Beitrag erspart wurde, kann die CBHI beantragt werden. Nun stellt sich die Frage, wie genau der Ablauf zum Erwerb der CBHI aussieht. Wie sich während der Feldforschung herausstellte, ist das administrative Vorgehen zum Erwerb der CBHI eine der größten Zugangsbarrieren zur CBHI. Je übersichtlicher und zugänglicher die CBHI ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass Menschen sich versichern. Die folgende Darstellung des Zugangs zur CBHI offenbart die Stärken und Schwächen des Vorgangs. Dabei wird der Zugang zur Versicherung während der Pilotphase verglichen mit dem heutigen tatsächlichen Zugang und wie der Zugang staatlicherseits – in der Theorie – vorgesehen, ist.

##### ***Der frühere Ablauf zum Erhalt der CBHI aus der Sicht des Antragsstellers***

Der administrative Ablauf zum Erhalt der CBHI während der Pilotphase unterscheidet sich stark im Vergleich zur heutigen Vorgehensweise. Der Ablauf in der Pilotphase war sehr übersichtlich und unkompliziert. In der Pilotphase wurden in den CBHI-Büros die Beiträge durch die zukünftigen Versicherten direkt entrichtet. Das war der einzige Prozessschritt, der von dem zukünftigen Mitglied durchlaufen werden musste. Waren die Zahlungen getätigt, konnte im direkten Anschluss die validierte CBHI-Karte vom Antragssteller mitgenommen und Leistungen in Gesundheitseinrichtungen bezogen werden (Weltbank, Absatz 73-77).

### *Der geplante heutige Ablauf zum Erhalt der CBHI aus staatlicher Sicht*

Doch wie gestaltet sich heutzutage der Vorgang zum Erhalt der CBHI? Beginnen soll die Beschreibung des momentanen Ablaufes zum Erhalt der CBHI aus Sicht der ruandischen Regierung. Zunächst müssen alle Ruander, die die CBHI erwerben wollen, sich in ihrer Zelle vorstellen und nach ihrer aktuellen Ubudehe-Kategorie fragen<sup>37</sup>. In diesem Schritt kommt es zur Überprüfung der Anzahl von Familienmitgliedern pro Familie/Haushalt und der Ubudehe-Kategorie. Hierbei treten zuweilen Fehler zutage: Entweder die genannte Anzahl der Familienmitglieder entspricht nicht der gemeldeten Anzahl oder die genannte Ubudehe-Kategorie ist in dieser Form nicht in der Zelle hinterlegt. Sofern die Ubudehe-Kategorie falsch ist, schickt man den Beitragssteller zur erneuten Kategorisierung zurück zu seiner Zelle. Vor Ort muss gegebenenfalls eine neue Kategorisierung des Antragsstellers erfolgen. Ist eine neue Kategorisierung des Antragsstellers nicht notwendig, wird dem Antragssteller seine Ubudehe-Kategorie mitgeteilt. Mit diesem Wissen und den notwendigen Dokumenten kehrt der Antragssteller wieder zur Beantragung seiner CBHI in seine Zelle zurück. Anschließend findet wieder die Überprüfung der Kategorie und der Anzahl der Familienmitglieder statt. Wenn erneut Angaben falsch sind, wiederholt sich der vorherige Schritt. Wenn alle Angaben korrekt sind und die Ubudehe-Kategorie aktualisiert wurde, muss der Antragssteller den CBHI-Beitrag in einer lokalen kommerziellen Bank oder bei der ruandischen SACCO bezahlen. Diese stellen anschließend einen Nachweis für die CBHI-Sektion und das CBHI-Büro aus. Bei einem zweiten Entscheidungsprozess im CBHI-Büro wird anhand der CBHI-Registrierung durch die Bank überprüft, ob die Beitragszahlung für alle Familienmitglieder getätigt wurde. Sofern alle Beiträge in der richtigen Höhe eingegangen sind, hat der Antragssteller Anspruch auf die CBHI. Wurde jedoch festgestellt, dass die Zahlung nicht für alle Familienmitglieder geleistet wurde, muss der Antragssteller dies nachholen. Erst dann wird die Mitgliedschaft ausgestellt. Bei dieser zweiten Entscheidung kann jedoch ebenfalls festgestellt werden, dass die Zahlungen nicht korrekt sind oder dass die Anzahl der gemeldeten Familienmitglieder zu hinterfragen ist. In diesem Fall werden diese Daten in dem umständlichen Verfahren nachgeprüft beziehungsweise korrigiert. Der Antragssteller ist permanent unterwegs von einer Amtsstelle zur nächsten. Erst wenn alle Daten in korrekter Form vorliegen, im schlimmsten Fall nach mehrmaligem Durchlaufen aller Instanzen, wird der Antragssteller in die CBHI aufgenommen. Die Beitragsbegleichung soll im Juli eines jeden Jahres erfolgen. Erfolgt die Antragsstellung nach Juli, gilt für neue und alte Mitglieder eine

---

<sup>37</sup> Um sich in den einzelnen Institutionen ausweisen zu können, wird eine ID-Card vorausgesetzt, deren Besitz in Ruanda Pflicht ist. Nichtsdestotrotz zeigte die Feldforschung, dass viele Ruander über keine ID-Card verfügen, wodurch nicht wenige administrative Prozesse nicht durchlaufen werden können.

einmonatige Sperrfrist, bis sie Zugriff auf die CBHI-Leistungen haben. Erfolgt die Zahlung im Voraus bis Juli für den Stichtag oder im Juli, haben die CBHI-Mitglieder direkten Zugang zu den CBHI geförderten Gesundheitsdienstleistungen (Rwanda Social Security Board 2016:15).

Figure 1: CBHI enrollment process 2015/16

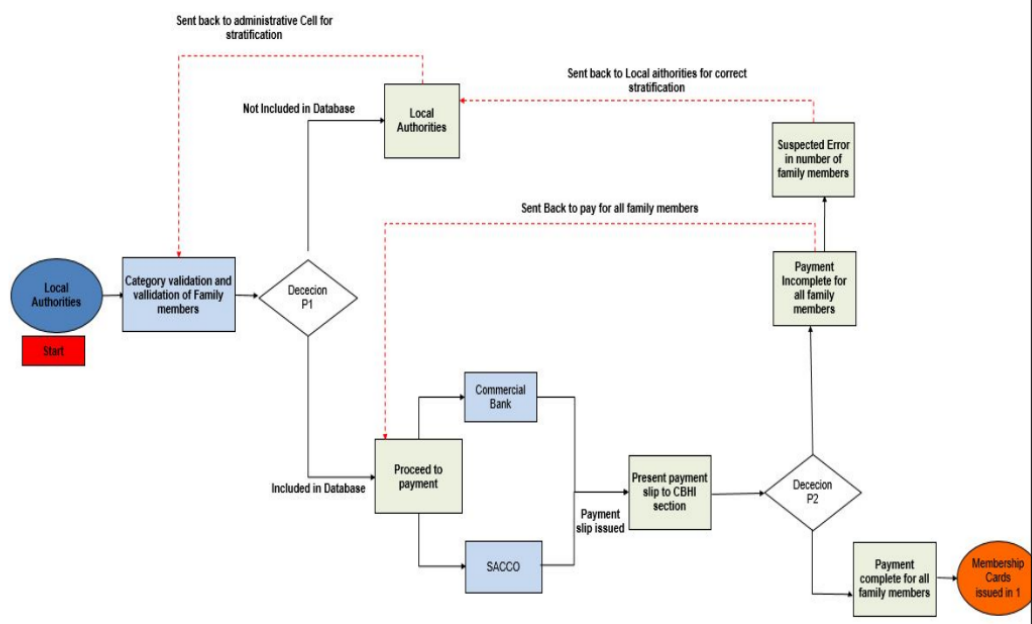


Abbildung 12: CBHI Enrollment Process 2015/16

Quelle: RSSB (2016). Community Based Health Insurance Annual Report. Fiscal Year 2015/16

### ***Der momentane Ablauf zum Erhalt der CBHI aus Sicht der Antragssteller***

Der oben beschriebene Prozess ist komplex und beinhaltet viele Schleifen, zumindest dann wenn nicht alle erforderlichen Daten schon beim ersten Mal vorliegen. Umso interessanter ist die dazu gehörige Praxis, die in den geführten Gesprächen stark diskutiert wurde. Nicht alle Gesprächspartner haben den Ablauf zum Erhalt der CBHI in gleicher Weise beschrieben. Oftmals weichen die Beschreibungen von dem Ablauf ruandischen Regierung ab. Genau diese unterschiedlichen Darstellungen sind aufschlussreich und lassen Rückschlüsse zur Beitritts-wahrscheinlichkeit zu. Im Folgenden werden die teilweise gegensätzlichen Aussagen zusammengefasst und dargestellt. Daraus ergeben sich drei Varianten zum Erhalt der CBHI:

1. Variante: Der Prozess zum Erhalt der CBHI beginnt in den Heimatdörfern und nicht in den Zellen. Dort werden alle notwendigen Dokumente ausgefüllt und die Beiträge beglichen und bei Vollständigkeit aller Daten und Zahlungen erhält der Antragssteller im Dorf und nicht in einem CBHI-Büro umgehend die CBHI-Karte. Durch diesen

vollständig im Heimatdorf durchgeführten Prozess wird das Verfahren zum Erhalt der CBHI durch die Antragssteller als einfach eingestuft (Angestellter#1, Absatz 79).

2. Variante: Andere Befragten hingegen äußerten, dass es alternativ a) mit der *High Administration*<sup>38</sup>, oder b) in den Zellen, c) im Sektor, d) in den Heimatdörfern oder Heimatsiedlungen oder e) mit dem Dorfvorsteher beginnt, da sie über alle notwendigen Informationen verfügen. In den jeweils benannten ersten Instanzen wird der Antragssteller in eine Ubudehe-Kategorie entweder erstmals eingestuft oder die bereits erfolgte Einstufung wird überprüft und dem Antragssteller mitgeteilt. In Abhängigkeit von der Ubudehe-Kategorie werden anschließend die Beiträge erhoben. Der Schritt, dass die Ubudehe-Kategorie mitgeteilt werden muss, wird nicht von allen Befragten benannt. Nachdem die Beitragshöhe bestimmt ist, geht der Antragssteller in eine Bank wie SACCO oder die *Banque populaire du Rwanda* und zahlt den Beitrag ein. Mit der Zahlungsbescheinigung geht der Antragssteller in ein Gesundheitszentrum, an das immer ein CBHI-Büro angegliedert ist. Die CBHI-Büros sind laut den Gesprächspartnern mitunter für die Überprüfung der Ubudehe-Kategorie zuständig. Die CBHI-Büros haben eine Datenbank, in der die Ubudehe-Kategorien des Einzelnen und die Anzahl der beitragspflichtigen Familienmitglieder hinterlegt sind. Die dort vorhandenen Daten werden mit der Zahlungsbescheinigung abgeglichen. Stimmen diese überein, wird die CBHI ausgestellt. Findet keine Übereinstimmung statt, müssen Zahlungen nachträglich erfolgen. Anschließend wird die Bescheinigung abgestempelt und ist gültig (Patient#4, Absatz 192; Angestellter#2, Absatz 121; Angestellter#4, Absatz 64; Doctor#4, Absatz 66; Patient#12, Absatz 167; RSSB#2, Absatz 155-159; Patient ohne KV#9, Absatz 90; Angestellter#1, Absatz 104; Patient#13, Absatz 67).
3. Variante: In einigen Fällen sagten Gesprächspartner aus, dass es bei der 2. Variante auch einen anderen Ablauf bei der Ausgabe der CBHI-Karten gibt. Demnach werden die CBHI-Karten nicht umgehend im angegliederten CBHI-Büro ausgegeben, sondern in die Heimatdörfer gesendet und anschließend dort ausgegeben (Patient#6, Absatz 97).

### ***Ausnahmen und Abweichungen beim Ablauf zum Erhalt der CBHI***

Des Weiteren gibt es Ausnahmefälle, bei denen der Ablauf zum Erhalt der CBHI modifiziert ist. Dabei gibt es zwei Gruppen von Antragsstellern, die folgende Abläufe beschrieben:

---

<sup>38</sup> Wird von den Ruandern nicht näher betitelt, meint aber die für die Ubudehe-Kategorien zuständige Institution.

1. Von FARG unterstützte Versicherte: Die Besonderheit bei von FARG unterstützten Gesprächspartnern ist die Beitragsübernahme der CBHI durch FARG. Für diese Gesprächspartner beginnt der Prozess zum Erwerb der CBHI in ihren Heimatdörfern. Anschließend gehen sie zu ihren Zellen. Dort werden die notwendigen Dokumente für die CBHI ausgefüllt, die dann an den Sektor weitergeleitet werden. Der Sektor gibt anschließend weitere Dokumente an den Beitragssteller zurück, mit denen der Antragssteller die Zelle ein weiteres Mal aufsuchen muss. Dieser Vorgang dient einer doppelten Absicherung für FARG. Durch dieses aufwendige Verfahren soll gewährleistet werden, dass nur diejenigen unterstützt werden, die der Ubudehe-Kategorie 1 angehören und denen daher eine finanzielle Unterstützung durch FARG zusteht (Patient#4, Absatz 169,184; Patient#14, Absatz 76).
2. Zugehörigkeit zur Ubudehe-Kategorie 1: Die Zugehörigkeit zur Ubudehe-Kategorie 1 berechtigt zur staatlichen Unterstützung bei der CBHI, d.h. dass Menschen der Ubudehe-Kategorie 1 nicht für die Beiträge der CBHI aufkommen müssen. Um sich die erste Ubudehe-Kategorie schriftlich bestätigen zu lassen, muss zunächst der Antragssteller seine Heimatsiedlung aufsuchen, dann die Zelle für eine weitere Bestätigung und anschließend den Sektor, dessen Vertreter dann das von der Zelle ausgestellte Dokument zur Bestätigung der Ubudehe-Kategorie unterzeichnet. Der Antragssteller muss dann mit dem unterzeichneten Dokument wieder zum Sektor gehen, der die staatlich benötigte Hilfe bezeugt und anweist. Erfolgt dies mit einem schriftlichen Nachweis, kann anschließend der Antragssteller im Gesundheitszentrum seine CBHI-Karte direkt, ohne dass das Gesundheitszentrum weitere Dokumente benötigt, abholen. Möglich macht das eine interne Datenbank, die allen CBHI-Büros zur Verfügung steht und die eine Liste aller Angehörigen der Ubudehe-Kategorie 1 enthält (Patient ohne KV#12, Absatz 121, 123; Patient#5, Absatz 110+176; Patient#16, Absatz 103, 118). Das direkte Aufsuchen des Gesundheitszentrums, d.h. reduzierte administrative Eigenanstrengungen, vereinfacht bildungsfernen Familien den Zugang zur CBHI (Patient ohne KV#6, Absatz 101, 103).

### ***Die falsche Ubudehe-Kategorie und der Erwerb der CBHI***

Immer wieder wurde in den Beschreibungen der Abläufe erwähnt, dass Antragsteller in falsche Ubudehe-Kategorien eingeordnet wurden. In fast allen Gesprächen war dies eines der zentralen Themen und erwies sich als eine der größten Hürden beim Erwerb der CBHI. Wenn die Ubudehe-Kategorie falsch ist oder der Antragssteller eine Kategorienänderung wünscht, muss

er zunächst sein Heimatdorf aufsuchen, da dort alle Angaben über den Familienstatus und die Ubudehe-Kategorie vorliegen. Wenn einer Änderung der Ubudehe-Kategorie durch das Heimatdorf zugestimmt wird, werden vom seinem Heimatdorf die notwendigen Papiere an die Zelle weitergeleitet und dann durch deren Vertreter abgezeichnet und an das zuständige Gesundheitszentrum des Antragsstellers geschickt. Dort erhalten die CBHI-Angestellten die korrigierten Daten. Wenn nun die Ubudehe-Kategorie korrigiert worden ist, wird der Beitrag bezahlt und mit der Quittung im Gesundheitszentrum die CBHI-Karte abgeholt. Vorab konnten die Zuständigen die angegebenen Daten mit den korrigierten Daten abgleichen (Patient#9, Absatz 110). Andere Gesprächspartner sagten, dass man sich direkt an die Zelle wenden muss, um die Ubudehe-Kategorie neu auszuhandeln. Wenn diese zustimmen, ändern sie die Kategorie. Gemäß der neuen Ubudehe-Kategorie begleicht man anschließend die Beiträge in der Banque populaire oder SACCO. Mit dem Zahlungsbeleg geht der Antragssteller ins Gesundheitszentrum und erhält dort seine CBHI-Karte (Patient ohne KV#5, Absatz 101). Die unterschiedlichen Verfahren zum Erhalt der CBHI sind Zeichen uneinheitlicher Vorgehensweisen der Bürokratie, die zu Intransparenz führen und einen einfachen Zugang zur CBHI verhindern können.

Weitere Faktoren erschweren den CBHI-Erhalt. Hier ist zunächst die korrekte Angabe der Anzahl der Familienmitglieder zu nennen. Ein nicht regelmäßig und detailliert geführtes Sterberegister stellt ein Problem dar. In diesem Fall ist nicht immer ersichtlich, wie viele Familienmitglieder verstorben sind und wie viele Geburten es innerhalb einer Familie gab. Durch die gegebenenfalls falschen Familienangaben werden in der Regel häufig mehr Familienmitglieder einer Familie zugeschrieben, als es in Wirklichkeit existieren. Dies gilt auch, wenn jemand einen eigenen Haushalt gründet und dann nicht mehr zum alten Haushalt dazu gezählt werden kann. Wenn Beziehungen zerbrechen und jemand die Familie verlässt, wird dies häufig nicht richtig erfasst, wodurch in der Folge zu hohe CBHI-Beiträge gefordert werden. Besonders wichtig ist dieser Sachverhalt vor dem Hintergrund der Kollektivversicherung, wonach eine Familie nur als Ganzes versichert werden kann (MSH, Absatz 54). Der durch Adoptionen, Sterbefälle, Geburten oder Trennungen wechselnde Familienstatus führt zu einer konstanten Veränderung der Familienkonstellation. Dies ist schwer bis nahezu unmöglich zeitnah nachzuvollziehen, was dazu führt, dass eine falsche Beitragshöhe festgesetzt werden kann (MSH, Absatz 56). Es muss daher ein dynamischeres System entwickelt werden, das auf solche Veränderungen zeitnah reagieren kann.

Darüber hinaus gibt es das Problem der Kollektivversicherung. Ein Haushalt muss immer vollständig versichert sein, d.h. selbst wenn beispielsweise der Ehemann nicht permanent im

Haushalt lebt, kann die Ehefrau trotzdem nicht ohne ihren Ehemann und seine Dokumente den Versicherungsschutz der CBHI für die Familie erwerben. Vor dem Hintergrund der familiären, teilweise zerrütteten Verhältnisse erfolgt aufgrund dieses Zwangs der Kollektivversicherung der Versicherungserwerb oft verspätet. Ebenfalls muss zusätzlich zu dem Beitrag der aktiven Familienmitglieder immer zusätzlich der Beitrag des fehlenden Familienmitglieds (z.B. des Ehemanns) bezahlt werden, auch wenn dieser die Familie ohne offizielle Scheidung verlassen hat. Somit wird neben einer finanziellen Hürde eine zusätzliche administrative Hürde geschaffen (Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 54; Patient ohne KV#5, Absatz 41). Durch die Inklusion von nicht präsenten Familienmitgliedern in die Beitragsberechnung steigen die Beiträge stark und können daher in manchen Fällen nicht beglichen werden. Nicht präsente Familienmitglieder leisten häufig keine finanzielle Unterstützung, verursachen jedoch Kosten. Dieser Zusatzbetrag kann der nicht aufzubringende Beitrag sein, der zur Nichtversicherung der restlichen Familie führt (Patient ohne KV#5, Absatz 55, 59).

Zu den bürokratischen Schwierigkeiten kommen in einigen Fällen Alltagsprobleme hinzu: In den Krankenhäusern und Gesundheitseinrichtungen werden zusätzliche Dokumente wie der Nachweis der Ubudehe-Kategorie gefordert. Wenn dem Patienten diese Papiere nicht vorliegen, muss er diese beispielsweise in der Sektorverwaltung anfordern und der Gesundheitseinrichtung vorlegen, bevor er die notwendigen Behandlungen erhält. Diese Verzögerung könnte im schlimmsten Fall zu einem körperlichen Schaden bei dem Antragssteller führen. Dieses Problem haben besonders Angehörige der Ubudehe-Kategorien 1 (Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 78).

Die vielen unterschiedlichen, aber immer sehr zeitaufwändigen Wege zum Erhalt der CBHI zeigen, dass keineswegs von einer geordneten und effektiven Administration die Rede sein kann. Der von der ruandischen Regierung vorgegebene Weg zum Erhalt der CBHI demonstriert die Absicht, eine transparente und effektive Administration aufbauen zu wollen, jedoch widersprechen die Aussagen einiger Gesprächspartner dieser Absicht. Eindeutig ist, dass der vorgegebene staatliche Weg in den meisten Fällen nicht eingehalten wird. Stattdessen gibt es trotz der großen Planungsbürokratie viele informelle Wege, die CBHI-Mitgliedschaft zu erwerben. Die weiteren Wege einigt, dass sie von vielen Gesprächspartnern immer wieder beschrieben wurden, sodass sich eine Form der Regelmäßigkeit und der Ordnung als durchgängiges Muster bei den Wegen feststellen lässt, die vom Staat ursprünglich nicht vorgesehen wurden. Die eigentlichen Verfahren sind von einer Vielzahl von Kontroll- und Prüfstellen geprägt, die zeitaufwändig und mühevoll für den Antragssteller wie auch für die Verwaltungsangestellten sind.



Diese Kleinteiligkeit der Prozessschritte ist mit hohem Aufwand und Kosten verbunden. Über den Aspekt der Effektivität kann an dieser Stelle nur eingeschränkt geurteilt werden, sie erscheinen jedoch ineffizient. Was den Gesundheitssektor in Ruanda angeht, kann aber festgestellt werden, dass unterschiedliche nicht-offizielle, aber effektive Wege zum Erhalt der CBHI-Mitgliedschaft existieren, dass es eine ungeordnete und intransparente Administration und einen Rückgang der Mitgliederzahl der Versicherung gibt. Dieser Rückgang kann als eine Folge einer ineffizienten Bürokratie gesehen werden. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen diesen Phänomenen konnte (noch) nicht hergestellt werden.

#### **4.6 Leistungen und Medikamente im Rahmen der CBHI und das Problem der Zuzahlungen**

Nach langem Sparen und aufwendigen administrativen Abläufen wurde die CBHI nun erworben. An dieser Stelle sind die Leistungen interessant, die mit der CBHI-Mitgliedschaft in Anspruch genommen werden können. Die Attraktivität einer Krankenversicherung wird stark durch ihr Leistungsspektrum bestimmt. Hauptsächlich werben Krankenversicherungen – wie auch die CBHI – mit einem großen Leistungsspektrum bei geringen Versicherungsbeiträgen. Umso stärker stellt sich die Frage nach der Attraktivität der CBHI gemessen an ihrem Leistungsspektrum und der damit verbundenen Behandlungsqualität, denn die Behandlungsqualität spielt eine wichtige Rolle bei der Beurteilung der CBHI. Viele Menschen setzen die CBHI mit der erfahrenen Behandlungsqualität gleich. Behandlungsqualität und Leistungsspektrum müssen analysiert werden, um so die Beweggründe gegen die CBHI besser erfassen zu können.

##### **4.6.1 Behandlungsqualität und ihre Bedeutung für die CBHI**

Betrachtet man die Leistungen im Rahmen der CBHI, sollte man sich zunächst mit der Behandlungsqualität auseinandersetzen. Bei der Einführung der CBHI war die Primär- und Sekundärversorgung der ruandischen Gesellschaft im Fokus. Die verbesserte Lebenssituation auf Grund von technischem Fortschritt veränderte stark die ruandische Gesundheitssituation und die bis dahin gängigen Krankheitsbilder. Im gleichen Maße, wie es zur Verbesserung der Gesundheitssituation in Ruanda kam, nahm die Anzahl der chronischen Erkrankungen in Ruanda zu (siehe Kapitel 2.1). Für die steigenden Kosten durch chronische Erkrankungen hat die CBHI keine Mechanismen vorgesehen (MSH, Absatz 81).<sup>39</sup> Mitglieder der CBHI haben Zugang zu allen

---

<sup>39</sup> HIV-Medikamente werden nicht durch die CBHI, sondern durch ausländische Geber finanziert. HIV-assoziierte Erkrankungen, wie Pneumonien, werden durch die CBHI gedeckt.

öffentlichen Gesundheitseinrichtungen und allen privat-öffentlichen Gesundheitseinrichtungen, die einen Vertrag mit dem RSSB haben. Zu diesen Einrichtungen gehören:

- Gesundheitszentren
- Distriktkrankenhäuser
- Zentralkrankenhäuser
- Gesundheitsschulungen für und in der Gemeinde
- Öffentliche und private Gesundheitsstationen
- Öffentliche Gesundheitsstationen angegliedert an Gesundheitszentren (RSSB 2016: 19)

Die CBHI zeichnet aus, dass CBHI-Versicherte bei einer Krankheit als erste Anlaufstelle einen GGH aufsuchen müssen. Bei einigen Erkrankungen darf der GGH Medikamente ausgeben, beispielsweise für Malaria. Sofern der GGH dem Patienten nicht helfen kann, sucht der CBHI-Versicherte ein Gesundheitszentrum auf. Falls gleichfalls das Gesundheitszentrum keine adäquate Behandlung gewährleisten kann, werden die Patienten in Abhängigkeit der Schwere ihrer Krankheit an ein Distriktkrankenhaus überwiesen. Wenn möglich findet dort die Behandlung statt. Ansonsten werden die Patienten in das nächste spezialisierte Zentralkrankenhaus verwiesen. Im Vergleich dazu können Versicherte anderer staatlichen Krankenversicherungen wie RAMA und MMI direkt in die von ihnen gewünschte Institution. Sie können für ihre Behandlung frei wählen zwischen Krankenhaus oder Gesundheitszentrum.

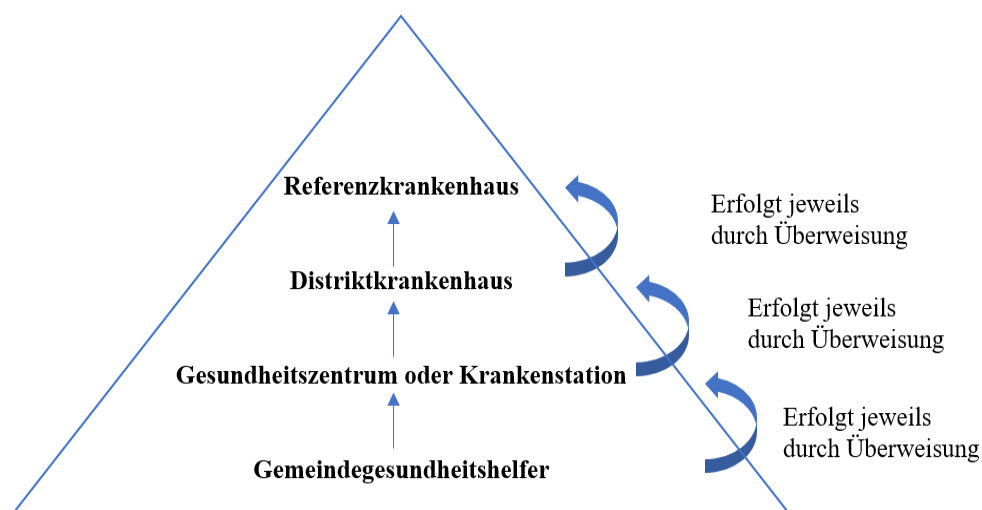


Abbildung 11: Ebenen der Gesundheitseinrichtungen

Viele CBHI-Versicherte beklagen diese Situation. Der lange und mühsame Weg hin zu einem spezialisierten Krankenhaus wird von den meisten Gesprächspartnern negativ bewertet. Dabei

spielt eine Vielzahl von Gründen eine Rolle: Bei Krankheit erfolgt in den meisten Fällen der Erstkontakt zu einem GGH oder zu Angestellten in einem Gesundheitszentrum. Diese Berufsgruppe verfügt aufgrund ihrer Berufsausbildung nur über eine sehr begrenzte Fachbildung. Erst, wenn keine ausreichende Behandlung der Krankheiten stattfinden kann, werden die Patienten an die nächste Instanz überwiesen. Die häufige fachliche Unkenntnis der GGH wird von einigen Gesprächspartnern sehr negativ bewertet. Sie empfinden die durchgeführten Behandlungen und die Überweisungen als ein Eingeständnis von Unwissen und verbinden damit eine unzureichende Behandlungsqualität. Dieses Vorgehen schafft ein potenziell höheres Risiko. Lebensbedrohliche Krankheiten werden zu spät behandelt oder chronische Erkrankungen können fortschreiten, da die benötigte fachgerechte Hilfe möglicherweise zu spät erteilt wird. Diese Unzufriedenheit wird von einigen Gesprächspartnern ebenfalls auf die CBHI projiziert, indem sie die CBHI mit ihrer Versorgungsstruktur für eine in ihren Augen mäßige bis schlechte Behandlungsqualität verantwortlich machen (Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 78).

Warum geht das ruandische Gesundheitssystem auf seinen verschiedenen Ebenen so vor? Eine Übernutzung der Gesundheitseinrichtungen und medizinischen Behandlungen soll zur Kosteneinsparung vermieden werden. Durch die verschiedenen Instanzen soll eine Vorabsichtung der Patienten und ihrer Erkrankungen stattfinden. Nur wirkliche medizinische Notfälle sollen in der entsprechenden Einrichtung sofort gesehen und behandelt werden. Weniger schwere bzw. komplizierte Krankheiten sollen durch geschultes Fach- und Hilfspersonal in den unteren Instanzen behandelt werden. Nicht in allen Instanzen kann aufwendige Diagnostik betrieben werden, daher ist es wichtig, medizinisch-diagnostisch anspruchsvolle Fälle zeitnah in die richtige Instanz zu verweisen. Dadurch soll eine unsachgemäße Überbeanspruchung der hochqualifizierten Gesundheitseinrichtungen vermieden und Ressourcen eingespart werden.

Hinzukommt die angespannte Personalsituation. Eine gute Behandlungsqualität erfordert eine ausreichend große Anzahl an qualifizierten Gesundheitsfachkräften und letztlich ein adäquates Ausbildungsangebot. Ruanda versucht viele Gesundheitsfachkräfte auszubilden, um dem wachsenden Bedarf gerecht zu werden. Die momentan geringe Anzahl an Fachkräften in Gesundheitszentren, die die erste Anlaufstelle für CBHI-Versicherte sind, führt zur starken Überlastung der Zentren. Durch die unzureichenden Betreuungskapazitäten kann es daher zu einer schlechteren Behandlungsqualität kommen, da man dem Ansturm an Menschen kaum gerecht werden kann. Die benötigte individuelle Betreuung ist dabei nachrangig und kann somit nicht gewährleistet werden. Zusätzlich empfinden einige Patienten die Diagnostik bei sehr langer Wartezeit als minderwertig. Das schlägt sich in ihrer Meinung negativ auf die

Behandlungsqualität nieder und das Vertrauen in die Behandlung sinkt.

Viele Menschen verbinden (fälschlicherweise) die Behandlungs- und Betreuungskapazität unmittelbar mit der CBHI. In dieser Logik werden die CBHI-Beiträge als Finanzierung der Gesundheitseinrichtungen und des Fachpersonals verwendet. Obwohl die Finanzierung dieser Posten, wie in Kapitel 4.8 dargestellt, anderweitig zustande kommt, schließen einige Menschen von einer schlechten oder unzureichenden Behandlungsqualität auf eine versagende Versicherung, weshalb das Vertrauen in die CBHI Gefahr läuft, generell zu sinken (Patient#2, Absatz 140, 143, 147; Patient#4, Absatz 202; Angestellter#5, Absatz 50). Momentan ist für die ruandische Bevölkerung nicht ausreichend Fachpersonal, bestehend aus Gesundheits- und Krankenpflegern, Hebammen und Ärzten, verfügbar. Das vorhandene Personal muss daher möglichst effektiv eingesetzt werden, d.h. Fachpersonal kann nur für die Fälle eingesetzt werden, in denen eine spezialisierte und umfangreiche Behandlung notwendig ist. Die Vorabsichtung der Patienten, die durch die Institutionen der verschiedenen Ebenen gewährleistet ist, soll die zielgerechte Nutzung der vorhandenen Ressourcen gewährleisten. Dieser Umstand führt seitens der Patienten, die es sich leisten können, zum Vorzug von privaten Gesundheitszentren oder Krankenhäusern ohne lange Wartezeit, da sie dort subjektiv eine bessere Behandlungsqualität empfinden. Die Behandlungsqualität und Organisation von kirchlich finanzierten Gesundheitseinrichtungen und das dort ausgebildete Fachpersonal werden als vergleichsweise besser empfunden, weshalb mehr Menschen dazu neigen, kirchliche anstelle von staatliche Einrichtungen aufzusuchen (RSSB#2, Absatz 52-68).<sup>40</sup> Gemessen an dieser Sichtweise wirkt die CBHI relativ unattraktiv gegenüber privaten Gesundheitseinrichtungen, da die CBHI hier nicht greift und die Patienten privat für die Behandlungskosten aufkommen müssen. Damit verliert die CBHI an Attraktivität und die damit verbundene Beitrittswahrscheinlichkeit läuft Gefahr, zu sinken.

Um das Risiko zu minimieren, teure Behandlungen durchzuführen, wurden diese Zwischeninstanzen eingeführt. Die Kosten, die durch CBHI-Versicherte verursacht werden, werden laut den Interviews sehr häufig nicht zeitnah erstattet, wodurch viele Gesundheitseinrichtungen temporär in finanzielle Schwierigkeiten geraten. MMI und RAMA sind Krankenversicherungen für Staatsangestellte und Angestellte des formellen Sektors. Die Interviews lassen den Schluss zu, dass die verursachten Kosten durch diese Versicherungen schneller beglichen werden. Da die CBHI eine schwächere Beitragsbasis und langwierige administrative Prozesse hat, werden - laut informellen Gesprächen - die Rechnungen der Gesundheitseinrichtungen nicht immer

---

<sup>40</sup> CBHI-Versicherte können sich in staatlichen wie auch kirchlichen Gesundheitseinrichtungen behandeln lassen.

zeitnah beglichen. Diese Art der Zahlungsgarantie macht MMI- und RAMA- Versicherte für Gesundheitseinrichtungen finanziell attraktiver. Das kann allerdings nicht notwendigerweise zu einer Benachteiligung der CBHI-Versicherten führen. In den Interviews wurden von den Gesprächspartnern verschiedene Situationen beschrieben, in denen unterschiedlichste medizinische Hilfe gefordert wurde. Einige unversicherte Gesprächspartner empfanden die Behandlungsqualität als gering, da Ärzte und Krankenpfleger aufgrund der ungedeckten Kosten nur eine Minimalversorgung durchführten. Selbst diese Minimalversorgung ist stark vom Wohlwollen des Gesundheitspersonals abhängig. So wurde der Patient in einigen Fällen über die Minimalversorgung hinaus weiter versorgt und in anderen Fällen erhielt er nicht einmal eine Minimalversorgung, was illegal ist (RSSB#2, Absatz 252-264; Fokusgruppe 27.5.2017, Absatz 170). Illustrieren kann diese nichtexistierende Minimalversorgung folgendes Beispiel: Eine unversicherte Schwangere wurde mit Schmerzen und einsetzenden Wehen auf den Flurboden gelegt, ohne, dass eine weitere Behandlung erfolgte (Fokusgruppe 27.5.2017, Absatz 136).

Dieser Gedankengang stellt aber nur eine Sichtweise dar. Ein Perspektivwechsel führt zu neuen Überlegungen. In vielen Fällen vertraut der Patient den GGH, den Mitarbeitern des Gesundheitszentrums oder Ärzten und zweifelt nicht an deren fachlicher Kompetenz. Er weiß, dass bei unzureichenden fachlichen Kenntnissen vor Ort durch die CBHI der Transfer in die nächsthöhere Versorgungsstufe gewährleistet wird. Das Wissen um diesen transparenten Mechanismus schafft die notwendige Vertrauensbasis zwischen Patient und Arzt für eine bestmögliche Behandlung auf dieser Versorgungsstufe und stärkt zugleich das Vertrauen in die CBHI (Patient#5, Absatz 214, 216; Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 115-116).

Für einige Gesprächspartner fließen in die Beurteilung der Behandlungsqualität Faktoren wie die Arzt-Patienten-Beziehung ein. So kann eine unfreundliche, wenn auch medizinisch hochwertige Behandlung schlecht bewertet werden. Auch in diesen Kontext der Kommunikation fließen administrative Tatbestände ein: Die Unklarheit in Bezug auf die Übernahme von Behandlungs- und Krankenhauskosten, die im Gespräch mit dem Fachpersonal kommuniziert werden, kann zu Unverständnis oder zu Missverständnissen führen und so ebenfalls die Sicht auf die Behandlungsqualität negativ beeinflussen (Patient#4, Absatz 196; Patient#6, Absatz 115). Der Arzt wird vor Behandlungsbeginn in den meisten Fällen nicht über den individuellen Versicherungsschutz informiert. Diese Unwissenheit über den Versicherungsstatus führt im Prinzip zur Gleichbehandlung der unterschiedlichen Patienten, was vertrauensstärkend auf das Verhältnis zwischen Patient und Arzt wirkt (Doctor#3, Absatz 70).

Zum vollständigen Verständnis und vollständiger Bewertung der CBHI Leistungen darf eine

letzte Perspektive auf die Behandlungsqualität nicht vergessen werden: Die neutrale Haltung gegenüber der Behandlungsqualität und der CBHI. Viele Menschen sehen in der CBHI die einzige Möglichkeit, eine medizinische Behandlung zu erhalten. Unabhängig von ihrer Qualität ist diese Behandlung immer noch besser als keine Behandlung, weshalb die Behandlungsqualität für den Erwerb der CBHI in vielen Fällen nicht ausschlaggebend ist (Patient#12, Absatz 72; Angestellter#6, Absatz 104). Die Behandlungsqualität setzt sich nicht ausschließlich aus der Behandlung selbst zusammen, sondern ebenfalls aus Faktoren wie Wartezeit, Verfügbarkeit von Medikamenten etc. (MSH, Absatz 10). Gesundheitsdienstleistungen werden nicht nur in den festen Gesundheitseinrichtungen angeboten, sondern ebenfalls durch Gesundheitsfachkräfte wie den GGH, die in ländlichen Gebieten aktiv sind. Sie dürfen Medikamente für nicht schwerwiegende oder leicht behandelbare Krankheiten wie Malaria ausgeben. Dieses Angebot richtet sich besonders an Menschen, die in ihrem direkten Umkreis kein Gesundheitszentrum haben oder dieses nur schwer aufsuchen können. Dieses Versorgungsangebot wird von den CBHI-Versicherten dankbar angenommen und positiv bewertet (Patient#5, Absatz 87). Darüber hinaus kann eine erhaltene kostenfreie Minimalversorgung den Wunsch bei einem unversicherten Menschen stärken, sich zu versichern, da man von den Leistungen und der zuteil gewordenen Behandlung überzeugt ist (Patient ohne KV#11, Absatz 179; Patient ohne KV#14, Absatz 138; Social worker#1, Absatz 95; MSH, Absatz 21; Patient#14, Absatz 114).

Die Bedeutung der guten oder schlechten Behandlungsqualität im Rahmen der CBHI und ihr Einfluss auf die Mitgliederquote ist jedoch insgesamt schwierig zu beurteilen. Sie wird auch in den geführten Gesprächen nicht eindeutig beurteilt. Die Gesprächspartner machen deutlich einen Unterschied zwischen einer schlechten Behandlung in einer einzigen Gesundheitseinrichtung und einer generell schlechten Behandlungsqualität. Die Erfahrungen von Einzelfällen werden nicht generalisiert (Patient#13, Absatz 121; Doctor#4, Absatz 75; Patient#8, Absatz 160). Die ungenügende Behandlungsqualität in einer bestimmten Gesundheitseinrichtung muss daher nicht unbedingt ein Hinderungsgrund für einen CBHI-Eintritt sein.

#### **4.6.2 Medikamente**

Das Leistungsspektrum der CBHI beinhaltet ebenfalls die Versorgung und Bereitstellung von Medikamenten. Der Heilungserfolg ist in vielen Fällen von der medikamentösen Versorgung abhängig. Auch die Attraktivität der CBHI ist mitunter von der medikamentösen Versorgungssituation bestimmt. Die medikamentöse Behandlung oder die Medikamentenversorgung kann stationär oder ambulant in den Gesundheitszentren und Krankenhäusern erfolgen. Der Mangel an verfügbaren und zugänglichen essenziellen Gesundheitsprodukten ist in

Entwicklungsländern ein großes Problem. Neben der Verschlechterung des gesundheitlichen Zustandes durch eine unzureichende medizinische Versorgung kann eine erhöhte Arbeitsbelastung für das Personal und das Abwandern der Patienten zu privaten Apotheken die Folge sein (Wagenaar et. al. 2014: 791f). Eine große Herausforderung in Afrika ist die medikamentöse Behandlung von Patienten. Häufig sind die notwendige Diagnostik und die anschließende medikamentöse Behandlung einfach gehalten, der Bedarf an Medikamenten allerdings hoch. Medikamente müssen oft importiert werden, was sehr schwierig ist. Hinzukommt die geographische Distanz der Medikamentenlager zu den einzelnen großen und kleinen lokalen Apotheken, weshalb die Medikamentenversorgung nicht kontinuierlich stattfinden kann (Nditunze 2015: 85). Die heutige schlechte Medikamentensituation in Afrika findet sich in Ruanda wieder und kann ein Hinderungsgrund sein, in die CBHI einzutreten.

Doch wie gestaltet sich die Versorgung für CBHI-Versicherte und wie empfinden die Gesprächspartner die medikamentöse Behandlung vor dem Hintergrund ihrer persönlichen Erfahrung? Beobachtungen während der Feldforschung zeigten stark variierende Medikamentenpreise in den einzelnen Apotheken. CBHI-Mitglieder können in Partnerapotheken der CBHI, die meist an die CBHI-Einrichtungen angegliedert sind, Medikamente zu stark subventionierten Preis erwerben. Sind dort die benötigten Medikamente nicht verfügbar, können sie ebenfalls in externen Apotheken zu nicht subventionierten Preisen erworben werden. Lieferengpässe in den CBHI-Apotheken sind einer der häufigsten Gründe für das Aufsuchen von externen Apotheken (Doctor#6, Absatz 63; Patient#12, Absatz 68). Zum Bezug der CBHI-subventionierten Medikamente reicht in der Regel das Vorweisen der CBHI-Card aus. In manchen Fällen wird (willkürlich) ein weiteres Schriftstück als Nachweis erwartet (Patient#5, Absatz 120). Während der Feldforschung auf dem CHUB-Gelände konnte die dortige CBHI-Vertragsapotheke beobachtet werden. Auffallend war an manchen Tagen der starke Menschenandrang auf diese Apotheke und die Abweisung von Patienten an anderen Tagen. In informellen Gesprächen mit Angestellten kam zum Vorschein, dass die Vertragsapotheken der tatsächlichen sehr hohen Nachfrage zum Teil nicht gewachsen sind, da nicht in allen CBHI-Apotheken subventionierte Medikamente in so großen Mengen dauerhaft verfügbar sind. Um die benötigten Medikamente zeitnah zu erhalten und eine bereits begonnen medikamentöse Therapie fortzusetzen, wurden die Patienten an externe Apotheken außerhalb des Gesundheitszentrums oder des Krankenhauses verwiesen, wobei der CBHI-Versicherte die Medikamentenkosten zu 100% eigenständig tragen muss.

Die Verschreibung von nicht CBHI-subventionierten oder in CBHI-Apotheken nicht verfügbaren Medikamenten führt oft zum Aufsuchen externer Apotheken. Der Arzt ist sich dieser prekären Situation nicht bewusst und kennt oftmals nicht die Medikamentenpreise auf dem freien Markt (Doctor#6, Absatz 63). Durch die meist hohen Preise in externen Apotheken können die Medikamente in vielen Fällen nicht erworben werden und die Behandlung wird im schlimmsten Fall abgebrochen. In manchen Fällen verschreiben Ärzte absichtlich Medikamente, die in den CBHI-Apotheken nicht vorhanden sind, da die Apotheken außerhalb der CBHI-Stellen ihnen selbst gehören und sie damit am Gewinn beteiligt werden (Patient#12, Absatz 68; Patient#12, Absatz 78). Dieser Sachverhalt und die Tatsache, dass Medikamente nicht verfügbar sind, führt zur Unzufriedenheit der Patienten. Dem Erwerb der CBHI-Mitgliedschaft ist in vielen Fällen langes Sparen vorangegangen und er ist mit der Erwartung verbunden, von den CBHI subventionierten Medikamenten Gebrauch machen zu können. Ist dies nicht möglich, führt dies zum Vertrauensverlust in die CBHI (Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 34).

Die ruandische Regierung hat das Problem erkannt und hat in ihrem Bericht von 2016 eingeräumt, dass momentan keine einheitliche Preispolitik existiert, sodass die Preise für Gesundheitsgüter wie Medikamente und Technologien hoch sind. Das MOH hat bereits Servicetarife in öffentlichen Gesundheitseinrichtungen eingeführt. Ruanda besaß im Jahr 2016 nur eine pharmazeutische Fabrik zur Herstellung essenzieller Medikamente. Ruanda bemüht sich, im Land eine eigene Produktion von essenziellen Medikamenten zu entwickeln, stößt dabei jedoch auf technische Schwierigkeiten. Ruanda hat bereits große Bemühungen unternommen, um für Investoren die passende Umgebung zu schaffen, sieht hier aber noch weiteren Verbesserungsbedarf (MOH 2016: 5). Nicht präzise genug geht aus dem zitierten MOH-Bericht hervor, wann und wie die Medikamentenpreissetzung verbessert werden soll.

#### **4.6.3 Zuzahlungen**

Neben den Medikamentenkosten hat der CBHI-Versicherte ebenfalls die Zuzahlungen zu Behandlungen und Krankenhausaufenthalten zu tragen. Dies sind Kosten, die der Patient unabhängig von den Behandlungskosten tragen muss. Die Einführung der Zuzahlungen soll zur Reduktion von *Moral Hazard* in Folge von unnötigen Konsultationen führen. Momentan liegt der Zuzahlungsbeitrag bei 200 RWF pro Gesundheitszentrumsbesuch und bei 10% der gesamten Krankenhausrechnung. Mitglieder der Ubudehe-Kategorie 1 sind freigestellt von dieser Zuzahlung. Dabei kann die Höhe der Zuzahlung bei einer längeren und/oder kostenintensiver Krankenhausbehandlung oder bei Vorliegen einer chronischen Erkrankung besonders hoch ausfallen und für den CBHI-Versicherten nicht mehr bezahlbar sein (Kalisa et al. 2016: 50; Patient#12,



Absatz 205).

Bei Feststellung falscher Angaben auf der Krankenhausrechnung durch die CBHI-Büros können die Krankenhausrechnungen nachträglich gesenkt werden. Problematisch dabei gestaltet sich die fehlende Verbindlichkeit zwischen der Gesundheitseinrichtung und dem Versicherten, da eine Rückzahlung an den CBHI-Versicherten nicht zwangsläufig ausgezahlt wird. D.h., dass auch bei einer nachträglichen Rückzahlung diese nicht an den CBHI-Versicherten, sondern an die CBHI als Krankenversicherung geht. Im Falle einer Korrektur profitiert der CBHI-Versicherte in Hinblick auf seine prozentual getätigte Zuzahlung, im Gegensatz zur CBHI, nicht zwangsläufig. Problematisch ist also das Fehlen einer Kontrollstelle. Der CBHI-Versicherte hat auf Grund der potenziellen Intransparenz dieses Verfahrens keinen Einblick in die Abrechnung. Ihm werden nicht die einzelnen Posten der Rechnung aufgelistet. Damit eröffnet sich für den CBHI-Versicherten keine Möglichkeit, auf falsche Posten bei seiner Krankenversicherung aufmerksam zu werden und Geld zurückzufordern.

Die Zuzahlungen werden von den Gesprächspartnern unterschiedlich bewertet. Die Höhe der Zuzahlung spielt für viele eine untergeordnete Rolle, da die eigentliche Herausforderung im Ersparen der CBHI-Beiträge liegt. Die Zuzahlungen für Behandlungen werden dabei als der kleinere Hinderungsgrund für eine CBHI-Mitgliedschaft verstanden, weil diese für das Gesundheitszentrum deutlich unter den CBHI-Beiträgen liegt (Angestellter#1, Absatz 96; Angestellter#2, Absatz 107; Patient#5, Absatz 146; Patient ohne KV#4, Absatz 76; Patient ohne KV#11, Absatz 159). Insgesamt zeigte sich bei den Gesprächen keine einheitliche Meinung bzgl. der Zuzahlungshöhe. In manchen Gesprächen wurde sie als angemessen empfunden, da sie, gemessen an den Behandlungskosten, sehr gering ausfällt. Die Gesprächspartner sehen durch die CBHI eine Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation. Die CBHI eröffnet ihnen die Möglichkeit, finanziell erschwinglichen, wenn auch begrenzten Zugang zu Medikamenten erhalten. Ohne die CBHI würde diese Möglichkeit nicht bestehen, da Medikamente vollständig privat zu bezahlen wären, was für viele Familien nicht finanzierbar wäre (Doctor#6, Absatz 49).

Die Relation der Zuzahlung im Vergleich zu vollständigen Behandlungskosten ist 10% im Vergleich zu 100% der Kosten, die man ansonsten zahlen müsste. Das Bewusstsein dahingehend ist ausreichend durch persönliche Erfahrungen oder Aufklärungskampagnen geschärft, sodass ein Verständnis für die Zuzahlungen existiert. Viele Gesprächspartner zeigen sogar eine Bereitschaft zu höheren Zuzahlungen (Doctor#7, Absatz 30; Patient#1, Absatz 110; Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 96; Patient#6, Absatz 93; Patient#8, Absatz 85; Patient#12, Absatz 158; Patient#14, Absatz 102; Angestellter#2, Absatz 160; Patient#3, Absatz 60; Patient ohne KV#3,

Absatz 70; Patient ohne KV#7, Absatz 161). Wenn es um die finanziellen Mittel für Medikamente und Zuzahlungen geht, sehen einige Gesprächspartner die Möglichkeit, sich die Zuzahlungsbeträge bei Familienmitgliedern oder Bekannten zu leihen. Voraussetzung für alle diese Aktivitäten ist das Vorhandensein einer CBHI (Fokusgruppe 27.5.2017, Absatz 77-78). Allerdings ist einigen CBHI-Versicherten und Anwärtern nicht bewusst, dass trotz CBHI noch Zuzahlungen zu den Medikamenten und Behandlungen notwendig sind (Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 100). Ob der Zuzahlungsbetrag als hoch oder niedrig einzustufen ist, hängt von den individuellen Sparmöglichkeiten und den finanziellen Ressourcen einer Familie ab (Patient ohne KV#8, Absatz 105).

Jedoch werden die Zuzahlungen in einigen Fällen als hinderlich empfunden, da die CBHI mit einem einmaligen jährlichen Betrag zwar bezahlbar erscheint, die Zuzahlungen hingegen ab einem gewissen Betrag nicht mehr. Wenn jedoch kein Zugriff zu subventionierten Medikamenten besteht, deren Zuzahlung erträglich ausfällt, wird eine angefangene Behandlung ineffektiv, sodass die Menschen schließlich nicht mehr willens sind, die CBHI zu erwerben (Doctor#3, Absatz 70; Patient#12, Absatz 78). Nach dem Erwerb der CBHI sind oft alle finanziellen Reserven aufgebraucht und es stehen keine finanziellen Mittel für den Erwerb von Medikamenten im Rahmen von Zuzahlungen mehr zur Verfügung (Patient#16, Absatz 151). Für chronisch Erkrankte stellen auf lange Sicht die Zuzahlungen und die nicht immer verfügbaren Medikamente eine große finanzielle Herausforderung dar (Social worker#3, Absatz 31). Es besteht ein Dilemma: Ohne die regelmäßigen Besuche in Gesundheitseinrichtungen kann sich der Gesundheitszustand des Patienten verschlechtern, was zu einer Einschränkung seiner Arbeitsproduktivität führen und letztendlich den Weg in die Armut bedeuten kann (Social worker#3, Absatz 30-31).

Unnötige Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen kann durch Zuzahlungen vermieden werden. Damit soll eine Gefährdung des ohnehin schon labilen Finanzstatus der CBHI vermieden werden. Hauptsorge erscheint die Wahrnehmung und Nutzung der CBHI als eine Art „Flatrate“, bei der beliebig oft Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen werden können. Zuzahlungen sollen dabei regulierend wirken und somit *Moral Hazard* vorbeugen. Zuzahlungen, besonders für einkommensschwache Familien und chronisch kranke Menschen, stellen eine große finanzielle Belastung dar. Nichtsdestoweniger wird seitens des Staates ohne Modifikationen an ihnen festgehalten. Angesichts der Schwierigkeiten mit Zuzahlungen in der Praxis erscheint eine Überarbeitung des Konzeptes unumgänglich. Eine gute Balance zwischen finanzieller Limitierung einerseits und dem Zugang zum Gesundheitswesen für alle

andererseits muss hier gefunden werden.

Wie schon beschrieben kann es zur falschen Abrechnung von Rechnungsposten zwischen Gesundheitsdienstleister und der CBHI kommen. Es stellt sich hier die Frage, ob durch eine Aufschlüsselung der einzelnen Posten eine Kostenkontrolle erreicht und dadurch die Fehler vermieden werden können. Eine genaue Auflistung aller Posten für jede einzelne Rechnung stellt allerdings einen enormen administrativen und kostenintensiven Aufwand dar. Hinzukommt, dass momentan der administrative Apparat der CBHI nicht voll funktionsfähig ist, sodass es zu langen Wartezeiten bis zur Erstattung der erbrachten Leistungen kommen kann. Angesichts des heute schon komplexen administrativen Apparats wäre über eine Vereinfachung der Rechnungsstellung nachzudenken und somit von detaillierteren Rechnungen abzusehen. Die aufgeschlüsselten Rechnungen bedürften zudem Fachwissen, um die einzelnen Posten nachvollziehen zu können und anschließend fehlerhafte Rechnungen zu bemängeln. In der Regel verfügen die wenigsten Menschen über ein solch breites medizinisches Fachwissen, um über die Notwendigkeit von erbrachten Leistungen urteilen oder Fehler identifizieren zu können. Vor diesem Hintergrund können detailliertere Rechnungen, die die knappen personellen und finanziellen Ressourcen der CBHI noch intensiver beanspruchen würden, nicht als sinnvoll bewertet werden.

Kritisch muss der Bezug vieler Medikamente in externen Apotheken gesehen werden. Zum einen spielt die begrenzte Verfügbarkeit einiger Medikamente in CBHI-Partnerapotheken eine bedeutende Rolle. Andererseits werden viele Medikamente nicht von der CBHI erstattet, obwohl ihre Wirksamkeit und Notwendigkeit eindeutig sind. Die begrenzten finanziellen Mittel erlauben nicht die Aufnahme aller notwendigen Medikamente in den CBHI-Leistungskatalog. Es liegt der Verdacht nahe, dass einige Ärzte auf ihre persönliche Gewinnmaximierung aus sind. Das heißt, dass sie bestimmte Medikamente absichtlich verschreiben, wohl wissend, dass diese nicht von der CBHI übernommen werden. Sie verweisen jedoch die Patienten an bestimmte externe Apotheken, die diese Medikamente vertreiben. Es ist anzunehmen, dass bei diesen Apotheken diese Ärzte am Gewinn beteiligt sind. Diese Praxis ist fragwürdig, jedoch vor dem Hintergrund der geringen Arztgehälter und der teilweise späten Auszahlung durch den Staat nachvollziehbar. Ärzte bemühen sich darum, ihre Einkommensbasis zu vergrößern. Um solche Fehlanreize zu vermeiden, sind pünktliche und regelmäßige Gehaltszahlungen unerlässlich. Zudem müssten mehr Medikamente durch die CBHI abgedeckt sein, sodass zum einen diese Fehlentwicklung ihre Grundlage verlöre und zum anderen Patienten besser medizinisch versorgt wären.

Resümierend lässt sich sagen, dass zur Erhöhung der Mitgliederzahl der CBHI nicht nur die administrativen Prozesse optimiert, sondern gleichfalls die Behandlungsqualität, die Medikamentenversorgung und das System der Zuzahlungen verbessert werden müssten.

#### **4.7 CBHI und Ubudehe – interdependente Strukturen als Herausforderung**

Die geführten Gespräche und die vorangegangene Analyse haben immer wieder die enge Verbindungen zwischen der CBHI und den Ubudehe-Kategorien herausgestellt. Diese Verbindung spielt eine zentrale Rolle für die Beitrittswahrscheinlichkeit und den Erfolg der CBHI. Eine Analyse der CBHI ohne Berücksichtigung der Ubudehe-Kategorien würde kein realistisches Bild zeichnen und wesentliche Aspekte, ob nun struktureller oder inhaltlicher Natur, vernachlässigen. Genau hier liegen die anzugehenden Herausforderungen: Veränderungen an der CBHI können nicht losgelöst von den Ubudehe-Kategorien vorgenommen werden und vice versa. Die organisatorischen Strukturen der CBHI sind autonom und geben zunächst keinen Hinweis auf die problematische Interdependenz. Die CBHI-Strukturen orientieren sich an dem Gedanken der Dezentralisierung und schließen moderne Ansätze von autonomer Selbstbestimmung innerhalb einer (Dorf-)Gemeinschaft ein. Durch die an den Ubudehe-Kategorien ausgerichtete Beitragshöhe, versucht man einkommensabhängige Beiträge im Sinne der gesellschaftlichen Fairness zu erheben. Dabei zeigt sich die erste Verbindung zwischen Ubudehe-Kategorien und der CBHI. Durch die überwiegende Beschäftigung von großen Teilen der ruandischen Bevölkerung im informellen Sektor wäre eine monatliche einkommensabhängige Beitragserhebung kaum umsetzbar. Die Überlegung, ein bereits bestehendes gesellschaftliches Konzept zu modernisieren und anschließend zu nutzen, ist einerseits Ausdruck des starken ruandischen Entwicklungsbestrebens im Sinne einer *embedded autonomy* und ist andererseits Folge der Erkenntnis, dass der konventionelle Weg zur Beitragserhebung in diesem Kontext kaum umsetzbar ist. Demgemäß erscheint unter Berücksichtigung der Beschäftigungsverhältnisse der ruandischen Bevölkerung zum jetzigen Zeitpunkt keine andere Form zur Bestimmung der Beitragshöhe sinnvoll.

Die praktische Umsetzung der Ubudehe-Kategorien für die CBHI birgt Schwierigkeiten, die den Zugang zur CBHI erschweren oder gar verhindern. Es gibt strukturelle Herausforderungen bei der Ubudehe-Kategorisierung, die hier unmittelbaren Einfluss nehmen. Der Vorgang der Kategorisierung ist eine der zentralen Schwachstellen dieses Ansatzes, und zwar mit schwerwiegenden Konsequenzen für die CBHI. Zwar existieren prädefinierte Kriterien, deren korrekte Verwendung nur bedingt eingehalten werden. Daraus ergeben sich falsche Kategoriezuordnungen zum Nachteil vieler Ruander. Wie bereits im Kapitel 4.2.3 beschrieben existiert eine Vielzahl von weiteren Gründen für eine Fehlkategorisierung.

Ein zentraler Aspekt der Ergebnisse der Feldforschung ist die komplexe Bürokratie, die in Hinblick auf die Ubudehe-Kategorien unflexibel ist und keine Ausnahmen macht. Die Bedeutung eines Ausweises für die Festlegung der Ubudehe-Kategorien und der CBHI-Beiträge und die damit einhergehenden Schwierigkeiten bei Fehlen eines Ausweises wurden im Kapitel 4.2.4 dargelegt. Dieses Beispiel zeigt die komplizierten administrativen Verhältnisse und die strukturelle Verwobenheit von CBHI und Ubudehe, die während der meisten Gespräche immer wieder zum Vorschein kamen. Obgleich die Interviews das unzureichende Bewusstsein vieler Ruander für diese Verbindung und somit u.a. die Tragweite des Fehlens eines Ausweises demonstrieren, zeigten sich keine Hinweise für eine mögliche Behebung dieses Problems. Die Interdependenz dieser Aspekte erschwert den Zugang zur CBHI und führt zum Ausschluss von potenziellen Versicherten. Eine Zielgruppe der CBHI sind körperlich und geistig behinderte wie auch alte Menschen. Die unzureichende Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse und finanziellen Ressourcen für die Einordnung in die Ubudehe-Kategorien sind eine weitere strukturelle Herausforderung. Die CBHI zielt ebenfalls auf diese Personengruppe, um eine möglichst optimale Gesundheitsversorgung für sie zu gewährleisten. Besonders in diesen Fällen ist die korrekte Kategorie elementar, da diese Personengruppe häufig medizinische Leistungen in Anspruch nimmt und der Zugang zum Gesundheitswesen über den Versicherungsschutz der CBHI häufig der einzige Weg ist. Momentan fällt diese Personengruppe häufig durch das Raster mit nur begrenzten Möglichkeiten, diesen Zustand ändern zu können, denn die Kriterien der einzelnen Ubudehe-Kategorien berücksichtigen den körperlichen und geistigen Zustand dieser Personengruppe und ihre teilweise nur eingeschränkte Fähigkeit zur Erwerbstätigkeit nicht. Dadurch wird eine falsche Kategorisierung wahrscheinlich, woraus wiederum falsche und unerschwingliche Beitragsbeträge resultieren. Diese Tatsache kann zum Ausschluss von der CBHI - und damit verbunden - vom Gesundheitswesen führen.

Diese strukturellen Schwierigkeiten pointieren die Verwobenheit der Ubudehe-Kategorien und der CBHI. Das Kapitel 4.2.1 untersucht unter anderem die Weiterentwicklung der Ubudehe-Kategorien in den vergangenen Jahren. Die verschiedenen Überarbeitungsrounden der Kategorien beweisen den Verbesserungs- und Anpassungswillen der ruandischen Regierung. Die beschriebene Problematik wurde erkannt und man versucht, sie zu beheben. Der Grundgedanke ist, dass es kein statisches, sondern ein dynamisches System ist: Ein Modell, bei dem ein Kategorienwechsel möglich und teilweise auch notwendig ist. Diese Dynamik ist Ausdruck des ruandischen Fortschrittsgedanken und Entwicklungsbestrebens. Mögliche sozio-ökonomische Verschlechterungen und Verbesserungen sollen durch Kategorienanpassungen berücksichtigt werden. Die Einkommensbasis der CBHI soll dadurch stabilisiert und die Exklusion von

Versicherten in finanziell prekären Situationen soll vermieden werden. Gleichzeitig entsteht dadurch die Chance, bei einer möglichen finanziellen Verbesserung der individuellen Situation höhere Beiträge zu erheben. Es konnte nicht belegt werden, dass die Anzahl der Kategorienverbesserungen mit der Anzahl der Herunterstufungen übereinstimmt, sodass ein finanzieller Ausgleich zu Stande käme. Wie die Feldforschung beweist, besteht am häufigsten der Wunsch eines Kategorienwechsels bei finanzieller Verschlechterung der eigenen Lebenssituation. Durch diesen Schritt soll der Zugang zum Gesundheitswesen über den Versicherungsschutz der CBHI bewahrt werden.

In Hinblick auf die Beiträge dürfen die Zuzahlungen zu Krankenhausaufenthalten und zu Medikamenten in der Analyse nicht ausgelassen werden. Unter Ausschluss von Ubudehe-Kategorie 1 müssen alle weiteren Ubudehe-Kategorien Zuzahlungen zu Krankenhausaufenthalten und zu Medikamenten leisten. An diesen zusätzlichen Kosten zu den CBHI-Beiträgen scheitern viele Familien, wodurch sie den generellen Sinn der CBHI nicht mehr nachvollziehen können und sich gegen die CBHI aussprechen. Davon betroffen sind laut Feldforschung vor allem falsch kategorisierte Familien. Somit ist die Einstufung in die Ubudehe-Kategorie 1 zur Vermeidung zusätzlicher Kosten von essenzieller Bedeutung für viele Ruander. Es folgt daraus, dass nicht nur die Höhe der Zuzahlungen justiert werden muss, sondern ebenfalls das Verfahren zur korrekten Kategorisierung. Wenn Familien, die fälschlicherweise in einer höheren Kategorie als Kategorie 1 sind korrekterweise in Kategorie 1 zugeordnet werden würden, würde für sie nicht nur ein Krankenversicherungsschutz bestehen, sondern ebenfalls die Zuzahlungen wegfallen. Die Folge wäre eine höhere Versicherungsquote der CBHI und mehr Ruander hätten einen Zugang zum Gesundheitswesen. Bei diesem Gedankenspiel darf nicht außer Acht gelassen werden, dass größere Finanzmittel für die öffentliche Gesundheit vom Staat bereitgestellt werden müssten.

#### **4.8 Die Finanzierung der CBHI**

Spätestens hier, nachdem die Aufkommens- und Leistungsseite besprochen und administrative Hürden behandelt wurden, stellt sich die Frage nach der Finanzierung der ruandischen CBHI. Die Finanzierung der CBHI ist für dessen Nachhaltigkeit unerlässlich. Beiträge und Leistungsspektrum können besser nachvollzogen werden, wenn die Finanzierung der CBHI verstanden werden kann. Eine Darstellung der wichtigsten Zahlen schafft dafür die notwendige Grundlage.

Die allgemeinen Gesundheitsausgaben pro Person sind in Ruanda in den vergangenen Jahren stark angestiegen. Betragen sie im Jahr 1998 10US\$ pro Person, lagen sie bereits bei 40US\$

pro Person im Jahr 2010. Der Anstieg ist nicht einzig und allein auf die vermehrte Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen zurückzuführen. Vielmehr liegt der Hauptgrund in den steigenden finanziellen Mitteln durch externe Geber, die höhere Ausgaben erlauben. Das MOH veröffentlichte im Jahr 2015, dass im Jahr 2010 61% der allgemeinen Gesundheitsausgaben in Ruanda durch externe Finanzierung gedeckt wurden. Die zwei größten Geber sind die USA und der *Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria* (MOH 2015: 4). RSSB veröffentlichte einen Bericht basierend auf Daten aus dem Steuerjahr 2015/2016. Er unterscheidet sich stark vom Bericht des MOHs, da die externe Finanzierung hier überwiegend in den Hintergrund rückt. Demnach setzt sich die Finanzierung der CBHI im Steuerjahr 2015/16 wie folgt zusammen: Die CBHI wurde zu 63% durch Mitgliederbeiträge der aktiven beitragspflichtigen Mitglieder (Ubudehe-Kategorie 2-4) finanziert. Weitere 9% der Kosten werden durch das MOH getragen, der Global Fund unterstützt die Ubudehe-Kategorie 1 und trägt 9% zur Finanzierung der CBHI bei. Das MINECOFIN trägt 8% der Kosten, während private Krankenversicherungen zu 8% zur CBHI beitragen und weitere 3% sollen durch weitere Quellen abgedeckt werden (RSSB 2016: 27f). Die Berichte des MOHs und von RSSB haben fünf Jahre Unterschied. Nichtsdestotrotz verwundert der Wechsel von starker finanzieller Abhängigkeit der ruandischen CBHI von externen Gebern hin zu einer eigenständigen Finanzierung der CBHI. An diesem Beispiel lässt sich erneut feststellen, dass die ruandische Datenlage intransparent und an einigen Stellen widersprüchlich ist. Inwiefern diesen Zahlen Vertrauen geschenkt werden kann, ist unklar.

Auf den ersten Blick scheint die CBHI eine ausreichend große Einnahmebasis zu haben. Um diesen Sachverhalt vollständig beurteilen zu können, müssen die CBHI-Ausgaben in Hinblick auf die finanzielle Nachhaltigkeit beurteilt werden. Interessant ist hierbei ein Blick auf die Kostenentwicklung: In den Steuerjahren 2011/12-2015/16 stiegen die CBHI-Ausgaben jährlich durchschnittlich um 17,41%. Besonders in den Jahren 2013-2016 ist ein Anstieg der Kosten für erbrachte Leistungen im Bereich der primären Gesundheitsversorgung festzustellen (RSSB 2016: 30f).

Die anfallenden Kosten innerhalb der CBHI werden unterteilt in (1) Kosten für medizinische Leistungen und (2) in die entstehenden Kosten für Medikamente. Instandhaltungskosten der Einrichtungen und der medizinischen Ausstattung sowie administrative Kosten sind von der folgenden Aufteilung auszuschließen. Unter medizinischen Leistungen sind Konsultationen und ambulante medizinische Behandlungen zu verstehen. Im Steuerjahr 2015/16 waren 61,65% der Hauptausgaben für medizinische Leistungen getätigt worden, 38,35% der Kosten sind für

Medikamente verwendet worden (RSSB 2016: 29f). 41,36% der Ausgaben, die RSSB im Rahmen der CBHI-Leistungen im Steuerjahr 2015/16 tätigte, gehen an Dienstleister der primären Gesundheitsversorgung (Gesundheitszentren und Gesundheitsstation). 58,64% der RSSB-Ausgaben im Rahmen der CBHI-Leistungen wurden im gleichen Zeitraum für die Krankenhausleistungen getätigt. Schlüsselt man die Krankenhausleistungen weiter auf, zeigt sich, dass 39,76% der Zahlungen an die Distriktkrankenhäuser, 38,81% an die Gesundheitszentren und 18,87% an die Zentralkrankenhäuser gehen. Lediglich 2,52% gehen an private und staatliche Gesundheitsstationen (RSSB 2016: 28f).

Insgesamt ergibt sich ein Defizit zwischen den Ein- und Ausgaben in Höhe von 34,1 Milliarden RWF im Steuerjahr 2015/16. Dieses Defizit entstand zu 80% aus finanziellen Ansprüchen von Dienstleistern der medizinischen Grundversorgung und Distriktkrankenhäusern. Die Kosten für die Zentralkrankenhäuser sind relativ konstant, die Kosten in den Distriktkrankenhäusern haben sich dagegen vom Steuerjahr 2013/14 bis 2015/16 nahezu verdoppelt (von 3,4 Milliarden RWF auf 6,1 Milliarden RWF). Ein Grund für den Anstieg der Kosten der medizinischen Grundversorgung liegt u.a. in der gestiegenen Anzahl der Gesundheitseinrichtungen und vor allem der Gesundheitsstationen. Durch die Zunahme an Gesundheitseinrichtungen gibt es mehr Möglichkeiten für die Bevölkerung, Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch zu nehmen, was zur Steigerung der Ausgaben führt (RSSB 2016: 30f, 43). Hinzu kommt, dass zuvor andere Dienstleistungen (z.B. das Malaria Home Based Management) anderweitig finanziert wurden und nicht in den Zuständigkeitsbereich von RSSB fielen. Durch die Angliederung u.a. des Malaria Home Based Managements oder der Pränatalversorgung an RSSB und dem zeitgleichen Wegfall von externer finanzieller Unterstützung in einigen Gebieten stiegen die Kosten deutlich an. Auch der Erfolg vieler Gesundheitskampagnen zeigte sich: Einige Gesundheitsdienstleistungen werden nun vermehrt von Teilen der Bevölkerung in Anspruch genommen. Dazu gehören Beschneidungen bei Jungen und ophthalmologische sowie allgemeinmedizinische Kontrolluntersuchungen. Statistisch gesehen finden 89% aller Besuche einer Gesundheitseinrichtung in einer medizinischen Grundversorgungseinheit wie einem Gesundheitszentrum oder einer Gesundheitsstation statt (RSSB 2016: 43f).

Die Nachhaltigkeit eines solches Systems ist mit Abstand eine der umstrittensten Fragen. Um diese beantworten zu können, spielen naturgemäß die generellen Beitragseinnahmen und im Vergleich dazu die Ausgaben der CBHI eine zentrale Rolle. Dabei gibt es zwei relevante Parameter: Die Referenzprämien und die Effektivprämien. Die Referenzprämien stellen den Betrag pro Person dar, der benötigt wird, um alle Kosten der CBHI zu decken (einschließlich



Verbrauchs- und Betriebskosten). Die Effektivprämie ist der Durchschnittsbeitrag pro Kopf, den die Beitragszahler effektiv zahlen. Nun gibt es zwei Szenarien: Szenario 1, die Regierung und weitere Partner subventionieren nicht mehr das System. Szenario 2, die Regierung und weitere Partner subventionieren das System weiterhin. Eine Analyse von RSSB aus dem Jahr 2016 zeigt, dass bei Szenario 1 durchschnittlich ein CBHI Mitglied 2210RWF Effektivprämie zahlt, während die Referenzprämie 5019RWF beträgt. Es ergibt sich daraus eine Finanzierungslücke in Höhe von 2809RWF pro Person. Im Szenario 2 beträgt die Referenzprämie ebenfalls 5019RWF, allerdings liegt die Effektivprämie bei 3395RWF, da hier Subventionen von der Regierung und Partner vorliegt. Es ergibt sich daraus eine Finanzierungslücke von 1624RWF. Diese Analyse stellt unter Beweis, dass in beiden Fällen die CBHI sich nicht ausschließlich anhand der Beiträge finanzieren kann, die Finanzierungslücke jedoch deutlich größer ausfällt, wenn die staatlichen Subventionen und Subventionen durch Dritte ausfallen (RSSB 2016: 35f).

Diese Darstellung der Ausgaben und Einnahmen wie auch der Kostenentwicklung macht die angespannte finanzielle Situation der CBHI in Bezug auf ihre finanzielle Nachhaltigkeit deutlich. Eine große Sorge der ruandischen Regierung ist der Wegfall von externen Mitteln im Gesundheitswesen. Besonders vor dem Hintergrund der momentan sinkenden externen finanziellen Mitteln ist Ruanda bemüht, eine nachhaltige Finanzierungsstrategie für die CBHI zu entwickeln. Trotz starken Wirtschaftswachstums sind die finanziellen Mittel vieler Ruander nicht ausreichend, um CBHI-Beiträge zu bezahlen, die die tatsächlichen Kosten im Gesundheitswesen decken würden. Die Finanzierbarkeit der CBHI ausschließlich auf Beitragsbasis ist ausgeschlossen. Ruanda ist mittel- und langfristige auf externe Finanzierungshilfen angewiesen (MSH 2016: 52). Während der Feldforschung offenbarten informelle Gespräche die Sorge, dass ein möglicher Wegfall von Gesundheitsentwicklungshilfe stattfinden kann. Angemerkt wurde, dass sich vermehrt internationale Geber im Gesundheitsbereich zurückziehen und langfristig eine geringe Gesundheitsentwicklungshilfe planen. Durch den Wegfall würde es zur Minimierung von finanziellen Mitteln in den einzelnen Gesundheitseinrichtungen und dem Abzug von fachlichen Kompetenzen in Form von internationalen Experten kommen. Die informellen Gespräche drückten die Sorge aus, dass durch den Abzug finanzieller und fachlicher Kompetenzen das ruandische Gesundheitssystem langfristig zusammenbrechen würde.

In die Überlegungen bezüglich der finanziellen Nachhaltigkeit der CBHI muss das Problem der Adverse Selection (siehe Kapitel 1.1) einbezogen werden. Wie kann nun innerhalb der CBHI eine Adverse Selection zu Gunsten einer finanziellen Nachhaltigkeit vermieden werden? Im Rahmen der ruandischen CBHI-Strategie soll dieses Problem durch (1) eine einmonatige

Sperrfrist für den neuen Versicherungsnehmer, (2) die Versicherung aller Familienmitglieder statt einzelner Familienmitglieder (Kollektivversicherung) gelöst werden; außerdem sollen durch (3) Sensibilisierungskampagnen Nichtversicherte von der Notwendigkeit der CBHI überzeugt werden. Durch weitere Mitglieder kann der Risikopool erweitert und die Summe der Beiträge erhöht werden (MSH 2016: 49f). Inwiefern diese Interventionen wirksam sind, wird im Folgenden anhand von Beobachtungen, Überlegungen und der Auswertung der einzelnen Interviews analysiert.

Beginnen soll die kritische Analyse mit dem Aspekt der Kollektivversicherung, d.h. der Bedingung, dass nicht einzelne Familienmitglieder, sondern nur alle Familienmitglieder als Kollektiv versichert werden können. Der dahinterstehende Gedanke ist die Vermeidung von Adverse Selection. Wie bereits in der Einleitung beschrieben, baut die CBHI, wie jede gesetzliche Krankenversicherung, auf dem Solidarprinzip auf. D.h. die CBHI setzt auf die intergenerative Verteilung und den Ausgleich zwischen den einzelnen Risikogruppen wie Arm und Reich und Gesunden und Kranken. Die intertemporäre Inzidenz wird in der CBHI berücksichtigt, sodass die Versicherten in jeder Lebensphase unabhängig von ihrer Beitragshöhe Leistungen beziehen und damit unterschiedliche Leistungsansprüche berücksichtigt werden können. Die demographischen Tendenzen machen es momentan problemlos möglich, die durch Rentner verursachten Kosten durch die Beiträge von jungen Menschen zu finanzieren. Allerdings wird das im Laufe der Zeit immer schwieriger, da zu wenig junge Menschen mit ausreichenden Beschäftigungsmöglichkeiten nachkommen. Dieser Anteil ist besonders wichtig, um ausreichend für den immer stärker wachsenden Teil der älteren Menschen aufkommen zu können. Ruanda hat im Vergleich zu Deutschland eine hohe Geburtenrate, entscheidender ist dabei aber das Beschäftigungsverhältnis. Verfügen diese jungen Menschen über keine Beschäftigung, können keine Einkommen generiert werden und die wachsenden Kosten durch ältere Menschen können finanziell nicht getragen werden. Die intergenerative Verteilung ist gekoppelt an die intertemporäre Inzidenz: Die Finanzierung von Gesundheitsleistungen in den unterschiedlichen Lebensphasen ist nur durch die Querfinanzierung zwischen Jung und Alt möglich. Eben dieser demographische Wandel stellt Ruanda in den kommenden Jahrzehnten vor eine große Herausforderung. Dadurch ist die notwendige intertemporäre Inzidenz mit seiner Querfinanzierung nicht mehr in vollem Umfang zu halten. Basierend auf diesen beiden Prinzipien hat die CBHI eine finanziell nur teilweise abgesicherte Zukunft.

Der historische Rückblick zeigt, dass bereits in der Pilotphase finanzielle Anreize in Form von Gruppenbeiträgen geschaffen wurden, um Adverse Selection zu vermeiden. Es wurde

demzufolge neben der Familienversicherung eine Gruppenversicherung eingerichtet. Unter einer Gruppe versteht man einen Zusammenschluss von ca. 10 Menschen. Diese Gruppenversicherung war für Alleinstehende oder Jugendliche, die nicht mehr zu Hause wohnten, sehr attraktiv. Damals wie heute existiert die einmonatige Sperrfrist/Wartezeit, d.h., dass der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen erst einen Monat nach Beitragszahlung erfolgt, sofern die Beitragszahlung nicht zum Stichtag erfolgte. Diese Sperrfrist und die Kollektivversicherung sollen vermeiden, dass Menschen sich erst im Krankheitsfall versichern. Für die finanzielle Nachhaltigkeit der CBHI ist die Versicherung von Menschen mit einem geringen Krankheitsrisiko wichtig, um über einen größeren Risikopool und eine Maximierung der Beiträge zu verfügen. Durch die Gruppenversicherung schafft man eine Durchmischung des Risikopools, da sich so im Sinne der Adverse Selection nicht nur Menschen mit hohem Krankheitsrisiko versichern, sondern ebenfalls diejenigen mit einem Geringen (Kalisa et al. 2016: 49; Weltbank, Absatz 3, 5, 51; RSSB#1, Absatz 7, 10).

Doch was sind die praktischen Konsequenzen der familiären Kollektivversicherung im Alltagsleben? Die Problematik der familiären Kollektivversicherung war in der Mehrheit der Interviews Gesprächsgegenstand. Dieser Kollektivzwang führt zu einer hohen Beitragssumme für eine ganze Familie, da die Jahresbeiträge für alle Familienmitglieder innerhalb eines bestimmten Zeitraums entrichtet werden müssen. In vielen Fällen gestaltet sich das als sehr schwierig (Angestellter#2, Absatz 78; Angestellter#3, Absatz 40; Patient ohne KV#12, Absatz 41; Patient#5, Absatz 96). Die Schwierigkeiten, diese Beiträge zu einem bestimmten Zeitpunkt in ihrer Gesamtheit aufzubringen, können dazu führen, dass ganze Familien sich auf Grund der fehlenden Mittel nicht versichern. Damit würden nicht nur Beiträge für die CBHI wegfallen und die finanzielle Nachhaltigkeit der Versicherung negativ beeinflusst werden: Durch die fehlende CBHI würde das individuelle Risiko der Nichtversicherten, im Falle von Krankheit in die Armutabwärtsspirale zu gelangen, steigen. Daher wünschen sich viele Menschen eine zeitversetzte und individuelle Versicherung, d.h., dass die einzelnen Familienmitglieder für sich allein bezahlen können, um der Problematik eines Familienbeitrags aus dem Weg zu gehen. Dabei könnte zumindest für einige Familienmitglieder eine Versicherung erworben werden (Fokusgruppe 27.5.2017, Absatz 49; Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 54). Ein weiterer, häufig genannter Wunsch ist die ganzjährige und individuelle Möglichkeit der Beitragszahlung. Interessanterweise sehen die Interviewpartner bei einer ganzjährigen Individualversicherung die Gefahr, dass unvorhergesehen unversicherte Personen erkranken und dass man nur Familienmitglieder versichert, bei denen mit einem erhöhten Krankheitsrisiko gerechnet wird. Meist sind dies alte Menschen und Kinder. Dies wiederum kann Druck auf alle weiteren

Familienmitglieder ausüben, da der Druck entsteht, nicht krank werden zu dürfen (Doctor#6, Absatz 67-73). Bei der Individualversicherung läuft man somit wieder Gefahr, eine Adverse Selection zu erzeugen, anstatt sie zu vermeiden und die Beitragsbasis zu vergrößern.

Bei monatlichen Beiträgen läuft die CBHI zusätzlich Gefahr, dass Menschen sich nur in den einkommensstarken Monaten und/ oder bei absehbaren Krankheiten und medizinischen Behandlungen versichern. In den restlichen Monaten wird auf eine Krankenversicherung verzichtet. Der daraus resultierende unregelmäßige Zahlungsstrom würde zu einer größeren finanziellen Instabilität der CBHI führen. Auch wäre das Risiko der Adverse Selection dadurch nicht minimiert. Man kann annehmen, dass Menschen mit einem geringeren Risiko, zu erkranken, eher dazu geneigt sind, sich nicht zu versichern. Beiträge dieser Zielgruppe gehen durch die monatlichen Beiträge tendenziell eher verloren, als bei jährlichen Beiträgen.

In einem Gedankenspiel kann man bei einer höheren Anzahl von CBHI-Mitgliedern annehmen, dass Skaleneffekte erzeugt werden und gleichzeitig ein größerer Beitragspool generiert wird. Es ist jedoch wichtig zu verstehen, dass der Anstieg der Mitgliederanzahl nicht allein zu einer Steigerung der finanziellen Nachhaltigkeit der CBHI führt. Häufig wird die falsche Annahme getroffen, dass durch den Anstieg der Mitgliederanzahl Skaleneffekte bei den Behandlungskosten erzielt werden können. Selbstverständlich können Skaleneffekte im Sinne der Senkung von Materialkosten entstehen. Jedoch sind es die Personalkosten im Rahmen einer Behandlung, die finanziell ins Gewicht fallen. Bei den Personalkosten können keine Skaleneffekte erzielt werden. Hinzukommt, dass die Beiträge der Versicherten heute schon nicht alle Kosten innerhalb der CBHI begleichen können. Ein Anstieg der Mitglieder führt nicht zwangsläufig zur Kostendeckung, sondern würde das Problem des Auseinanderklaffens von Einnahmen und Ausgaben der Versicherung tendenziell verschärfen. Auch wenn eine höhere Anzahl von CBHI-Mitgliedern die Finanzierungslücke nicht vollständig schließen kann, so muss es aus gesellschaftlichen, sozialen und rechtlichen Gründen das Ziel sein, dass alle Ruander eine Form der Krankenversicherung haben. Um die Finanzierungslücke zu schließen, müssen langfristig weitere Finanzierungsmechanismen implementiert werden. Beispielsweise kann man für den informellen Sektor Arbeitgeberbeiträge wie in Deutschland andenken.

Einzig und allein eine vollständig flächendeckende Krankenversicherung kann eine Adverse Selection vermeiden. Diese Situation zu erreichen ist jedoch sehr schwierig. Bis dieser Fall eintritt, sind zur Vermeidung bzw. zur Verringerung der Adverse Selection folgende Szenarien denkbar: (1) Die Krankenversicherung ganzer Haushalte anstelle von einigen Familienmitgliedern muss beibehalten werden und (2) es müssen sich die Mitglieder eines ganzen Dorfes,

anschließend die Mitglieder eines ganzen Sektors und dann die Mitglieder eines ganzen Distriktes versichern, damit der Effekt einer flächendeckenden Krankenversicherung eintreten kann. Dies wären erste Schritte zur deutlichen Reduktion des Risikos einer Adverse Selection. Zweifelsohne stellt sich die Frage, wie das erreicht werden kann. Sensibilisierungsmaßnahmen auf Distrikt- und Sektorebene können innerhalb der jeweiligen Gemeinschaft für die Notwendigkeit dieser Kollektivversicherung werben. Wettbewerbe auf Dorf-, Sektor- oder Distriktebene können das Interesse der jeweiligen Verwalter wecken, ihre Gemeinschaften als Kollektiv zu versichern und sicher zu stellen, dass alle oder zumindest viele Menschen in ihrem Bereich versichert sind.

Eine weitere Beobachtung ist, dass die größte Anzahl der Hilfesuchenden in Gesundheitszentren und Distriktkrankenhäusern ambulante Patienten sind. Ein Großteil dieser ambulanten Patienten sind CBHI-Mitglieder. Ein Ergebnis der Beobachtungen während der Feldforschung war, dass ein Großteil der administrativen Arbeit in den Gesundheitseinrichtungen aus der Abwicklung der CBHI-bezogenen Prozesse dieser Patienten hervorgeht. Dazu zählt beispielsweise die Rechnungsstellung, die meist sehr detailliert ist und in manchen Fällen mehr Posten aufführt als tatsächlich notwendig sind. Mit diesen Aufgaben sind überwiegend bezahlte Angestellte der CBHI-Büros betraut, die eigentlich in der Mobilisierung und Sensibilisierung der Bevölkerung eingesetzt werden sollten. Um all diesen Problemen entgegenzuwirken, wäre über die Einführung von fixen Kosten wie in Deutschland bei den *Diagnostic Related Groups* nachzudenken. Das hieße: Jede Gesundheitseinrichtung, ob nun Gesundheitszentrum oder Krankenhaus, bekommt in Abhängigkeit der CBHI-Mitglieder in ihrer Region einen fixen Teil der CBHI-Prämien, unabhängig von der Anzahl der tatsächlichen Nutzungen. Der Vorteil dieses Vorgehens wäre die Reduktion der administrativen Arbeiten. Gleichzeitig würde es zur Nachhaltigkeit der CBHI beitragen, da für die Gesundheitszentren und Krankenhäuser die Kostenfluktuation durch ambulante Behandlungen eliminiert werden würde. Durch dieses System könnte es allerdings zu Qualitätsverlusten in der Behandlung kommen. Gesundheitseinrichtungen müssten häufiger mehr Patienten behandeln, als durch die Einnahmen tatsächlich finanziert wären, bzw. die Behandlungszeiten würden kürzer ausfallen, damit mehr Patienten behandelt werden können. Qualitätsaudits könnten diesem Risiko entgegenwirken und die gleiche Behandlungsqualität für jeden Patienten in jeder Gesundheitseinrichtung sicherstellen.

## **4.9 Die Rolle der deutschen Entwicklungszusammenarbeit im ruandischen Gesundheitssektor**

Das Unterkapitel der finanziellen Nachhaltigkeit hat damit einhergehende Schwierigkeiten aufgezeigt. An vielen Stellen ist die finanzielle Hilfe durch externe Geber immer wieder angeklungen. Hilfe durch externe Geber war bei der Entwicklung und Implementierung der CBHI unerlässlich. Wie genau diese externe Hilfe aussah, soll das kommende Unterkapitel illustrieren.

Das Vorhaben eine flächendeckende Krankenversicherung in Ruanda zu implementieren, ist durch Unterstützung internationaler Geber, allen voran Deutschlands, ermöglicht worden. Die deutsche Entwicklungszusammenarbeit (EZ) hat den ruandischen Gesundheitssektor von 1980 bis 2012 nachhaltig geprägt und war maßgeblich an der Entwicklung und Implementierung der CBHI beteiligt. Spätestens seit dem Ausstieg der deutschen EZ aus dem ruandischen Gesundheitssektor stellt sich die Frage, inwiefern diese Arbeit und ganz speziell die Unterstützung der CBHI als erfolgreich bezeichnet werden kann und ob die zuvor gesetzten Ziele erreicht wurden. Eine dafür notwendige Evaluierung sprengt den Rahmen der vorliegenden Arbeit und ist auch nicht deren Ziel. Dennoch soll aufgrund der vorliegenden Dokumente ein kurzer Überblick gegeben werden.

Die Beurteilung der deutschen EZ in Ruanda im Bereich Gesundheit beruht auf dem abschließenden Bericht des Deutschen Evaluierungsinstitut für Entwicklungszusammenarbeit (DEval) aus dem Jahr 2014, der im Rahmen der Beendigung der deutschen EZ im Bereich Gesundheit in Ruanda entstanden ist. Das DEval unterstützt das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) durch unabhängige wissenschaftliche Berichte, die die durchgeführten deutschen EZ-Maßnahmen zum Gegenstand haben. Die ausschließliche Nutzung des DEval-Berichtes als Grundlage für eine Beurteilung ist gewiss diskutabel, allerdings ist die Zugänglichkeit zu weiteren Dokumenten beschränkt. Die Jahresfortschrittsberichte, Prüfberichte und Evaluierungen der Maßnahme der Technischen Zusammenarbeit, die den hier diskutierten Gegenstand abdeckt, sind intern. Dabei handelt es sich um nicht veröffentlichte Dokumente der projektdurchführenden Organisation, der Gesellschaft für internationale Zusammenarbeit. Diese Dokumente waren im Rahmen der Forschungsarbeit nicht einsehbar. Das DEval hat die die BMZ-finanzierten Maßnahmen gleichsam als „neutraler Dritter“ evaluiert. Sein Bericht bietet einen wertvollen Ausgangspunkt und die darin enthaltene Kritikpunkte und Empfehlungen, soweit sie die CBHI betreffen, können mit den Ergebnissen der durchgeführten Feldforschung verglichen werden. Dieses Unterkapitel stellt nicht chronologisch alle EZ-

Interventionen zwischen 1980 bis 2012 dar, sondern beschränkt sich ausschließlich auf die Interventionen der deutschen EZ in Bezug auf die CBHI.

Die Maßnahmen der deutschen EZ nach dem Genozid zielten auf die Verbesserung des Gesundheitssystems ab. Dabei wurden besonders die Bedürfnisse der armen Bevölkerung (Grundbedürfnisansatz) in den Mittelpunkt gestellt. Eine Komponente war die Einführung einer flächendeckenden Krankenversicherung mit einer Versicherungsrate von 100% bis zum Jahr 2010. Die Maßnahmen der Pilotphase wurden bereits im Kapitel 2.5 ausführlich dargestellt. Die deutsche EZ war maßgeblich für die Unterstützung der *Health Financing Unit* im MOH und der *Cellule Technique d'Appui aux Mutuelles de Santé* zuständig. Ihre Aufgaben waren u.a. die Unterstützung der Managementebene, die Ausarbeitung eines Verfahrenshandbuchs für die CBHI und die Schulung von CBHI-Mitarbeitern. In dieser Phase hat sich die deutsche EZ für ein CBHI-Beitragssystem nach Einkommensstufen ausgesprochen. Auch spielte das Ubudehe-System in den Aktivitäten der deutschen EZ eine Rolle: Sie unterstützte das MINA-LOC im Ubudehe-Prozess. Zu ihren Aufgaben zählt u.a. durch den Aufbau einer entsprechenden Datenbank, um einkommensabhängige CBHI-Beiträge einführen und die Pro Kopf-Pauschalen ablösen zu können. Darüber hinaus richtete die deutsche EZ einen eng an die CBHI-Gesundheitsfinanzierung gebundenen Sozialfonds ein. Dieser Sozialfonds ist der für die Abdeckung der Kosten zuständig, die nicht durch die CBHI abgedeckt werden, aber im Rahmen einer medizinischen Behandlung anfallen. Dazu zählen Leistungen wie der Transport zur Gesundheitseinrichtung und die Übernahme von Medikamentenkosten und Verpflegung in den Gesundheitseinrichtungen. Dieser Sozialfondsstand stand den CBHI-Mitgliedern zur Verfügung, die diese Kosten nicht eigenständig tragen konnten und in den Gesundheitseinrichtungen von Mitarbeitern als sozial schwach eingestuft wurden. In den Jahren 2008 und 2009 profitierten davon 1300 Menschen, bevor 2010 eine CBHI-Reform durchgeführt wurde (Schwedersky et al., 2014: 60f).

Die rasante Entwicklung der CBHI und der Umsetzungsdruck, der durch die ruandischen Autoritäten ausgeübt wurde, führten zu einer Überforderung der vorhandenen ruandischen Kapazitäten auf dezentraler Ebene. An dieser Stelle sieht der DEval-Bericht die Stärke der deutschen EZ:

*„Die Konzeption des deutschen Programms als Mehrebenen-Ansatz mit einer Spannbreite von politischer Beratung auf zentraler Ebene zur Kapazitätsentwicklung für dezentrale Strukturen [...], hat sich dabei als gute Wahl erwiesen, um dieser Herausforderung zu begegnen.“* (Schwedersky et al. 2014: 62).

Die Schwierigkeiten, zu einem harmonischen Zusammenspiel der verschiedenen Ebenen des Managements der Versicherung zu gelangen, wurden bereits beschrieben. Immer wieder beschrieben Gesprächspartner Schwierigkeiten in den administrativen Prozessen. Der Ablauf zum Erhalt der CBHI lässt sich als geeignetes Beispiel heranziehen: Im Kapitel 4.5 sind verschiedene Varianten beschrieben. Diese unterschiedlichen und letztlich intransparenten Varianten könnten die Folge von Überforderung und Uneinigkeit des Personals im gesamten Ablauf des Erwerbs der CBHI-Mitgliedschaft sein. Die geschaffenen Kapazitäten waren wahrscheinlich nicht für die rasante Entwicklung ausgelegt. Dadurch konnten die Bedürfnisse der breiten Bevölkerung nicht hinreichend erfasst bzw. erfüllt werden. Angesichts der Tatsache, dass bis heute weiterhin viele Schwierigkeiten in der Administration bestehen, muss bezweifelt werden, ob die Aktivitäten der deutschen EZ auf diesem Gebiet erfolgreich waren. Zumindest erschien ihre positive Wirkung nicht nachhaltig. Ihr „Mehrebenen-Ansatz“ mit der „[...] *Spannbreite von politischer Beratung auf zentraler Ebene zur Kapazitätsentwicklung für dezentrale Strukturen* [...]“ (Schwedersky et al. 2014: 62) ist theoretisch betrachtet effektiv. Praktisch gesehen hat der „Mehrebenen-Ansatz“ nicht dort gegriffen, wo er am notwendigsten wäre. Auch zu dem Nutzen der Sozialfonds gibt es unterschiedliche Meinungen: So sagten einige Vertreter der deutschen EZ und Mitarbeiter von Krankenhäusern, dass die sozialen Fonds sinnvoll und wichtig wären. Befragte auf Regierungsebene drückten ihre negative Haltung gegenüber dem Sozialfond aus. Laut DEval-Bericht wurden nach den Sozialfonds neue Strukturen geschaffen, die sich dieser Problematik annehmen (Schwedersky et al. 2014: 62). Allerdings zeigt sich an dieser Stelle, dass die Einschätzung der deutschen EZ durch deutsche Gutachter und die der ruandischen Bevölkerung nicht die gleichen sind. Viele Gesprächspartner beklagten während der Feldforschung immer wieder die begrenzten finanziellen Mittel, die es unmöglich machen, die CBHI-Beiträge aufzubringen. Der Sozialfond der deutschen EZ hat dort Hilfe gewährleistet, wo die ruandische Regierung nicht dazu in der Lage war. Laut des DEval-Berichtes wurde der deutsche Sozialfond durch neue Strukturen ersetzt, die nicht näher in der Fachliteratur definiert sind. Es ist anzunehmen, dass die Beendigung des Sozialfonds durch die ruandische Regierung initiiert wurde. Durch die Beendigung des Sozialfonds wurde notwendige Hilfe entzogen. Die Einführung der Ubudehe-Kategorie scheinen als ersetzender Mechanismus angedacht zu sein, der teilweise in der Realität nicht zu greifen scheint. Die ruandische Regierung und die deutsche EZ hätten an dieser Stelle sicher gehen müssen, dass der ersetzende Mechanismus in Form der Ubudehe-Kategorien den Sozialfond adäquat ersetzt. Wie sich in der Feldforschung zeigte, war für beide Seiten ein Fehler, das nicht sicher zu stellen



Mit den finanziellen Schwierigkeiten einhergehend wird immer wieder die falsche Eingruppierung in die Ubudehe-Kategorien als zentrales Problem benannt. Bereits im DEval-Bericht aus dem Jahr 2014 wird festgestellt, dass diese falsche Eingruppierung von CBHI-Mitgliedern und CBHI-Mitarbeitern als Problem angesehen wird. Im Bericht wird auf das Potenzial hingewiesen, die Zielgruppen besser erfassen zu können und somit die CBHI effizienter zu gestalten (Schwedersky et al. 2014: 67). Es ist bemerkenswert, dass die gleichen Kritikpunkte aus dem Jahr 2014 in der Feldforschung gleichermaßen oft in den Gesprächen wiederkehrten. Die falsche Eingruppierung in die Ubudehe-Kategorien war eines der vorherrschenden Themen in den geführten Gesprächen (siehe Kapitel 4.2.3). Angesichts dessen, dass dieses Thema anscheinend jahrelang im Gesprächsfokus der deutschen EZ sowie der ruandischen Regierung stand, verwundert es, dass keine grundlegenden Veränderungen vorgenommen worden sind. Die Wiederkehr dieses Themas zeigt seine Wichtigkeit und seine Bedeutung als einer der einflussreichsten Faktoren für oder gegen die Mitgliedschaft in der CBHI. Die Modifikation der Ubudehe-Kategorien ist zwar ein erster Versuch sich dieses Themas anzunehmen, allerdings blieb es bislang bei diesem ersten, unvollständigen Schritt. Besonders im Hinblick auf die angesprochene Umsetzungsdauer sind die Fortschritte auf diesem Gebiet als eher mäßig zu bezeichnen.

Wieso intervenierte die deutsche EZ in diesem Punkt nicht stärker? Auf diese Frage lässt sich aus der Literatur und der Untersuchung im Feld retrospektiv keine eindeutige Antwort finden. Es ist wichtig ist zu verstehen, dass die deutsche EZ eine beratende Rolle einnimmt, die Entscheidungsgewalt allerdings bei der ruandischen Regierung liegt. Nach Sichtung der vorliegenden Dokumente ist eindeutig, dass die deutsche EZ sich im Rahmen der Nachhaltigkeit hätte stärker bei dem Thema Ubudehe-Kategorien engagieren müssen. Die Beiträge und ihre Erschwinglichkeit sowie damit verbunden die Nachhaltigkeit des Systems sind eines der Kernthemen der deutschen EZ. Die scheinbare Vernachlässigung dieses Aspektes verstärkte das Problem und kann einer der Gründe für die sinkende Mitgliederzahl der CBHI sein.

Die Notwendigkeit, eine Familie als Ganzes anzumelden, wird nicht nur in den durchgeführten Interviews, sondern ebenfalls im Deval-Bericht positiv bewertet. Immer wieder wird auf die Bedeutung der Kollektivversicherung und der einmonatigen Sperrfrist für die finanzielle Stabilität und Nachhaltigkeit der CBHI hingewiesen. Diese wurde im Sinne der Adverse Selection eingeführt und von der deutschen EZ befürwortet. Es ist interessant, dass bereits im DEval-Bericht für eine Lockerung dieser Restriktionen geworben wurde, um eine dauerhafte und nachhaltige Krankenversicherung zu gewährleisten. Durch den Wegfall der deutschen EZ und die

anschließende unzureichende Nachbetreuung konnten diese Neuerungen nicht umgesetzt werden.

Der DEval-Bericht schreibt:

*„Die jüngsten politischen und gesetzlichen Reformen (teils mit Beiträgen der deutschen EZ), in Verbindung mit einem großen Anteil an erbrachten Versicherungsbeiträgen durch die Mitglieder, versprechen jedoch langfristig eine positive Entwicklung der Nachhaltigkeit der CBHI.“* (Schwedersky et al. 2014: 69).

Die vorangegangenen Erläuterungen haben bewiesen, dass eine finanzielle Nachhaltigkeit der CBHI bereits durch ihre Grundkonzeption nicht möglich ist. Die Ausgaben übersteigen die Einnahmen und dies vor allem, wenn man beachtet, dass die Einnahmehasis durch die sinkende Mitgliederzahl geringer wird, die Kosten für medizinische Behandlungen jedoch steigen. Die im Jahr 2014 formulierte Annahme der Evaluierung der deutschen EZ ist daher umso bedenklicher, als von vornherein bei der Konzipierung der CBHI hätte bedacht werden müssen, dass die CBHI zu keinem Zeitpunkt kostentragend arbeiten kann. Und hier spielen ebenfalls die falschen Ubudehe-Kategorien einiger Menschen eine wichtige Rolle, da sie das Problem der finanziellen Nachhaltigkeit verstärken.

Der Ausstieg Deutschlands aus der EZ erfolgte im Jahr 2012, da die ruandische Regierung eine Politik der Arbeitsteilung wünschte. Diese Entscheidung führte zur Beschränkung der deutschen EZ auf die zwei Arbeitsbereiche „Dezentralisierung“ und „nachhaltige Wirtschaftsentwicklung mit den Bereichen Privatsektorförderung und berufliche Bildung“. Der Bereich Gesundheit wurde aufgegeben. In dem abschließenden DEval-Bericht wird angeführt, dass in einigen Regionen Ruandas der Wunsch bestand, Deutschland als Partner im Gesundheitssektor zu behalten, da die Lücke im Hinblick auf finanzielle Mittel und Dienstleistungen nach dem Ausstieg nicht geschlossen wurde (Schwedersky et al. 2014: 103). Die daraus resultierende Mangelsituation führte laut den persönlichen Erlebnissen der Interviewpartner zu vielen Schwierigkeiten, wie beispielsweise der Mangel an ausgebildeten Gesundheitsfachkräften und die damit verbundene teilweise unzureichende Gesundheitsversorgung. Das Ende der deutschen Sektorbudgethilfe und die zusätzliche politische Entscheidung Ruandas, Deutschland aus dem Gesundheitssektor zu nehmen, sind Gründe für das Ausscheiden Deutschlands aus dem Gesundheitssektor. Der Ausstieg Deutschlands kann im Rahmen dieser Arbeit nicht bewertet werden. Jedoch kann auf die Notwendigkeit eines geplanten und organisierten Ausstieg hingewiesen werden. Dem DEval-Bericht ist zu entnehmen, dass die deutsche EZ sich schrittweise aus dem Gesundheitssektor zurückgezogen hat. Die informellen Gespräche mit dem Personal

des Gesundheitswesens in der Feldforschung spiegelten einen überstürzten und ungeplanten Ausstieg aus dem ruandischen Gesundheitswesen wieder. Wichtige Schnittstellen im Gesundheitswesen wurden nicht oder nicht zeitnahe ersetzt, was negative Folgen wie eine unzureichende Patientenversorgung zur Folge hat. Die deutsche EZ im ruandischen Gesundheitssektor zeichnete sich durch ihre langjährige Erfahrung und Kontinuität aus. Es ist anzunehmen, dass diese beiden positiven Faktoren zum Erfolg der ruandischen CBHI wesentlich beigetragen haben. Auch nach dem Ausscheiden aus dem Sektor hätte die deutsche EZ gewährleisten sollen, dass ihre Arbeit fortgeführt wird, denn nur so können deutsche Initiativen und Aktivitäten als nachhaltig beurteilt werden.

## ***Kapitel 5: Konsumpräferenzen, Zahlungsbereitschaft und ihre Einflüsse auf den CBHI-Erwerb***

---

*In diesem Kapitel soll es um die qualitative Analyse von gesellschaftlichen Faktoren gehen, die Einfluss auf die Konsumpräferenz und die Zahlungsbereitschaft und somit auf den CBHI-Eintritt haben. Abschließend soll die in der Feldforschung festgestellte Interdependenz zwischen den einzelnen gesellschaftlichen Faktoren, Zahlungsbereitschaft und den Konsumpräferenzen erläutert werden.*

### **5.1 Konsumpräferenzen und Zahlungsbereitschaft**

Die CBHI kann aus den unterschiedlichsten Gründen erworben werden. Neben augenscheinliche rationalen Argumenten dürfen die individuellen Präferenzen nicht außen vor gelassen werden. Es gibt eine Vielzahl von Theorien bezüglich des Entscheidungsprozesses eines Individuums. Im Rahmen dieser Arbeit erscheint eine Auseinandersetzung mit der Theorie der Konsumpräferenzen besonders relevant. Die Auswahl fiel auf diese Theorie, da es keine konkrete Theorie für Konsumentenentscheidungen im Gesundheitsbereich gibt und diese sich auf den Gesundheitsbereich übertragen und anwenden lässt. Ein Ergebnis der Dissertation ist, dass die individuellen Präferenzen für oder gegen die CBHI ausschlaggebend waren. Untersuchungen zu Entscheidungsprozessen im Kontext der Krankenversicherungen, besonders in low-income Ländern wie Ruanda, sind limitiert. Die Auseinandersetzung mit Konsumpräferenzen behandelt eben diesen Aspekt: Welche Präferenzen geben den Ausschlag für die eine oder andere Option? Die Theorie wird an bestimmten Stellen an das Forschungsfeld angepasst, um dem ruandischen Kontext gerecht werden zu können. Ansonsten droht die Gefahr eines Bias, da durch westliche Maßstäbe wesentliche Aspekte verfälscht oder gar nicht aufgenommen werden könnten. Der Ausgang der Forschung war, dass sich Bildung und Sensibilisierungsmaßnahmen auf die Konsumpräferenzen auswirken und ein Dreieck bilden. Das folgende Schaubild zeigt diese drei Faktoren im Zusammenspiel und ihre Beziehungen zueinander.

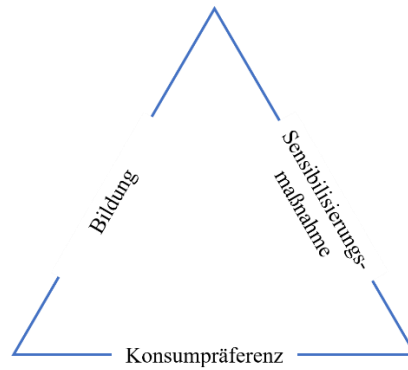


Abbildung 13: Interdependenz-Dreieck

Der erste zu untersuchende Aspekt aus dieser Dreiecksbeziehung ist die Konsumpräferenz. Während der Feldforschung fiel vermehrt der Begriff „Ignoranz“ in Bezug auf die Ablehnung oder den Nichterwerb der CBHI. Nun stellte sich die Frage, welche Beweggründe zu dieser „Ignoranz“ führten und auf welcher Basis diese Entscheidungen getroffen wurden. Wurde der Nutzen und die Funktionsweise der CBHI von der Zielgruppe verstanden? Ein Großteil der Gesprächspartner hat in den Gesprächen das Verständnis für die Notwendigkeit und den Nutzen der CBHI deutlich gemacht. „Ignoranz“ verweist an dieser Stelle auf einen anderen Zusammenhang. Etwas abzulehnen oder ihm ignorant gegenüber zu stehen ist von den persönlichen Präferenzen abhängig. Dementsprechend sind die individuellen Präferenzen – die Konsumpräferenzen – entscheidend. Im Falle der vorliegenden Arbeit wird von einer hohen Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen ausgegangen. Um dem Aspekt gerecht werden zu können, sind ausreichend finanzielle Mittel oder der Erwerb einer CBHI-Mitgliedschaft die Voraussetzung. Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen wird im Folgenden der Nachfrage nach der CBHI aus Gründen der Vereinfachung gleichgesetzt. Nachfrage wird in der Ökonomie definiert als “[...]the quantity that buyers wish to purchase at each conceivable price [...]” (Begg et al. 2014: 684). Die Besonderheit in diesem Fall: Die Nachfrage nach einer CBHI kann pro Jahr nicht mehr als einmal realisiert werden, die Menge des Gutes ist damit nicht unendlich, denn es kann lediglich eine CBHI erworben werden, die darin inbegriffenen Leistungen können jedoch (theoretisch) unendlich oft beansprucht werden. Einer der entscheidenden Faktoren für den Konsumenten bei seiner Präferenzbildung ist die Budgetbeschränkung, was an dieser Stelle eine vernachlässigbare Rolle spielt, da sie bereits in Kapitel 4 beleuchtet und analysiert wurde.

Da nun die Konsumpräferenz im Zentrum des Interesses steht, soll sie hier in ihren wichtigsten Punkten skizziert werden, denn das Grundverständnis für den Entscheidungsprozess des Konsumenten ermöglicht es, Entscheidungen im Gesundheitswesen nachvollziehen zu können. Die

Konsumententheorie stammt aus der Betriebswirtschaftslehre und beschäftigt sich mit der Frage, wie der „rationale Konsument“ eine Entscheidung trifft. Sie geschieht nach Abwägung von Preisen, Einkommen und Präferenzen, weil die Entscheidung anschließend zur Maximierung des individuellen Nutzens führen soll (Wölfler 2013: 40f). Nach dem traditionellen Modell der Konsumententheorie präferiert der Konsument eine Alternative A gegenüber einer weiteren Alternative B. Dabei ist immer der Blick auf die eigenen – beispielsweise monetären – Limitierungen gerichtet (Barten und Böhm 1982: 381).

In Bezug auf die Konsumententheorie soll zunächst der Begriff „Gut“ definiert werden. Nach Levin and Milgrom kann die Definition des Gutes sehr spezifisch ausfallen, wie das Gut Bahnticket oder auch sehr unspezifisch, wie Essen. Barten und Böhm spezifizieren ihre eigene Definition: Sie unterteilen den Begriff Ware in (a) Güter und (b) Dienstleistungen. Zur Vereinfachung werden die Leistungen der CBHI als Konsumgut definiert. Weiter können ihrer Ansicht nach Güter, anhand ihrer physischer Eigenschaften, dem Herstellungsort, dem Herstellungszeitpunkt unterteilt werden etc.. Levin und Milgrom (2004) greifen den Gedanken auf, dass Herstellungsort sowie Herstellungszeitraum und darüber hinaus die Qualität ein Gut näher spezifizieren, was sich auf die Bestimmung von Annahmen auswirkt (Levin und Milgrom 2004: 1f). Gesundheit kann nur schwer definiert werden. Gesundheit ist nichts greif- oder messbares und hängt zudem von subjektiven Empfindungen ab, was jeden Definitionsversuch erschwert. Hinzu kommt, dass Gesundheit und Gesundheitsdienstleistungen nur schwer mit einem festen Ausgang „konsumiert“ werden können. Ein Patient kann durch die CBHI eine Gesundheitseinrichtung aufsuchen, was aber nicht unbedingt eine vollständige Heilung seines Leidens zur Folge hat. Durch die fehlende Handhabbarkeit des Begriffs ist es schwierig, Gesundheit beziehungsweise Krankenversicherung als ein klassisches Konsumgut zu betrachten.

Nach Begg et al. (2014: 84f) setzt sich die Konsumententheorie wesentlich aus folgenden weiteren Konzepten zusammen:

- Präferenzen und Nutzen:

Ausschlagend bei der Wahl eines Gutes ist die persönliche Präferenz wie auch der erhoffte Nutzen durch das Gut, die den Konsumenten bei der Entscheidungsfindung treiben. Der Konsument hat verschiedene individuelle Präferenzen in Bezug auf die zu konsumierenden Güter, zum Beispiel die Zufriedenheit als das absolute Ziel (Begg et al. 2014: 84f). Die Präferenzen sind geprägt von Überzeugungen, Kultur und sozialen Verhaltensweisen. Dabei können Trends wie der Sporttrend oder gesundheitsbewusstes Verhalten die Nachfrage nach Gütern stärken (Begg 2013: 39).

- Rationalität des Konsumenten:

Nach Begg et al. (2014) ist der Konsument von Natur aus rational und handelt rational, wodurch ein erschwingliches, nutzenmaximierendes Gut gewählt wird (Begg et al., 2014:85).

- Präferenz und Nutzen und die Rationalität des Konsument:

Zwischen dem Konzept der Präferenz und Nutzen und der Rationalität des Konsumenten besteht folgender Zusammenhang: Der rationale Konsument wählt aus der Menge aller Konsumoptionen, die als „consumption bundles“ bezeichnet werden, diejenige aus, die zur Maximierung der Zufriedenheit beiträgt. Das „consumption bundle“ kann aus einer Anzahl verschiedener Güter bestehen. Für die vorliegende Arbeit wird die Annahme getroffen, dass ein „consumption bundle“ nur aus einem (bzw. keinem) Gut besteht, d.h. die bestehenden Optionen sind (a) Krankenversicherung oder (b) keine Krankenversicherung. Der Konsument muss unter Einbeziehung seiner existierenden Einschränkungen (monetär, zeitlich etc.) aus dem „consumption bundle“ wählen.

- Das Einkommen des Konsumenten:

Das Einkommen des Konsumenten meint die zur Verfügung stehenden finanziellen Ressourcen für bevorstehende Konsumaktivitäten unter der Annahme, dass der Konsument nicht über sein Einkommen hinaus konsumieren kann. Durch die Einkommensbeschränkung wird das Problem der Knappheit von Gütern verdeutlicht (Begg et al. 2014: 85). Menschen mit einem höheren Einkommen können mehr von allem kaufen. Bei inferioren Gütern – günstige Güter geringerer Qualität, die nur auf Grund geringerer finanzieller Möglichkeiten gekauft werden - sinkt die Nachfrage bei steigenden Gehältern (Begg 2013: 37). Das Einkommen des Konsumenten wirkt sich immer auf die Zahlungsbereitschaft, auch Willingness to pay genannt, aus. Unter dieser Zahlungsbereitschaft versteht sich die Summe Geld, die ein einzelnes Individuum oder ein Kollektiv bereit ist, zu zahlen, um ein Gut oder einen Vorteil zu erlangen oder um seinen Verlust zu vermeiden. Der Wert eines Gutes ist umso höher, je höher die Zahlungsbereitschaft ist (Thieme 2014).

Eine mögliche Ausgabe oder Kaufentscheidung des Konsumenten sind die Ausgaben für medizinische Versorgung. Medizinische Versorgung als „Gut“ ist nicht nur wichtig in Bezug auf die Höhe der auszubehenden Summe, sondern die Qualität und den Nutzen, den man sich von ihrem Erwerb verspricht. In der Studie von Cameron et al. (1988: 85f) wird

Krankenversicherung als ein normales Gut mit einer positiven Einkommenselastizität der Nachfrage<sup>41</sup> betrachtet. Somit haben Menschen mit geringerem Einkommen eine geringere Bereitschaft, sich zu versichern. Ein Preisanstieg von Krankenversicherungssubstituten, wie beispielsweise höhere Eigenkosten, steigert die Nachfrage nach Krankenversicherung. Die Entscheidung wird nach Cameron et al. (1998) nicht ausschließlich auf Basis des kurzfristigen individuellen Nutzens getroffen, denn die Unsicherheit über den eigenen zukünftigen Gesundheitsstatus beeinflusst ebenfalls die Entscheidung (Cameron et al. 1988: 85f). Die Krankenversicherung verspricht den größten langfristigen Nutzen bei relativ günstigen Kosten. Hier lässt sich eine Verbindung zu Akerlof ziehen: Die Zahlungsbereitschaft ist stark abhängig von den zur Verfügung stehenden Informationen. Fühlt der potenzielle Versicherungsnehmer sich ausreichend gut informiert, steigt die Zahlungsbereitschaft.

Der Konsument muss aus einer Vielzahl von Optionen wählen und verlässt sich dabei oft auf die Meinung von Familie und Freunden (Pfadabhängigkeit). Morgan führt aus, dass diese Form oft auf Vertrauen und den bereits gemachten Erfahrungen beruht. Das entstandene und ggf. verdiente Vertrauen stärkt Patienten in ihrer Bindung und führt daher zur Weiterempfehlung der Krankenversicherung. Darüber hinaus zählen klare Diagnosestellungen, faire und adäquate Behandlungskosten und Aussagen über mögliches medizinisches Vorgehen zu den entscheidenden Faktoren, die die Entscheidung bei der Auswahl von Medizinern beeinflussen (Morgan 1955: 203).

Zu Beginn der Feldforschung schien einer der Hauptgründe für den Nicht-Eintritt in die CBHI begrenzte finanzielle Ressourcen zu sein. Es stellte sich heraus, dass Ignoranz ein größerer Hinderungsgrund ist. In den Gesprächen kamen oft ausreichende finanzielle Ressourcen zum Vorschein, die den Beitritt einer Familie in die CBHI ermöglichen würden. Trotzdem entschieden sich einige Gesprächspartner gegen den Eintritt in die Versicherung, da sie den Erwerb einiger Konsumgüter wie beispielsweise Bier bevorzugten (Angestellter#1, Absatz 65; Doctor#4, Absatz 35; Patient#4, Absatz 206; Patient#6, Absatz 59; Patient#7, Absatz 109; Patient#8, Absatz 61; Patient#10, Absatz 52, 110; Patient ohne KV#1, Absatz 92; Social worker#1, Absatz 30; Social worker#3, Absatz 25; Angestellter#5, Absatz 37; Patient ohne KV#15, Absatz 43). Dieses Beispiel verdeutlicht die Präferenzbildung auf Basis von Zeit. In dem Beispiel handelt es

---

<sup>41</sup> Es wird ausgegangen, dass bei steigendem Einkommen eine größere Gütermenge nachgefragt werden kann. Dies begründet sich dadurch, dass mit einem höheren Einkommen mehr Güter konsumiert werden können. Folglich spricht man von einer positiven Einkommenselastizität der Nachfrage (Schneider und Hennig 2008: 109).



sich bei dem Patienten um eine Zeitpräferenz. Der Kauf eines Konsumgutes in der Gegenwart war dem Patienten wichtiger als der von Gesundheitsdienstleistungen im Rahmen einer CBHI in der Zukunft. Anders argumentiert illustriert dieses Beispiel, dass die Zahlungsbereitschaft des Patienten für das Bier höher war, als für den Versicherungsschutz der CBHI. Es scheint für eine Vielzahl von Menschen entscheidender zu sein, kurzfristig zu verbrauchende Konsumgüter zu erwerben, als einen dauerhaften Zugang zu Gesundheitseinrichtungen durch den Versicherungsschutz der CBHI zu haben. Es lässt sich streiten, inwiefern die Entscheidung in Anbetracht des angenommenen rationalen Verhaltens als rational verstanden werden kann.

## **5.2 Die Bedeutung von Bildung für die eigenen Konsumpräferenzen**

Nach den Konsumpräferenzen soll nun ein Blick auf den Aspekt Bildung geworfen werden. In der Fachliteratur wird von einem nachweislichen Zusammenhang zwischen Bildung und Gesundheit gesprochen. Eine Vielzahl von wissenschaftlichen Publikationen weist gesundheits-schädigende Verhaltensweisen häufiger bei unteren Bildungsschichten, nach als in mittleren oder höheren (Mielck 2000: 185-187; Mackenbach 2006: 33f; Nocon et al. 2007: 402-404). Weiterhin ist wissenschaftlich nachgewiesen, dass Gesundheit die Bereitschaft beeinflusst, in Bildung zu investieren, wodurch bessere Arbeits- und Verdienstmöglichkeiten entstehen können. Bildung kann also zu einem höheren Einkommen führen, das wiederum den Erwerb von mehr und besseren Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht. Im Folgenden soll auf das Verhältnis von Bildung und Gesundheit in Bezug auf den individuellen Lebenswandel Stellung genommen werden. Man nimmt an, dass bei höherer Bildung das Verständnis und die Akzeptanz für gesundheitsrelevantes Verhalten und dessen positive Auswirkungen höher sind, als bei einem niedrigem Bildungsstand (Schneider 2007: 68f). In Bezug auf die CBHI kann das zu einem größeren Verständnis für den Nutzen und die Notwendigkeit der CBHI führen.

Laut einer Studie von Pia Schneider und François Diop aus dem Jahr 2001, die sich auf Ruanda bezieht, haben Haushalte mit einer CBHI in der Regel ein männliches Familienoberhaupt mit irgendeiner Form von Schulbildung. Sie besagt außerdem, dass CBHI-Haushalte mit einer höheren Wahrscheinlichkeit in den höheren Einkommensquartilen liegen und größere Haushalte mit mehr Familienmitgliedern repräsentieren (Schneider und Diop 2001: 11). Eine Studie, die im Jahr 2018 veröffentlicht wurde, kommt zu dem Ergebnis, dass in Ruanda neben der Behandlungsqualität und der Erschwinglichkeit der CBHI das mangelnde Verständnis für die CBHI und unzureichende Informationen zur CBHI als Gründe gegen die Erneuerung oder den Ersterwerb der CBHI gelten (Mukangendo et al. 2018: 2). Um die notwendigen Informationen zu

Funktionsweise und Nutzen der CBHI erhalten und verarbeiten zu können, ist ein Minimum an Bildung notwendig.

Dieser zunächst noch sehr theoretische Hintergrund wirft die Frage auf, wie der Zusammenhang von Bildung und CBHI-Erwerb von Ruandern aus einer persönlichen und alltäglichen Perspektive empfunden wird. Interessanterweise wurde in den Gesprächen die Verbindung zwischen Bildung und gesundheitsrelevanten Entscheidungen explizit gemacht. Ein Arzt sagte beispielsweise, dass seiner Ansicht nach viele (unklug) gesundheitsrelevante Entscheidungen auf dem geringen Bildungsstand der Betroffenen basieren (Doctor#6, Absatz 35). Er nimmt an, dass ein geringes Bildungsniveau zu einem geringen Verständnis für die Notwendigkeit und Bedeutung der CBHI führt. Durch den geringen Bildungsstand können administrative Schwierigkeiten kaum oder gar nicht überwunden werden. Es fehlt die Fähigkeit das dahinterstehende System und die aktuellen Problem zu verstehen. Geringe Bildung erschwert zweifelsohne den Zugang zur CBHI, sie ist jedoch nicht der ausschließliche Grund für den Nichterwerb der Mitgliedschaft, denn Bildung ist keine Garantie für ein CBHI-Verständnis (Doctor#3, Absatz 34). In einem Gespräch wurde angeführt, dass Ruander mit einer weiterführenden Schulbildung gleichfalls zum Teil nicht krankenversichert sind. Der Methodenteil mit seiner Erfassung der Bildungsabschlüsse unterstreicht diese Feststellung (siehe Kapitel 3.3.5). Dabei ist es wichtig, nicht den generellen Rückschluss zu ziehen, dass Menschen mit geringer oder keiner Bildung keine Möglichkeiten haben, die CBHI zu nutzen. Als Ausweg aus dieser Situation werden Beispiele aus der „*Hilfe zur Selbsthilfe*“ angeführt: Bildungsferne CBHI-Anwärter fordern beispielsweise Hilfe innerhalb der Dorfgemeinschaft an, um administrative CBHI-Prozesse durchlaufen zu können. Durch diese Hilfe können anschließend gemeinschaftlich die einzureichenden Dokumente ausgefüllt oder administrative Probleme gelöst werden. Dieses Beispiel unterstreicht, dass geringe oder keine formale Bildung nicht notwendigerweise einen Hinderungsgrund für den CBHI-Erwerb darstellt (Doctor#6, Absatz 85; Doctor#7, Absatz 20, 46). Bildung kann die Fähigkeit des vorausschauenden Planens schulen, was besonders für das Sparen und die anschließende Entrichtung der CBHI-Beiträge bedeutsam ist (Doctor#7, Absatz 22; Doctor#3, Absatz 34). Diese Darstellung verdeutlicht vor allem eins: Bildung kann zu einer anderen Präferenzbildung führen. Dabei ist nicht eindeutig, ob sie sich ausschließlich auf eine Zeitpräferenz<sup>42</sup> und/oder eine Zukunftspräferenz bezieht.

---

<sup>42</sup> Zeitpräferenz, auch Gegenwartspräferenz, spiegelt die Präferenz des Konsumenten wider, Konsum in der Gegenwart gegenüber Konsum in der Zukunft vorzuziehen (Kalveram 1977:185).

### 5.3 Sensibilisierungsmaßnahmen für die CBHI

Im Kapitel 5.2 wurden bereits die Sensibilisierungsmaßnahmen und ihre Bedeutung für die CBHI kurz angerissen. In diesem Unterkapitel soll es verstärkt darum gehen, wie diese Sensibilisierungsmaßnahmen aussahen und aussehen und wie sie Einfluss auf die CBHI nehmen. Ein historischer Rückblick auf die Entstehung und den Aufbau der ruandischen Krankenversicherung illustriert die Schwierigkeiten, die mit der Konsumpräferenzbildung der Ruander einhergehen. Gleichzeitig zeigt sich hier die untrennbare Verbindung zwischen Konsumpräferenzen, Zahlungsbereitschaft und Sensibilisierungsmaßnahmen. Sensibilisierungsmaßnahmen werden durchgeführt, wenn eine Personengruppe auf ein bestimmtes Thema und seine Bedeutung aufmerksam gemacht werden soll, mit dem Ziel, für eine CBHI-Mitgliedschaft zu werben.

Zunächst spielte die sogenannte „Ignoranz“ in der Pilotphase und zu Beginn der CBHI-Einführung eine bedeutende Rolle. Ziel war es, die Veränderung der Konsumpräferenz und die Zahlungsbereitschaft hin zum CBHI-Erwerb einzuleiten. Den Menschen waren weder die Grundidee der CBHI, noch ihre praktische Bedeutung für den Alltag bekannt. Es musste durch laufende Aufklärungs- und Sensibilisierungskampagnen ein Bewusstsein für die CBHI geschaffen werden. Mit der Zeit waren die Bedeutung und der Nutzen der CBHI den Menschen verständlich geworden und damit einhergehend nahm die sogenannte „Ignoranz“ gegenüber der Krankenversicherung ab. Die Konsumpräferenz und Zahlungsbereitschaft änderte sich hin zu einer positiven Einstellung gegenüber der CBHI (Patient ohne KV#12, Absatz 103). Die Sensibilisierungsmaßnahmen finden ganzjährig statt und haben stets den Nutzen und die Vorteile der CBHI zum Inhalt. Der strukturelle Aufbau sowie der technische Ablauf des Erwerbs der CBHI-Mitgliedschaft sind zudem Gegenstand der Sensibilisierungsmaßnahmen (Patient#9, Absatz 47; Patient ohne KV#8, Absatz 80; Patient ohne KV#13, Absatz 64).

Doch wie sahen die Sensibilisierungsmaßnahmen der CBHI für die ruandische Gesellschaft aus? An dieser Stelle ist das Experteninterview mit der Weltbank aufschlussreich: In der Pilotphase wurden regelmäßig Dorftreffen für die 40 Gemeinden abgehalten. Dort wurden zur Verständniserweiterung detailreich die CBHI, ihre Struktur und Besonderheiten vorgestellt. Inhaltlich wurde beispielsweise die Wichtigkeit der Familienversicherung anstelle der Individualversicherung erläutert. Diese kontinuierlichen Treffen führten zu einem besseren Verständnis der Krankenversicherung, zur besseren Akzeptanz und somit zum Abbau von Skepsis (Weltbank, Absatz 7-9). Weitere Inhalte waren die Aufklärung über die Beitragshöhe und die Tatsache, dass Beiträge bei ausbleibender Krankheit nicht rückerstattet werden. Ein Verständnis für diese Tatsache zu schaffen, war eine Herausforderung, da das Prinzip einer

(Sozial-)Versicherung bis dato weitestgehend unbekannt war (Weltbank, Absatz 43).

Für die Sensibilisierung- und Aufklärungskampagnen wurde als eines der Hauptmedien das Radio ausgewählt. Grund hierfür war die Popularität des Radios in Ruanda (Angestellter#3, Absatz 33). Deshalb wurde ein bekannter ruandischer Musikstar in die Kampagnen eingebunden. Er schrieb und sang ein Lied über die Wichtigkeit der CBHI und der Solidarität untereinander. Es gab zusätzlich eine Radiosendung am Sonntag, teilweise mit Gästen wie dem damaligen Gesundheitsminister, in der die Zuhörer anrufen konnten, um Fragen rund um die CBHI zu stellen. Die regelmäßigen, teilweise fünfstündigen Treffen in den Gemeinden wurden ebenfalls für Aufklärungskampagnen genutzt (Weltbank, Absatz 41, 43). Eine Studie von Schneider und Diop aus dem Jahr 2001 thematisierte die besondere Bedeutung des Radios für Sensibilisierungsmaßnahmen, was zeigte, dass der Besitz eines Radios bedeutet, Zugang zu Informationen und Sensibilisierungsmaßnahmen bzgl. der CBHI zu erhalten. Der Verlauf der Pilotphase hat die Ergebnisse der Studie untermauert (Schneider und Diop 2001: 11).

In einem Bericht aus dem Jahr 2000 gab es bereits erste Empfehlungen durch externe Geber hinsichtlich der Sensibilisierungskampagnen. Es wurde dem MOH nahegelegt, weiterhin regelmäßig Radiospots über die Struktur und Eigenschaften der CBHI auf lokalen Radiosendern spielen zu lassen. Dabei spielen lokale Politiker und religiöse Führer eine zentrale Rolle, um die breite ruandische Bevölkerung zu erreichen. Durch ihre Autorität sollten mehr Menschen zum Beitritt in die CBHI bewegt werden und durch die Einbindung dieser Akteure die Solidarität zwischen kranken und gesunden Menschen der ruandischen Bevölkerung verdeutlicht werden. Es wurde zusätzlich auf die Fortsetzung der bestehenden Strategie gesetzt, wobei Mitarbeiter von Gesundheitszentren und lokale Autoritäten die einzelnen Gemeinden besuchen und in Community Meetings<sup>43</sup> alle Fragen rund um die CBHI beantworten. Durch diese Interaktion wurden zwischenmenschliche Beziehungen aufgebaut und gestärkt. Ein Informationsaustausch zwischen den Teilnehmern fand statt, wodurch die Erneuerung der CBHI-Mitgliedschaft sichergestellt werden sollte (Schneider et al. 2000: 37f).

Interessant ist im Vergleich zu der Geberempfehlung die ruandische Sicht auf Sensibilisierungsmaßnahmen nach der Pilotphase: Durch die jährliche und freiwillige Erneuerung der CBHI-Mitgliedschaft besteht die fortwährende Notwendigkeit der Sensibilisierung. Im Bericht des MOHs aus dem Jahr 2012 wurde angegeben, dass das MOH durch seine Health Financing-

---

<sup>43</sup> Diese Community Meetings wurden in regelmäßigen Abständen als Gesprächsforen einberufen. CBHI-Interessierten hatten damit die Möglichkeiten Fragen zu stellen und Unklarheiten zu klären.

Einheit regelmäßig landesweite CBHI-Sensibilisierungskampagnen durchführte. Diese Maßnahmen fanden am Ende eines jeden CBHI-Jahres statt. Bei diesen Maßnahmen waren die Zielgruppe politische und administrative Autoritäten und Mitarbeiter des Gesundheitssektors auf Distriktebene („*health officials working at the district level*“) (MOH 2012:16).

Sensibilisierungsmaßnahmen gestalten sich sehr unterschiedlich. Eine ruandische Besonderheit, die als Sensibilisierungs- und gleichzeitig als Bildungsmaßnahme betrachtet werden kann, ist Umuganda. Umuganda bezeichnet im Kinyarwanda die zum Bau von traditionellen Häusern notwendigen Stöcke und Äste. Im weiteren Sinn ist Umuganda eine Praxis der gegenseitigen Hilfe. Gemeindemitglieder verrichten gemeinsam eine anstrengende und schwierige Arbeit, zum Beispiel landwirtschaftliche Arbeiten, den Krankentransport zu Gesundheitseinrichtungen oder das Bauen von Häusern für die Ärmsten der Gemeinschaft. Vor dem Genozid machte die ruandische Regierung für alle Erwachsenen Umuganda zu einem obligatorischen Arbeitseinsatz (z.B. Pistenausbau) von einem halben Tag pro Monat. Im Jahr 1998 wurde das Konzept in einer modernisierten Form als eine ruandische „hausgemachte“ Lösung für den ruandischen Wiederaufbau wiederbelebt. Sie diene zur sinnvollen Verwendung knapper Ressourcen und um die sozio-ökonomische Entwicklung zu stärken. Erst im Jahr 2009 kam es zur Institutionalisierung von Umuganda. Heute findet Umuganda an jedem letzten Samstag des Monats statt, wobei im traditionellen Sinne alle genannten Arbeiten gemeinschaftlich erfüllt werden sollen (Rwanda Governance Board 2017). In Bezug auf die CBHI hat dies eine wichtige Funktion, denn die gemeinschaftliche Arbeit zum Allgemeinwohl kann zur breitenwirksamen Kommunikation genutzt werden, da die ganze Dorfgemeinschaft sich trifft und interne Dorfangelegenheiten besprechen kann. Über den Sinn und Nutzen der CBHI wurde und wird immer wieder während Umuganda gesprochen und wichtige Informationen zur CBHI werden weitergegeben, wie etwa die fristgerechte Entrichtung der CBHI-Beiträge (RSSB#1, Absatz 6).

Während der Feldforschung bot sich im Rahmen der Gruppeninterviews die einmalige Gelegenheit, einem Umuganda-Treffen beizuwohnen. Beeindruckend dabei war die anscheinend freundliche Interaktion und Kommunikation. Das gesamte Dorf war versammelt und ein zuvor bestimmtes Thema wurde im Plenum besprochen. Nimmt man zunächst noch an, dass die Menschen der Versammlung gezwungenermaßen beiwohnen und daher wahrscheinlich mit wenig Aufmerksamkeit teilnehmen, belehrten die gemachten Beobachtungen den Betrachter eines Besseren. Es waren rege Diskussionen im Gange, an denen sich eine Vielzahl von Dorfbewohnern beteiligte. Dadurch, dass die Gruppeninterviews mit einigen Umuganda-Teilnehmern durchgeführt werden sollten, kam das Gespräch auf die CBHI. Die beobachtbaren lebhaften

Unterhaltungen bewiesen, dass Umuganda ein geeignetes Forum bzw. eine geeignete Gelegenheit für Informationsaustausch und -weitergabe ist.

Neben der vergleichsweise persönlichen und kleinen Form, die Umuganda darstellt, finden Sensibilisierungsmaßnahmen gleichfalls in einem größerem medialen Rahmen statt. Gegenstand der medialen Kampagnen sind ebenfalls die finanziellen Vorteile der CBHI für den Einzelnen und die Familie wie auch die CBHI-Funktionsweise. Ziel dabei ist es, das Interesse der Menschen für die CBHI zu wecken (Patient#1, Absatz 50). Die CBHI für Hausangestellte wird gleichfalls thematisiert (Social Worker#1, Absatz 83). In Ruanda konnte im Laufe der Feldforschung beobachtet werden, dass viele Ruander trotz Sozialversicherungszwang ihre Hausangestellten nicht sozialversichern. Hausangestellte gehören der CBHI-Zielgruppe an, die im informellen Sektor beschäftigt ist. Massenmedien wie Facebook, Instagram und YouTube eignen sich sehr gut, um eine große Anzahl von Menschen kostengünstig und in der Breite zu erreichen (MSH, Absatz 6). Werbung muss verstärkt in den Zeiträumen Januar bis Juni vor der fälligen Erneuerung der CBHI-Mitgliedschaft betrieben werden. Die sozialen Medien spielen eine immer wichtigere Rolle bei den Aufklärungs- und Informationskampagnen im Rahmen der Sensibilisierungsmaßnahmen. Durch soziale Medien wie Instagram, YouTube, Facebook und Twitter können verstärkt junge Menschen angesprochen werden. Die vielfältige Einsatzmöglichkeit von sozialen Medien ermöglicht es, unterschiedlichste Gruppen zu erreichen. Insgesamt werden die Radiokampagnen und Schulungen von den Ruandern als positiv beeinflussend wahrgenommen, da sie ein Verständnis für den zeitlichen Ablauf und die CBHI-Funktionsweise schaffen, das vorab nicht existierte (Angestellter#1, Absatz 74; Angestellter#2, Absatz 67; Angestellter#3, Absatz 33; Angestellter#4, Absatz 51-53; Doctor#5, Absatz 65-70). Die meisten Befragten sind sich einig, dass der Schlüssel zum Erfolg die kontinuierliche Sensibilisierung der Zielgruppe ist (Doctor#6, Absatz 39,43; Doctor#7, Absatz 42).

Es gibt also unterschiedliche Vorgehensweisen: Versuchen externe Geber durch die Einbindung von „Alltagshelden“ wie einem Musikstar die Aufmerksamkeit der breiten Bevölkerung auf sich zu ziehen, wählt die ruandische Regierung die Einbindung von politischen und religiösen Autoritäten. Da die Mitgliederrate in und nach der Pilotphase stetig zunahm, ist von einer wirksamen Ausrichtung der Sensibilisierungskampagnen mit den passenden Akteuren auszugehen. Durch diese Volksnähe ist anzunehmen, dass die Zielgruppe die Inhalte mit größerem Verständnis aufnehmen konnte. Die ruandische Regierung hat durch den Einsatz religiöser sowie politischer Autoritäten einen Top-Down Ansatz gewählt. Die sinkende Mitgliederrate ist nicht mit wissenschaftlicher Evidenz auf diesen Ansatz zurückzuführen, jedoch lässt sich die

Vermutung äußern, dass dieser Ansatz weniger erfolgreich war und die Zielgruppe durch die gewählten Inhalte und Akteure nicht ausreichend erreicht wurde.

## 5.4 Traditionelle Medizin

Das vorangegangene Unterkapitel beschäftigte sich mit den beeinflussenden Aspekten, die in der Literatur genannten wurden und offensichtlich erschienen. Im Laufe der Feldforschung kristallisierten sich Faktoren heraus, die nicht offensichtlich, aber von großer Bedeutung für CBHI waren. Zu Forschungsbeginn spielte die traditionelle Medizin (TM) weder bei der Forschungsfrage oder der Literaturrecherche, noch bei der Konzeption des semi-standardisierten Interviewleitfadens eine Rolle. Aus einer Vielzahl von Gründen war die TM zunächst nicht präsent: Zum einen existierten zahlreiche positiv ausfallende internationale Berichte zum Konzept der CBHI und ihrer anschließenden scheinbar erfolgreichen Umsetzung. Zum anderen versuchte Ruanda, sich mit seinen ICT-Fähigkeiten und einer im afrikanischen Vergleich modernen technologisierten Medizin zu positionieren. Diese Tatsachen drängten zunächst das Konzept der TM in den Hintergrund. Besonders der Zusammenhang zwischen TM und der CBHI erschien im ersten Moment nicht offensichtlich. Die Gespräche während der Feldforschung zeigten die Aktualität und Bedeutung von TM für den ruandischen Alltag und die CBHI. Man kommt somit nicht umhin, sich mit der Bedeutung der TM für den Alltag vieler Ruander auseinanderzusetzen, wenn ein tieferes Verständnis für die möglichen Herausforderungen und Schwierigkeiten der CBHI gewonnen werden soll.

Die Assoziationen zur TM sind vielfältig und es erscheint schwierig, eine allgemeingültige Definition der TM für Ruanda oder Afrika zu formulieren (Rwangabo 1993: 15). Die WHO hat diesen Versuch unternommen. Sie definiert TM als:

*“[...] the sum total of the knowledge, skill, and practices based on the theories, beliefs, and experiences indigenous to different cultures, whether explicable or not, used in the maintenance of health as well as in the prevention, diagnosis, improvement or treatment of physical and mental illness.” (WHO o.J., b).*

TM wird durch traditionelle Heiler durchgeführt, die ihr Wissen ausschließlich verbal an die nachfolgenden Generationen weitergeben. Dabei werden grundsätzlich Informationen über ihrer „Kunst“ aufgrund von fehlendem Vertrauen, dem Wahren von Geheimnissen, der Wahrung ihres Status und ihres Rufes und zum Schutz ihrer Berufsgrundlage nicht mit Unwissenden und Außenstehenden geteilt. Die verschriebenen und verwendeten Medikamente im Rahmen einer traditionellen Behandlung unterliegen keinerlei Qualitätskontrollen. Über ihre Effektivität und

Sicherheit lassen sich keine verlässlichen Aussagen treffen. Eine Kontrolle der Wissensqualität und der Inhalte ist bei diesem Vorgehen nicht gewährleistet und erhöht die Notwendigkeit einer staatlichen Kontrolle zum Schutz der ruandischen Bevölkerung (MOH 2019:11,13). Eine Studie aus dem Jahr 1997, durchgeführt von Institute de Recherche Scientifique et Technologique, schätzt die Nutzung von TM anstelle von Schulmedizin (SM) durch ca. 80% der ruandischen Bevölkerung (MOH 2019: 8).

Wie stellt sich die Situation heute dar? Im öffentlichen Leben erschien TM kein sichtbarer Teil der ruandischen Gesellschaft zu sein, der seine gesellschaftlich kulturelle Berechtigung hat, da in den Gesprächen TM nirgends auftauchte. Es machte zunächst den Eindruck, dass TM keine bedeutsame Rolle für die Gesellschaft spielt. Es war zu dem Zeitpunkt anzunehmen, dass TM nur vereinzelt stattfindet und die ruandische Regierung den restlichen Zulauf zu TM zu reduzieren und wenn möglich zu unterbinden beabsichtigt. Im Zuge der CBHI-Einführung und der damit verbundenen Anbindung von SM an staatliche Institutionen versuchte die ruandische Regierung die Bedeutung von TM zu schwächen (Angestellter#1, Absatz 141). Beobachtungen im Feld erzeugten das Gefühl, dass die ruandische Regierung TM als „Konkurrenten“ der SM und damit für die CBHI betrachtet. Patienten der TM beanspruchen keine SM, infolgedessen die Wahrscheinlichkeit einer CBHI-Mitgliedschaft sinkt, weil die für den Menschen relevanten Leistungen der TM hier nicht abgedeckt sind. Nur durch eine Eliminierung der TM und den daraus resultierendem Nutzen von SM kann ein größerer Zulauf zur CBHI gewährleistet werden. Die Frage, inwiefern diese Annahme ihre Berechtigung hat, wird im Verlauf dieses Kapitels noch einmal aufgegriffen.

Die Feldforschung beweist die fortwährende Nutzung von TM: Viele Ruander ziehen die TM der SM vor. Doch was treibt Menschen an, diese Wahl zu treffen? In vergangenen Zeiten haben Ruander TM auf Grund der begrenzten Versorgungsmöglichkeiten aufgesucht. Auch spielen geographische Begebenheiten eine Rolle, da in einigen Gebieten Ruandas traditionelle Heiler verbreiteter und damit leichter zu erreichen waren, als Gesundheitszentren. Im Krankheitsfalle stellte sich daher die Frage nicht. Dieser Mangel an medizinischen Alternativen und die starke Präsenz von TM haben den fortwährenden Zulauf zur TM gesichert. Über viele Jahre hat sich ein Vertrauen zwischen traditionellen Heilern und Patienten entwickelt. Dieses Vertrauen ist einer der Hauptgründe, warum TM trotz stetig wechselnden Versorgungsmöglichkeiten der SM weiterhin vorgezogen wird. Es wird durch verbreitete Unwahrheiten und irreführende Aussagen bzgl. der SM noch gestärkt. Sie beziehen sich in vielen Fällen auf die Inbesitznahme des menschlichen Körpers durch einen Geist oder die Annahme, dass Mitmenschen den Kranken



„vergiftet“ haben. Diese „Krankheiten“ sind auf konventionellem Weg nicht heilbar und TM ist dann das Mittel der Wahl (Patient#16, Absatz 157,172; Doctor#3, Absatz 48; Patient#4, Absatz 218, Doctor#6, Absatz 33; Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 145).

Religion und Spiritualität spielen in Afrika eine bedeutende Rolle, ihr Wirken hat einen nicht unbedeutenden Einfluss auf Krankheit und Gesundheit. In traditionellen afrikanischen Gesellschaften, so auch in Ruanda, besteht der Glaube an neidische Nachbarn und böse Geister, die Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit nehmen (Mensah 2008:173f). Um das Anwendungsgebiet der TM erfassen zu können, muss der Begriff Krankheit in diesem Kontext verstanden werden. In der ruandischen Kultur wird Krankheit als „[...] *une atteinte portée au bien-être physique ou moral sous toutes ses formes* [...]“ betrachtet (Rwangabo 1993: 27). Dabei wird nicht in physische und psychische Krankheiten unterschieden. Die Ursache einer Krankheit liegt vielmehr außerhalb des Körpers. Das physische Leiden ist beispielsweise die Folge des Zorns der Geister oder einer Vergiftung über die Distanz. Es kann ebenfalls eine Strafe Gottes oder die Bestrafung einer Sünde sein. Die Betrachtung des Krankheitsspektrums von TM im Vergleich zu SM ist aufschlussreich. Aus der ruandischen Perspektive kann der Grund für Krankheiten physischer Natur mit einer Symptomausprägung wie bei „europäischen“ Erkrankungen sein. Die Behandlungen im Rahmen der TM beschränken sich dabei nicht ausschließlich auf die Behandlung von physischen oder psychischen Aspekten. Es geht vielmehr um eine ganzheitliche Behandlung des Menschen, bei der von einer innigen Verbindung von Körper und Geist ausgegangen wird. Neben der physischen Behandlung muss daher immer eine psychische Behandlung in Form von Ritualen erfolgen. Nur dann kann der Mensch wieder in den Zustand der Vollständigkeit und Heiterkeit und somit in den Zustand der Heilung versetzt werden. Ein Beispiel für ein solches Ritual ist der Exorzismus, um den Körper vom fremden Geist zu befreien. Somit gibt es einerseits organisch-systemische Krankheiten und andererseits psychomentele und verhaltensorientierte Krankheiten (Rwangabo 1993: 27-29). In der ruandischen Kultur spielen Vergiftungen durch Nachbarn, das nahe Umfeld oder fremde Personen eine große Rolle. Bei einem unklaren körperlichen Zustand oder nicht erklärbaren körperlichen und/oder geistigen Symptomen werden „Vergiftungen“ als die im Zweifelsfall allgemeingültige Erklärung herangezogen. Inwiefern diese Erklärung für die unterschiedlichen Fälle wirklich zutreffend ist, sei an dieser Stelle dahingestellt. Jedoch kann nicht vollständig von diesem Erklärungsmuster Abstand genommen werden, weil in einigen Fällen Vergiftungen als Krankheits- und Todesursache wirklich zutreffend sind (Rwangabo 1993: 27-29). Die fehlende Eindeutigkeit bei beispielsweise der Festlegung der Todesursache macht es unmöglich, TM

vollkommen aus der Lebensvorstellung vieler Ruander zu verbannen. TM bietet dort einen Erklärungsansatz, wo SM zu versagen erscheint.

TM wird in unterschiedlichsten Rahmen durchgeführt. Unterschieden werden muss an dieser Stelle zwischen TM, die von traditionellen Heilern durchgeführt wird und einer Form der TM, die von religiösen Gemeinschaften angeboten wird. Inwiefern zweiteres sich von ersterem unterscheidet, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden. In einigen Gesprächen wurde von einigen religiösen Gemeinschaften berichtet, die in und um Huye TM innerhalb der einzelnen freikirchlichen Gemeinschaften durchführen. Anhänger der Gemeinde sowie die traditionellen Heiler versprechen Heilung von körperlichen und geistigen Erkrankungen durch ihre Behandlungen. Diese sind im Gegensatz zu Besuchen in öffentlichen oder privaten Gesundheitseinrichtungen kostenfrei und damit besonders für sozial schwache Menschen attraktiv. Im Gegenzug zu den Behandlungen und den vermeintlichen Heilungen muss der Patient im Anschluss Mitglied der Religionsgemeinschaft werden. Der neue Glaube muss beispielsweise durch gemeinschaftliche Gemeindearbeiten praktiziert werden. Durch die teilweise hoch erscheinenden CBHI-Beiträge wirkt die TM durch religiöse Gruppen auf die Patienten günstiger, effektiver und persönlicher. Sie wird häufig bei fehlender CBHI vorgezogen, da eine Behandlung bei Eigenfinanzierung für sozial schwache Personen nicht erschwinglich wäre (Patient#13, Absatz 57; Patient#16, Absatz 184, 192, 200, 206; Fokusgruppengespräch 27.05.2017, Absatz 178-184).

Man kann jedoch die Versorgungssituation nicht ausschließlich auf die alternative Anwendung von ausschließlich TM oder SM reduzieren. In einigen Fällen kombinieren Menschen beide Formen von Medizin. Trotz des Vorhandenseins einer Form der Krankenversicherung und somit des vereinfachten Zugangs zu SM kann TM ergänzend in Anspruch genommen werden. In solchen Fällen erfolgt die Kombination aus konventioneller medikamentöser Therapie mit traditionellen Medikamenten. Beispielsweise werden Medikamente der TM zur Wehenförderung von Schwangeren oder zum Schutz des Kindes vor Hexerei eingenommen (Doctor#7, Absatz 38). Die vorangegangene Analyse und die Beobachtungen während der Feldforschung lassen zu dem Schluss kommen, dass für viele Menschen TM weiterhin ihre Berechtigung hat. Auch wenn das Verständnis für SM in den vergangenen Jahren gewachsen ist und die körperliche Symptombekämpfung durch SM erwünscht ist, scheint dieses Vorgehen vielen Menschen in Ruanda unzureichend zu sein. Beobachtungen während der Feldforschung zeigten, dass Menschen Abhilfe bei ihren heil- oder zumindest linderbaren Krankheiten und Symptomen wünschen. Die Feldforschung zeigt zugleich, dass sie trotz der sichtbaren Erfolge keinen Abstand

vom kulturell verankerten ganzheitlichen Glauben und der möglichen Existenz von Geistern und Vergiftungen nehmen können und wollen (Doctor#7, Absatz 40; Patient#13, Absatz 51).

Trotz der nicht unbedeutenden Nachfrage nach TM gibt es dennoch viele Menschen, die sich von ihr abgewandt haben. Welche Gründe liegen dem Bruch mit der ruandischen TM zugrunde? Die Behandlungskosten der TM können zu erheblichen finanziellen Schwierigkeiten führen. Gespräche während der Feldforschung offenbarten, dass kostenpflichtige Behandlungen im Rahmen der TM häufig kostenintensiv und ineffektiv sind. Für Behandlungen und Medikamente der TM müssen Patienten privat aufkommen. Die Patienten werden angeregt, immer weiter die Behandlungen mit kostspieligen traditionellen Medikamenten fortzusetzen, auch wenn die Behandlung nicht den gewünschten Erfolg erzielt. Die finanzielle Belastung kann viele Menschen in der Armutspiralen weiter nach unten befördern. Erst durch das Ausbleiben von Behandlungserfolgen oder die rapide Verschlechterung des Gesundheitszustandes werden Gesundheitseinrichtungen der SM aufgesucht. Bei Eintreffen des Patienten in einer Gesundheitseinrichtung ist oftmals keine kurative Behandlung mehr möglich. Die ausbleibende Heilung oder die ausbleibende vollständige Genesung schwächen das Vertrauen der Patienten in konventionelle Gesundheitseinrichtungen und das zuständige Fachpersonal. Sie erhalten den Eindruck einer effektlosen SM und fühlen sich bestärkt in ihrer Entscheidung für TM als Mittel ihrer Wahl. Die vorangegangene kostenintensive Behandlung beim traditionellen Heiler impliziert oftmals – wenn auch nicht immer – dass viele Menschen keine CBHI haben. Der darauf folgende Besuch in einer staatlichen Gesundheitseinrichtung kann anschließend mit hohen Kosten verbunden sein. Diese Kosten können oftmals nicht beglichen werden. In den schlimmsten Fällen werden aufgrund der aufgebrauchten finanziellen Mittel und der Sorge vor zu hohen Behandlungskosten keine Gesundheitseinrichtungen der SM aufgesucht (Doctor#3, Absatz 43, 48; Patient#4, Absatz 218; Doctor#6, Absatz 33).

In den Gesprächen zeigte sich, dass bei Vorliegen der CBHI die Wahl sehr häufig auf SM statt TM fiel. Einer der Gründe für diese Entscheidung kann die damit verbundene medizinische Rundumversorgung und die Gewährleistung von notwendigen Medikamenten sein. Diese sind durch den Versicherungsbeitrag abzüglich der Zuzahlungen vollständig gedeckt. Die Versicherung wurde bereits bezahlt und der Versicherungsschutz besteht, weshalb in vieler solcher Fälle SM bevorzugt wird. In den Gesprächen zeigte sich, dass in vielen Fällen die CBHI-Jahresgebühr einschließlich der Zuzahlungen zu Medikamenten und Krankenhausaufenthalten insgesamt niedriger ist, als der private Beitrag zur TM. Aufgrund des gegebenen finanziellen Vorteils durch die CBHI und dem Vertrauen vieler Menschen in Ärzte und Pflegekräfte und in ihre

medizinischen Fähigkeiten, wird SM häufig der TM vorgezogen (Patient ohne KV#10, Absatz 108; Patient ohne KV#13, Absatz 162; Fokusgruppe 27.05.2017, Absatz 148). Die Gespräche erweckten immer wieder den Eindruck, dass die persönlich erlebten Erfahrungen mit den Behandlungskosten in der TM ausschlaggebend für die Wahl zwischen TM oder SM waren. Es war nicht der fehlende Glaube an die Macht und Bedeutung von TM, die zur Abkehr führte. Entscheidend war einzig und allein das Kostenargument. In dem Moment, in dem der finanzielle Vorteil der CBHI gegenüber den Kosten der TM schwerer wog, fiel die Entscheidung zugunsten von SM. In Bezug auf die CBHI stellt sich jedoch die Frage, ob der Kostenvorteil auf lange Sicht ausreicht, um für die ruandische Bevölkerung attraktiv zu sein, wenn weiterhin partiell kostenfreie TM durch religiöse Gemeinschaften zur Verfügung steht.

Da bisher stets die Rede von ineffektiven und nicht standardisierten qualitätsgeprüften Behandlungen die Rede war, soll dieser Aspekt hier kurz beleuchtet werden. Bereits in der Alma Ata-Deklaration aus dem Jahr 1978 wurde die Bedeutung der TM zur Erreichung universellen Gesundheitsversorgung hervorgehoben. Im Jahr 1984 legte das WHO Regional Committee for Africa seinen Mitgliedern nahe, die Ausübung von TM staatlich zu regulieren und in das nationale Gesundheitssystem einzugliedern. Ausreichend finanzielle Mittel sollen Entwicklungen zu einer effektiven TM unter staatlicher Kontrolle gewährleisten. Dabei wird TM bei Prävention, Diagnostik und bei der Behandlung von physischen und mentalen Krankheiten eingesetzt (MOH 2019: 4). Zum heutigen Zeitpunkt existiert nur eine begrenzte Anzahl von wissenschaftlichen Studien zur Effektivität, Effizienz und Sicherheit von Medikamenten der TM. Das unterstreicht die Notwendigkeit nach weiterer Forschung in diesem Bereich. Das MOH identifiziert im „*National Policy of traditional complementary and alternative medicine*“ vom Februar 2019 als Kernprobleme den großen Mangel an Informationen hinsichtlich der Qualifikation, Registrierung und dem Bildungshintergrund der Heiler sowie der Anzahl und Produkte, die im Rahmen der TM verwendet werden. Hinzukommt die ungeklärte adäquate Nutzung der Maßnahmen für einzelne Erkrankungen, der Gebrauch von nicht standardisierten Produkten und der Mangel an adäquaten Einrichtungen für die Durchführung von TM (MOH 2019: 8, 10f). Laut eines Artikels der Zeitung The New Times sagte ein Mitarbeiter des MOH, dass Medikamente der TM auf ihren Nutzen untersucht werden sollen und anschließend bei existierender Effektivität in das ruandische Gesundheitswesen eingebunden werden (The New Times 2017). Das MOH sieht durch seine Maßnahmen der vergangenen Jahre (Schulungen, Monitoring) eine Verbesserung der Gesamtsituation. Gleichzeitig wird der Berufsstand des traditionellen Heilers unter Berücksichtigung der kulturellen Aspekte gewahrt. Das MOH räumt ein, dass dies nur in Teilen Ruandas möglich war und perspektivisch weitere Teile Ruandas von diesen Maßnahmen

profitieren müssen. Insgesamt wird die Professionalisierung dieser Tätigkeit bei Gewährleistung von Qualitätsstandards, Organisation, Service und Logistik angestrebt (MOH 2019: 15). Ein Zeitungsartikel aus dem Jahr 2019 unterstreicht die gezeigte Tendenz: Ruanda verbietet die Bewerbung von allen medizinischen Produkten und Dienstleistungen unter Einschluss von TM, um die Bevölkerung vor missverständlichen und/oder falschen Informationen zu schützen. Gleichzeitig sollen ruandische Kräuterprodukte auf ihre Wirksamkeit überprüft werden, um sie anschließend ggf. in der SM einzusetzen (The East Africa 2019).

Die enge Verbindung zwischen TM und der CBHI ist auf den ersten Blick nicht offensichtlich, jedoch beeinflusst diese Verbindung stark die CBHI-Mitgliederrate. Die Komplexität dieser Verbindung wurde während der Feldforschung in den Gesprächen und Beobachtungen deutlich.

Die Bedeutung von staatlichen Eingriffen ist an diesem Punkt wichtig. Damit soll unter anderem das Verschleppen von Krankheiten oder eine falsche Behandlung durch TM vermieden werden. Es wurde eingangs gesagt, dass der Staat aktiv in Monitoring und Schulungen von TM und traditionellen Heilern investiert. Diese veränderte Verhaltensweise gegenüber TM spiegelt den Wandel wider, der in dem Regierungspapier des MOH „*National Policy of traditional complementary and alternative medicine*“ vom Februar 2019 sichtbar wird. Auch wenn dies eine brandaktuelle Entwicklung zu sein scheint, waren während der Feldforschung keine Ansätze davon offensichtlich. Mehr noch erschien es, als würde die ruandische Regierung TM mit allen zur Verfügung stehenden Mitteln unterbinden. Keine positiven Kampagnen waren sichtbar, keiner der Gesprächspartner sprach von Schulungen für traditionelle Heiler und die Patienten von traditionellen Heilern berichteten nie von verifizierbaren Standardisierungsmaßnahmen. Es ist nicht klar, inwieweit es bereits zur Umsetzung dieser geplanten Maßnahmen kam bzw. noch kommt. Diese könnten positiv gewertet werden, da sie Beweis einer zunehmenden Akzeptanz von TM durch die ruandische Regierung wären. Es hat den Anschein, als ob die ruandische Regierung verstanden hat, dass TM auf Grund ihrer Historie und kulturellen Verankerung bei vielen Ruandern stets präsent bleibt und dass staatliche Interventionen dieses Band nicht vollständig auflösen können. Aus dieser (neuen) Erkenntnis speist sich möglicherweise die Idee, dass man das, was nicht unterbunden werden kann, zumindest kontrollieren sollte.

Die Notwendigkeit für die staatlichen Stellen, einen bewussten und reflektierten Umgang mit der TM zu suchen, erscheint unumgänglich. Durch Qualitätssicherung und Standardisierung von Behandlungen und traditionellen Medikamenten und Schulungen der Heiler kann TM kontrollierbarer und sicherer gemacht werden. Gleichzeitig muss die ruandische Regierung den Zuständigkeitsbereich von TM in Abgrenzung zur SM definieren und der Bevölkerung

verdeutlichen, sodass es zu keinen psychischen oder physischen Schäden an der Gesundheit der Patienten kommen kann. Kostenfreie TM darf kein Ersatz für SM sein. Eine Integration von SM und TM böte andererseits mittelfristig die Chance einer Steigerung der Mitgliederrate der CBHI und trüge zur finanziellen Nachhaltigkeit der CBHI bei.

## **5.5 Persönliche Erfahrungen und ihr Einfluss auf die Konsumpräferenzen**

Neben den bereits genannten Aspekten sind weitere Faktoren für die Bildung von Konsumpräferenzen entscheidend. Die fehlende Einsicht für die Wichtigkeit einer Krankenversicherung bei guter Gesundheit war ein weiterer Grund, die CBHI nicht zu einer Konsumpräferenz zu machen. Wenn ein Mensch gesund ist und die CBHI nicht beansprucht, wie es laut Gesprächen in Ruanda sehr häufig der Fall ist, hätte man die CBHI ein Jahr scheinbar ohne Nutzen in Relation zu den tatsächlich anfallenden Kosten erworben. Der Gedanke, dass bei guter Gesundheit die CBHI unnütz sei, herrscht bei vielen Menschen vor. Dadurch erschien die CBHI einigen Menschen unattraktiv, was dann nicht zur Erneuerung oder zum Ersterwerb der CBHI führte. Die Grundidee, dass die CBHI im Fall eines akuten Krankheitszustands finanzielle Entlastung bringt, wurde nicht verstanden oder nicht als vordringlich empfunden. Aus diesem mangelnden Verständnis heraus erfolgte die Entscheidung hinsichtlich der Konsumpräferenz gegen die CBHI (Angestellter#1, Absatz 70; Angestellter#2, Absatz 56; Doctor#3, Absatz 30; Doctor#6, Absatz 31; Patient#10, Absatz 52; RSSB#1, Absatz 3; Patient ohne KV#15, Absatz 63). Dies kann ebenfalls als Zeichen des Scheiterns oder zumindest als eine nur begrenzte Effektivität der Sensibilisierungsmaßnahmen interpretiert werden. Es zeigt insbesondere die Wichtigkeit von persönlichen Erfahrungen für die individuelle Bildung von Konsumpräferenzen.

In einigen Fällen wurde deutlich, dass Menschen sich trotz zahlreicher Sensibilisierungskampagnen der CBHI verschließen und eine andere Konsumententscheidungen treffen, ohne dass ihre Motivation eindeutig war (Angestellter#6, Absatz 32). Es stellte sich die Frage, welche Faktoren die Konsumpräferenz über die Sensibilisierungskampagnen hinaus beeinflussen. Hier wurde in den Gesprächen immer wieder deutlich, dass die CBHI erst im Krankheitsfall bei wachsenden Kosten an Interesse gewann (Patient ohne KV#1, Absatz 92; Patient ohne KV#14, Absatz 46; Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 131). Der CBHI-Erwerb wird fälschlicherweise mit einer Garantie der medizinischen Heilung gleichgesetzt. Wenn der Patient dann auf Grund einer progressiven oder vorher nicht behandelten Krankheit keine Heilung erfährt, nimmt der Glaube in die CBHI ab. In dieser falschen Vorstellung liegt die Krux. Stattdessen muss den potenziellen Versicherungsnehmern verdeutlicht werden, dass die CBHI nicht nur finanzielle Abhilfe im Krankheitsfall leistet, sondern gleichfalls bei der Inanspruchnahme von

Präventionsleistungen hilft. Diese Präventionsleistungen dienen zur frühzeitigen Erkennung von Krankheiten und machen eine frühe Behandlung mit höheren Erfolgsaussichten möglich. Das prinzipielle Verständnis vieler Ruander hinsichtlich einer Krankenversicherung muss zur Prävention hin geschult werden, damit die CBHI eine höhere Anerkennung und folglich eine bessere Akzeptanz erfährt. Nur dann kann bei negativen Erfahrungen die CBHI zu einer Konsumpräferenz mit hoher Zahlungsbereitschaft werden.

Aus dieser Krankheitssituation ergeben sich zwei Möglichkeiten: Der Patient erhält bei fehlender CBHI keine Behandlung oder er erhält trotz fehlender Krankenversicherung eine Behandlung. Einen Wechsel der Konsumpräferenz gaben einige Gesprächspartner nach einer guten Erfahrung mit dem Gesundheitssystem an. Dabei erfolgte eine medizinische Behandlung trotz fehlender CBHI, was sie zum Umdenken angeregt hat (Social worker#1, Absatz 62; Social worker#3, Absatz 89; Angestellter#5, Absatz 37). Es liegt die Vermutung nahe, dass die positive Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem das Bedürfnis nach mehr medizinischer Betreuung geweckt hat. Um diese bei geringen finanziellen Eigenmitteln zu erlangen, ist die CBHI die einzige Möglichkeit.

Während der Feldforschung zeigte sich, dass die Arzt-Patienten-Beziehung<sup>44</sup> ein weiterer, wenn nicht sogar der bedeutsamste Aspekt ist, der die Konsumpräferenz beeinflusst. Gleich zu Beginn lässt sich sagen, dass keine eindeutige Aussage darüber gemacht werden kann, inwiefern und ob die Arzt-Patienten-Beziehung Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen die CBHI nimmt. An dieser Stelle soll nur auf ihre Bedeutung hingewiesen werden. Die Arzt-Patienten-Beziehung scheint nicht wesentlich durch den Bildungsabschluss des Personals beeinflusst zu sein, da dem Patient dieser nicht bekannt ist. Selbst bei Bekanntsein des Bildungsabschlusses kann dieser nicht in einen Kontext mit einer Behandlung gesetzt werden (Angestellter#3, Absatz 91). Aus westlicher Perspektive ist diese Beurteilung im ersten Moment überraschend. In vielen Fällen wird bei der Auswahl eines Facharztes in Europa auf sein Fachwissen und seine Reputation geachtet. Sie sind für den Patienten sogar teilweise eher ausschlaggebend als die Distanz zum Arzt oder die in Kauf zu nehmenden langen Wartezeiten. Basierend auf diesem Wissen baut sich in vielen Fällen eine stark vertrauensbasierte Beziehung auf. Allerdings zeigt dieser kleine Vergleich, dass die Übertragung westlicher Maßstäbe in den ruandischen Kontext nicht immer sinnvoll ist. Die geringe Anzahl an Ärzten und Pflegepersonal in Ruanda vor dem

---

<sup>44</sup> Aus Gründen der Vereinfachung wird von Arzt-Patienten-Beziehung gesprochen, gemeint ist gleichfalls die Beziehung zwischen dem Patienten und dem Gesundheitspersonal wie Pflegern, Krankenschwestern, Hilfsschwestern, etc..

Hintergrund der begrenzten finanziellen Mittel macht eine persönliche Auswahl unmöglich. Dankbarkeit auf Grund der Möglichkeit, einen Arzt und weiteres Gesundheitspersonal aufsuchen zu können, steht vor dem Bedürfnis, eine Wahl zu haben. Dieses Beispiel zeigen auch die unterschiedlichen Behandlungs- und Anspruchsstandards, die gesundheitsrelevante Entscheidungen beeinflussen.

Die Arzt-Patienten-Beziehung kann dennoch einen positiven Einfluss auf den CBHI-Erwerb haben. Patienten haben durch die CHBI das Gefühl, seltenen und nicht selbstverständlichen Zugang zu Ärzten und einer guten medizinischen Behandlung zu erhalten, was sie im Erwerb der CBHI bestärkt (Angestellter#2, Absatz 162). Auch GGH werden von den Patienten gut angenommen, sie besuchen den Patienten in seiner gewohnten Umgebung, die in einigen Fällen nicht in der Nähe eines Gesundheitszentrums, liegt. Weite und damit verbundene möglicherweise kostspielige Wege müssen nicht auf sich genommen werden. Die GGH sind befugt, einzelne Medikamente, z.B. für Malariabehandlung, auszuhändigen. Schneller Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen über die GGH wirkt sich positiv auf den CBHI-Erwerb aus (Patient ohne KV#9, Absatz 40). Patienten haben zudem grundsätzlich Vertrauen in die Fähigkeiten der Ärzte. Patienten kennen deren individuellen Bildungsstand nicht, da diese im Gegensatz zu GGH "richtige" Untersuchungen durchführen und auf deren Basis sie eine fundierte Diagnostik betreiben. Diese Professionalität auf einer wissenschaftlichen Grundlage ist für den Patienten erkennbar und vertrauenswürdig. Der Patient vertraut dem Arzt und möchte weiterhin eine solche Behandlungsqualität genießen, was ihn bestärkt, die CBHI-Mitgliedschaft zu erwerben (Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 116; Angestellter#3, Absatz 98). Die Erfahrung guter medizinischer Behandlungen ist oft der ausschlaggebende Punkte für oder gegen die CBHI. Die entscheidenden Indikatoren seitens des Patienten sind zum einen die von ihm erfahrene persönliche Zuwendung durch das Gesundheitspersonal und zum anderen die Verbesserung seines Gesundheitszustandes. Kann der Patient hier auf selbst gemachte positive Erfahrungen verweisen, ist er motiviert, die CBHI zu erwerben und dafür in seinem Umfeld zu werben (Angestellter#4, Absatz 104, 116; Patient#10, Absatz 98; Patient#12, Absatz 181; Patient ohne KV#7, Absatz 143; Social worker#1, Absatz 95).

Nicht in allen Fällen ist die Behandlungsqualität beeinflussend auf die Konsumpräferenz, sie ist für einige Patienten jedoch unerheblich, da die Behandlung durch die CBHI kostenfrei ist. In diesem Sinne meint die Behandlungsqualität den Umgang zwischen Gesundheitsfachpersonal und Patient, da der Ausgang einer medizinischen Behandlung nicht in aller Vollständigkeit bestimmt werden kann. Unabhängig von der erbrachten Behandlungsqualität erhält der



Patienten immerhin eine Behandlung – in welcher Form auch immer - was auf die CBHI zurückzuführen ist. Die Behandlungsqualität ist laut Gesprächen bei versicherten und nicht-versicherten Patienten nicht unterschiedlich, da der Arzt vor der Behandlung nicht den Versicherungsstatus des Patienten kennt. Eigentlich würde der Patient ohne die CBHI keine Behandlung oder keinen kostenfreien Transfer in ein Krankenhaus erhalten, was die CBHI unabhängig von der Behandlungsqualität attraktiv werden lässt (Angestellter#4, Absatz 104; Patient#7, Absatz 125; Doctor#3, Absatz 70). Über die medizinische Behandlung hinaus gibt das Klinikpersonal in einigen Fällen Essen aus, was die Menschen berührt und zum Nachdenken anregt.<sup>45</sup> Bei einem unvorhersehbaren Krankenhausbesuch bemerken nicht CBHI-versicherte Patienten, welche umfangreichere Behandlung krankenversicherte Menschen erhalten, was den Wunsch nach einer gleichen Behandlung weckt (Patient ohne KV#5, Absatz 117; Patient ohne KV#9, Absatz 104; Patient ohne KV#14, Absatz 138).

Die Arzt-Patienten-Beziehung kann sich gleicherweise negativ auf den CBHI-Erwerb auswirken. Einer der Hauptgründe gegen den CBHI-Erwerb in Folge einer problematischen Arzt-Patienten-Beziehung ist die Unwissenheit des Arztes zu den gesetzlichen und strukturellen Begebenheiten der CBHI und des Gesundheitswesens. Im Zuge dessen kommt es zur Verschreibung von nicht CBHI-erstattungsfähigen Medikamenten. Diese sind für den Patienten oftmals sehr kostspielig und führen zu Unmut bzw. zum Unwillen des Patienten, die CBHI zu erwerben. Es kann daraufhin zu einer Verschlechterung der Arzt-Patienten-Beziehung kommen (Doctor#6, Absatz 63). Verschreibungspflichtige Medikamente können zu einem weiteren Problem führen: Aufgrund der langen Erstattungsdauer der Kosten verschreiben oder verkaufen manche Ärzte und Apotheker ungerne CBHI getragene Medikamente. Lukrativer ist das Verschreiben von Medikamenten, die der Patient sofort eigenständig bezahlen muss, da so keine finanziellen Schwierigkeiten entstehen. Dieses gewinnorientierte Verhalten ist für die Patienten offenkundig, was wiederum das Vertrauen in die CBHI und vor allem in die Ärzte schwächt (MSH, Absatz 12; Doctor#3, Absatz 70; Fokusgruppe 31.05.2017, Absatz 26). Aus diesem Grund müssen mehr Transparenz und finanzielle Anreize für die CBHI-Ärzte geschaffen werden.

Wenn Menschen bei Krankheit nicht ausreichend versorgt werden bzw. keine Besserung eintritt, schreibt man dies häufig dem Arzt und der Behandlung zu. Was dabei außer Acht gelassen wird, ist das schlechte medizinische Equipment der Krankenhäuser oder fehlende

---

<sup>45</sup> Das ruandische Gesundheitswesen sieht keine Speisung der Patienten in allen Krankenhauseinrichtungen vor. Die Patienten müssen sich selbst durch Verwandte mit Essen und Trinken versorgen. Besonders, wenn die Gesundheitseinrichtung weit vom Wohnort entfernt liegt, ist das für viele Menschen eine unüberwindbare Herausforderung.

Medikamente, die für den Beginn einer kurativen Behandlung notwendig sind - und nicht jede Krankheit hat gute kurative Aussichten. Diese Negativerfahrung übertragen viele Menschen auf die von der CBHI unter Vertrag genommenen Ärzte. Anschließend nehmen viele Menschen Abstand von der CBHI, weil sie mit der erbrachten medizinischen Behandlung unzufrieden waren und die CBHI im Rahmen ihrer Behandlung als ineffektiv betrachten (Patient#2, Absatz 62). Auch strukturelle Schwierigkeiten können einen negativen Einfluss auf die zwischenmenschlichen Beziehungen nehmen: Durch den hohen Andrang in den Gesundheitseinrichtungen, besonders den Gesundheitszentren als erste zu durchlaufende Instanz, kann das Personal den Anforderungen nicht immer gerecht werden, was zu einer Abnahme der Servicequalität führt. Patienten fühlen sich nicht kompetent behandelt und gut aufgehoben, was einen negativen Einfluss auf die Arzt-Patienten-Beziehung und damit auf den CBHI-Erwerb haben kann (Angestellter#3, Absatz 98).

## **5.6 Das Fazit**

Ist diese Arbeit zunächst von einem Dreieck ausgegangen, stellte sich während der Forschung heraus, dass weitaus mehr Faktoren Einfluss auf die Konsumpräferenzen haben. Der Gesamtzusammenhang, in dem die drei oben genannten Faktoren stehen, ist weitaus komplexer. Zweifelsohne legt Bildung die Grundlage für ein breites CBHI-Verständnis. Gleichzeitig ist Bildung aber kein Garant für den CBHI-Erwerb. Derweil können Sensibilisierungsmaßnahmen besser durch Bildung verstanden werden, wodurch die Konsumpräferenz zu Gunsten der CBHI ausfallen kann. Bei der Konsumpräferenz ist der Nutzen eines Gutes entscheidend. Hier zeigte sich während der Forschung eine erste Einschränkung der Theorie: Sofern die Rede vom Verständnis der CBHI ist, muss es ebenfalls das Erkennen des Nutzens der CBHI einschließen. Bildung hat nachweislich einen Einfluss auf die Nutzererkennung, ist allerdings kein Garant dafür. Wenn der Konsument den Nutzen der CBHI nicht verstehen kann oder will, kann sich die CBHI nur erswert zu einer Präferenz des Konsumenten entwickeln. Damit einhergehend kann (k)eine rationale Entscheidung getroffen werden. Rationalität setzt Wissen und Verständnis voraus, auf Basis dessen rationale Entscheidungen im Sinne einer Konsumpräferenz getroffen werden können. Begg (2013) weist auf die Beeinflussung der Präferenz durch Überzeugungen, Kultur und soziale Verhaltensweisen hin. Dieser Hinweis führt zu den Sensibilisierungsmaßnahmen. Der (partielle) Erfolg der Sensibilisierungsmaßnahmen wurde oben dargestellt. Sofern sie von der Bevölkerung angenommen wurden, führten sie in großem Umfang zum CBHI-Erwerb. Es besteht somit die Möglichkeit, durch sie Einfluss auf die Konsumenten zu nehmen und den Nutzen der Dienstleistung Versicherung zu demonstrieren. Dieser Einfluss muss nur in der richtigen

Art und Weise und in der richtigen Frequenz ausgeübt werden.

Der Preis eines zu konsumierenden Gutes und damit verbunden die Zahlungsbereitschaft ist einer der entscheidendsten Faktoren. Das Einkommen des Konsumenten lässt sich nicht von der Zahlungsbereitschaft trennen. An dieser Stelle kann auf Kapitel 4.3 verwiesen werden, in dem die Bedeutung der Beitragshöhe für den CBHI-Erwerb dargestellt wird. Aus Gründen der Vollständigkeit soll die Bedeutung des Einkommens in diesem Kontext hier kurz aufgegriffen werden. Beobachtungen während der Feldforschung haben den starken Einfluss der teilweise begrenzten finanziellen Mittel, die dem Konsumenten zur Verfügung stehen, auf seine Präferenzentwicklung belegt. Es erfolgt vor einer Kaufentscheidung zunächst die Priorisierung der Bedürfnisse: Zuerst müssen Grundbedürfnisse wie Nahrung und Wohnraum befriedigt werden, bevor Sekundärbedürfnisse wie Gesundheit und damit einhergehend das Sparen von Geld für den CBHI-Erwerb befriedigt werden können.<sup>46</sup> Der Erhalt der Gesundheit zählt an sich zu den menschlichen Grundbedürfnissen, allerdings kommt sie erst nach der Nahrungssicherung. Dies mag daran liegen, dass der Konsument, solange er eine gute physische Kondition hat, nicht die Notwendigkeit sieht, für zukünftige Behandlungskosten zu sparen. Vor dem Hintergrund der knappen finanziellen Ressourcen ist die Präferenzwahl nachvollziehbar. Dieser Punkt illustriert die geringere Bedeutung von Bildung und Sensibilisierungsmaßnahmen in einer Situation, in der Grundbedürfnisse nicht befriedigt werden können. An dieser Stelle lässt sich Camerons et al. (1988) Argument aufgreifen, wonach Menschen mit geringem Einkommen eine geringeren Bereitschaft haben, sich krankenzuversichern. Die vorliegende Untersuchung kann sich diesem Argument anschließen, ebenso wie dem Argument, dass bei höheren Eigenkosten die Nachfrage nach einer Krankenversicherung steigt. Der häufig höhere Kostendruck durch die Eigenfinanzierung von Behandlungskosten war laut Forschung eines der stärksten Argumente für die CBHI. Nach Cameron et al. (1988) beeinflusst die Unsicherheit über den eigenen zukünftigen Gesundheitsstatus die Entscheidung für oder gegen eine Krankenversicherung. Die in Ruanda geführten Gespräche und Beobachtungen gehen nicht in diese Richtung. Es zeichnete sich nicht ab, dass die Antizipation einer zukünftigen Situation entscheidend war. Vielmehr ist davon auszugehen, dass momentan bei den meisten Ruandern eine für eine positive Entscheidung ausreichende Voraussicht (noch) nicht vorhanden ist. Auch die begrenzten finanziellen Mittel der Konsumenten und das jeweilige Krankheitsverständnis können zur mangelnden Voraussicht

---

<sup>46</sup> Eine Übersicht über die Anordnung von Bedürfnissen hat der Forscher Abraham Maslow (1908-1970) entwickelt. Die gemachten Beobachtungen sind deckungsgleich mit der Maslow'schen Bedürfnispyramide.

führen. In einem Land, in dem chronische Erkrankungen wie Diabetes Mellitus und Bluthochdruck steigen und beispielsweise Malaria eine große Herausforderung darstellt, ist Voraussicht gleichermaßen notwendig.

Trotz aller Bemühungen und Interaktionen besteht weiterhin bei vielen Menschen kein Verständnis für den mit der CBHI verbundenen Sparmechanismus. Auf die Notwendigkeit von Bildung und Sensibilisierungsmaßnahmen wurde bereits hingewiesen. Die vorliegende Untersuchung ergab, dass es nicht nur fehlendes Wissen, sondern vor allem die fehlende Einsicht für die Notwendigkeit sind, die die Verbreitung der Versicherung noch einschränken. Informationen können bereitgestellt werden, doch bei einer inneren Ablehnung werden sie nicht angenommen. In solchen Fällen wiegt die Erfahrung mehr, als Wissen. Ausschlaggebend waren in vielen Fällen die aus dem persönlichen Erleben gewonnenen Erfahrungen. Diese Erfahrungen beziehen sich oft auf den finanziellen Missstand, der durch die Behandlungskosten bei Nachbarn und Familienangehörigen entstanden ist. In diesem Zuge darf die Bedeutung von TM für den Entscheidungsprozess nicht fehlen. Die Ausführungen haben gezeigt, dass TM weiterhin einen Platz in der ruandischen Kultur und im ruandischen Leben hat. Nicht zu vergessen die Tatsache, dass die teilweise kostenfreie TM Menschen in Notsituationen geholfen hat. Diese Hilfe und Jahrzehnte lange persönliche Erfahrungen haben TM in Zeiten der modernen Technik konserviert. Erfahrungen hinterlassen einen stärkeren Eindruck und wecken das notwendige Interesse für eine Versicherung oder erzeugen Desinteresse. Theoretisches Wissen über die CBHI kann oft abstrakt sein und verwirrend wirken. Beobachtbar war immer wieder die Distanz zur CBHI auf Grund ihrer komplexen administrativen Strukturen. Aus diesen Strukturen können sich persönliche negative Erfahrungen entwickeln.

## ***Kapitel 6: Zusammenfassung, Diskussion und Schlussfolgerung***

---

*Das finale Kapitel fasst die Forschungsergebnisse zusammen und diskutiert diese anschließend. Die Dissertation schließt ein wissenschaftliches Resümee mit einem wissenschaftlichen Ausblick und Handlungsempfehlungen ab.*

### **6.1 Zusammenfassung und Diskussion der Forschungsergebnisse**

Die Forschung ergab an vielen Stellen teilweise unerwartete, wie auch zu erwartende Ergebnisse. Die Krankenversicherung steht zentral für einen Mechanismus, der Menschen davor absichert, in eine finanzielle Abwärtsspirale durch Krankheit und damit verbundene Behandlungskosten zu gelangen. Gleichzeitig soll sie den Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen gewährleisten. Die Weltbank bewies bereits im Jahr 2015, dass 400 Millionen Menschen keinen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen haben. Die größte Gefahr liegt dabei in der Verschuldung durch die Begleichung von medizinischen Rechnungen, was die Notwendigkeit einer Krankenversicherung unterstreicht. Entgegen der allgemeinen Vorstellung ist Afrika kein Kontinent ohne Krankenversicherungen. Zahlreiche Ländern wie Ghana, Kenia, Äthiopien und Ruanda zeigen mehr oder weniger gelungene Ansätze einer flächendeckenden Krankenversicherung. Besonders erfolgreich präsentiert sich Ruanda im afrikanischen Vergleich. Ruanda besticht durch seine vergleichsweise hohe CBHI-Mitgliederrate, bei der sich in den vergangenen Jahren allerdings ein Abwärtsentwicklung abzeichnete. Der geschichtliche Rückblick zeigt schon in der Vergangenheit Ansätze von Gesundheitsinitiativen und Vorläufern von (kurzlebigen) Krankenversicherungen mit unterschiedlichen Erfolgsaussichten. Zweifelsohne unterstreichen diese Bemühungen die Fortschritte Ruandas im Gesundheitsbereich, die überwiegend nach dem Genozid realisiert wurden.

Ruanda erfüllt im afrikanischen Vergleich scheinbar viele notwendige Voraussetzungen, um mit einem Entwicklungsstaat verglichen werden zu können und damit sticht es im afrikanischen Vergleich hervor. Besonders in den statistischen Angaben im Gesundheitsbereich zeichnet sich eine positive Tendenz ab. Zahlreiche Gesundheitsindikatoren haben sich im Verlauf der vergangenen 25 Jahre stark verbessert. Nichts desto trotz stellt sich, wie eingangs beschrieben, darauf aufbauend die Frage, wieso Ruanda im Vergleich zu anderen afrikanischen Ländern erfolgreicher erscheint. Dabei soll explizit die Frage beantwortet werden, ob die ruandische CBHI als erfolgreich oder erfolglos bei der Beurteilung ihrer Zugangsfähigkeit bezeichnet werden kann. Die vorliegende Arbeit hat die CBHI strukturell untersucht sowie persönliche Beweggründe für oder gegen den Eintritt in die CBHI erhoben. Es kann zusätzlich die Frage

beantwortet werden, ob ein System funktionierender Krankenversicherungen als eine Ausprägung des *developmental states* gefasst werden kann. Die folgende Zusammenfassung setzt die einzelnen Forschungsergebnisse in einen Gesamtzusammenhang und diskutiert ihren Einfluss auf die Bereitschaft der Menschen, der CBHI beizutreten. Anschließend sollen Schlussfolgerungen aus den Forschungsergebnissen gezogen werden. Ein wissenschaftliches Resümee mit abschließenden Handlungsempfehlungen schließt die Dissertation ab.

Eine Diskussion der Forschungsergebnisse kann nicht ohne eine Diskussion des Forschungsdesigns geführt werden. Dessen Stärke liegt in seiner Interdisziplinarität. Durch die Anwendung der ethnologischen Methodik sowie die gemischte Zusammensetzung der Gesprächspartner konnte multiperspektivisch auf die CBHI geblickt werden. Die teilweise vorbestimmte Auswahl der Gesprächspartner hatte weniger Einfluss auf die Forschungsergebnisse als zunächst angenommen. In der Analyse der Interviews offenbarte sich die Gesprächsbereitschaft und der damit verbundene Informationsgehalt. Sobald der *Gatekeeper* abwesend war, kamen viele unvorhersehbare Informationen zum Vorschein, die die Forschung bereicherten. An dieser Stelle darf nicht die in Ruanda eingeschränkte Meinungsfreiheit, besonders in den Medien und der Wissenschaft, unerwähnt bleiben. Dies wird vor allem im Ausland kritisch gesehen. Durch die Entscheidung vieler Ruander, frei ihre Meinung kundzutun, entstand eine für die Forschung bedeutsame inhaltliche Vielfalt. In den Gesprächen entstand der Eindruck, dass die Menschen diese Möglichkeit nutzen wollten, um konstruktive Kritik zu üben oder Verbesserungsvorschläge äußern zu können. Allen voran erschien es, als würden sie die Gespräche zum Aufzeigen von alltagsrelevanten Schwachstellen nutzen wollen und sich deshalb nicht von den typischen Repressalien einschüchtern lassen. Vorab hätte man durch die eingeschränkte Meinungsäußerung von einer eindimensionalen Forschung ausgehen können, was die Ergebnisqualität stark gemindert hätte. Die partiell kritisch geäußerten Meinungen beweisen aber, dass die Forschungsergebnisse nicht allein auf regierungskonformen Meinungen aufbauen. Das wiederum führt zur Steigerung des Forschungsgehalts und seiner Qualität. Der semi-standardisierte Fragebogen ermöglichte ein zeitlich effektives Vorgehen, um innerhalb der begrenzten Zeit möglichst viele Forschungsergebnisse zu erzielen. Gleichzeitig boten die semi-standardisierten Fragen ausreichend Freiraum, um frei geäußerte und differenzierte Antworten erhalten zu können.

Die inhaltliche Diskussion soll mit den anfangs genannten theoretischen Konzepten beginnen. Einleitend wurde das Solidarprinzip, die zentrale Funktionsweise einer gesetzlichen Krankenversicherung, erläutert. Die Forschung zeichnet diesbezüglich ein eindeutiges Bild: Viele Ruander verstehen trotz des offenkundigen Nutzens der CBHI nicht das sich dahinter verbergende

Solidarprinzip. Durch das mangelnde Verständnis des Solidarprinzips erscheint es vielen Menschen nicht schlüssig, in die CBHI einzuzahlen, besonders, wenn sie im vergangenen Jahr keine Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch genommen haben. Hier stellt sich die Frage, inwieweit Sensibilisierungsmaßnahmen ein Verständnis dafür schaffen könne. Das unzureichende Verständnis für das Solidarprinzip unterstreicht in der Tat die Notwendigkeit Sensibilisierungsmaßnahmen durchzuführen.

Bei der inhaltlichen Diskussion dürfen die eingangs definierten drei theoretischen Begriffe Adverse Selection, Moral Hazard und Excess Burden nicht fehlen. Nach den Forschungsergebnissen lassen sich die Begriffe im Falle Ruandas anwenden und führen zum folgenden Schluss: Kann man von Adverse Selection im Zusammenhang mit der CBHI sprechen? Im Falle der CBHI herrscht wie bei jeder anderen Krankenversicherung eine Informationsasymmetrie. Ganz eindeutig hat die vorliegende Untersuchung die Abwanderung von „guten Risiken“ illustriert. Gute Risiken kann man in diesem Kontext als gesunde und junge Menschen definieren. Bei gleichen finanziellen Ressourcen verweigerten junge gesunde Menschen sich häufiger als kranke ältere Menschen der CBHI. Moral Hazard konnte gleichfalls nachgewiesen werden. CBHI-Versicherte haben eine höhere Neigung, Gesundheitsdienstleistungen zu beanspruchen, als Nichtversicherte. Dabei wurde in einem informellen Gespräch die „Übernutzung“ der CBHI deutlich. CBHI-Versicherte beanspruchen verstärkter die CBHI, nicht weil ein höherer Bedarf besteht, sondern um maximalen Nutzen aus der bereits bezahlten CBHI zu „ziehen“. Und das leitet zum Excess Burden über: Inwiefern nun die Vielzahl an Gesundheitsdienstleistungen effektiv zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung beiträgt, ist im Rahmen dieser Forschung nicht nachweisbar. Statistisch gesehen haben Krankheiten wie Diabetes Mellitus oder Bluthochdruck stark zugenommen. Gleichzeitig nahmen andere Krankheiten wie HIV ab. Es lässt sich an dieser Stelle und zum jetzigen Zeitpunkt wissenschaftlichen nicht nachweisen, dass diese Entwicklungen ursächlich mit der CBHI zusammenhängen. Die Anwendung der drei theoretischen Konzepte auf den Forschungsgegenstand zeigt das Zutreffen aller drei negativen Faktoren, was die finanzielle Nachhaltigkeit der CBHI dauerhaft negativ beeinflussen wird (siehe Kapitel 4.8).

Von der Theorie geht es zu den strukturellen Bedingungen der CBHI: Die Struktur des ruandischen Gesundheitssystems orientiert sich vollkommen an der organisatorischen Unterteilung Ruandas in Sektor, Distrikt, etc.. Die Kapitel 4.1 und 4.5 illustrieren die unterschiedlichen Facetten der ruandischen Administration. Sie ist nicht nur für den CBHI-Erwerb und die Erneuerung ist bedeutsam, sondern ebenfalls für den Erhalt der Forschungsgenehmigung spielte sie

eine beachtliche Rolle. Die in der Forschung selbst erlebten, teilweise sehr verwobenen Strukturen schaffen eine große Intransparenz und schwer überwindbare Barrieren. Durch die Beantragung einer Forschungsgenehmigung konnten eigene Erfahrungen mit der Administration erworben werden, die ein Verständnis für die Schwierigkeiten der Ruander bei administrativen Prozessen schaffen (siehe Kapitel 3.4).

Die intransparenten und teilweise unverständlichen administrativen Strukturen, vor allem bei dem Vorgang des CBHI-Erwerbs, waren in den Interviews dauernd präsent. Die vorliegende Forschung stellte unterschiedliche Abläufe des gleichen Vorgangs dar, die sich teilweise mehr oder weniger stark voneinander unterschieden. Ausgezeichnet werden die unterschiedlichen Abläufe durch administrative Schleifen, verwirrende Angaben zu den einzelnen Instanzen und administrative Hürden, entstandene Fehler zu beheben. Wie kann das in einem so bürokratischen und scheinbar gut organisierten Land wie Ruanda passieren? Wie können sich verschiedene Abläufe in den einzelnen Regionen etablieren, die von den Vorgaben eines zentralen Staates abweichen? Einen eindeutigen Erklärungsansatz für dieses Phänomen bieten die Forschungsergebnisse nicht. Die Forschungsergebnisse bilden die Grundlage für folgende Annahmen: Die ruandische Regierung hat einen Weg zum CBHI-Erhalt vorgegeben, der sich in der Praxis als nicht immer realisierbar erweist. So werden durch das zentrale System die Gemeinden nicht ausführlich informiert, da auf den langen Verwaltungswegen Informationen verloren gehen. In einigen Fällen kann davon ausgegangen werden, dass die Gemeindevorsteher oder Autoritäten innerhalb der Gemeinden aufgrund der räumlichen Distanz zur ruandischen Zentralregierung autonom Abwandlungen an den einzelnen Vorgänge vornehmen. Dies dient einerseits der Machtdemonstration, andererseits aber der Vereinfachung des Vorganges. Durch die räumliche Distanz fallen nicht nur Kontrollstellen weg, es verändern sich ebenfalls die Strukturen innerhalb der Administration. Die Menschen auf dem Land verfügen nicht über die gleiche elektronische Ausstattung wie in Kigali, der Zugriff auf die online Ubudehe-Database ist somit nicht immer gegeben. Stromausfälle auf dem Land tun ihr Übriges. Eine zentrale Regierung kann nur dann ihre Vorstellungen umsetzen, wenn ebenso die entlegensten Regionen staatlich überprüft werden. Sie müssen über die notwendigen technischen Mittel verfügen, die zur Ausführung von zentral organisierten staatlichen Strategien und Vorgaben notwendig sind. Bei der Betrachtung der Forschungsergebnisse entsteht nicht der Eindruck, als dass die einzelnen Gemeinden sich vollständig kontrollieren lassen würden. Die Gemeinden können gleichzeitig nicht als Ganzes mitgestalten, sondern nur Einzelpersonen über Entscheidungsbefugnisse verfügen. Inwiefern diese tatsächlich bestehen, sei an dieser Stelle dahingestellt. Als Beispiel kann der Erhalt der Forschungsgenehmigung für diese Arbeit erneut herangezogen werden. Aus



staatlicher Sicht waren alle Voraussetzungen erfüllt und die Erlaubnis erteilt. Eine einzelne Person in Huye im Krankenhaus hat neue, ergänzende Anweisungen gestellt. Machtlos angesichts dieser Situation blieb nur die Befolgung der Anweisungen, um zeitnah die Forschung durchzuführen zu können. Diese Episode zeigt gleichermaßen die personenbezogene Abhängigkeit wie auch die Intransparenz der bürokratischen Strukturen. Warum greift die ruandische Regierung in solche verqueren Prozesse nicht aktiv ein? Ein möglicher Erklärungsansatz ist die Ohnmacht der ruandischen Regierung gegenüber praxisorientierten Problemen. Die CBHI ist eines der größten Projekte Ruandas nach dem Genozid. Durch internationale Unterstützung waren die Implementierung und Finanzierung ermöglicht worden. Die anschließende Durchführung und die Aufrechterhaltung der CBHI wurden partiell unzureichend begleitet. Die ruandische Regierung muss sich nun allein mit den im Alltag aufkommenden Problemen auseinandersetzen und scheint hierbei in einigen Bereichen überfordert zu sein. Hinzukommt der mangelnde Wille seitens der Regierung, Anpassungen im Sinne von Vereinfachungen vorzunehmen.

Gestalten sich heute die administrativen Strukturen kompliziert und undurchschaubar, so zeigte sich in der Pilotphase der CBHI ein anderes Bild. Die Pilotphase war von niedrigen Beiträgen und einer relativ durchsichtigen Struktur geprägt. Der Vorgang des Beitritts beinhaltete wenige Prozessschritte, was im Laufe der Gespräche stets als erwünscht bezeichnet worden war. Dieser simple Prozess wurde von der Bevölkerung positiv angenommen und führte historisch betrachtet wahrscheinlich zum Anstieg der CBHI-Mitgliederrate. In den Gesprächen kam immer wieder eine „Sehnsucht“ nach der Pilotphase zum Vorschein, die sich neben der Beitragshöhe vor allem auf den administrativen Vorgang bezog. Es stellt sich die Frage, warum es zur Verkomplizierung des Verfahrens kam. Es können nur Annahmen von den Forschungsergebnissen abgeleitet werden, allerdings spielen die Beitragshöhe und -berechnung eine wesentliche Rolle. Diese beiden Aspekte sind an das Ubudehe-System gekoppelt. Die Beitragshöhe und -berechnungen empfanden viele Ruander zu Beginn der CBHI-Einführung als ungerecht. Damals wurden die Ubudehe-Kategorien eingeführt und im Verlauf modifiziert. Die Grundidee sind einkommensabhängige Beiträge im Sinne einer faireren Beitragsberechnung. Die Ausgestaltung hingegen zeichnet sich als sehr schwierig ab. Besonders der Kategorisierungsvorgang wird stetig kritisiert (siehe Kapitel 4.2.2). Um die Ziele der Versicherung erreichen zu können, wurden neue administrative Strukturen benötigt, da sie über die Zeit und mit zunehmenden Aufgaben immer komplexer und intransparenter wurden. Die erneute Kategorisierung im Falle einer falschen Kategorie erscheint immens schwierig und ist einer der Gründe für den fehlenden CBHI-Erwerb oder die CBHI-Erneuerung. Im Gesamtkontext betrachtet zeigen sich hier gleichfalls

teilweise undurchsichtige und komplexe administrative Strukturen, die in einigen Fällen den Zugang eher behindern als erleichtern. Die Gesprächspartner scheuten keinen Vergleich zu den Strukturen von RAMA und MMI, die als wesentlicher simpler und zugänglicher empfunden wurden. Im Vergleich zur Pilotphase ist die Beitragshöhe der CBHI an die sozio-ökonomische Lebenssituation angepasst, was als eine Verbesserung verstanden werden kann. Allerdings besteht weiterhin starker Optimierungsbedarf, um Prozesse und Bürokratie zugänglicher und die CBHI damit nachhaltiger zu gestalten.

Die Beitragsorientierung an der sozio-ökonomischen Lebenssituation in Form der Ubudehe-Kategorien ist zentral. Diese Interdependenz zwischen Ubudehe-Kategorien und CBHI ist eine Schwachstelle in der CBHI. Die Ubudehe-Kategorien beeinflussen die CBHI-Beiträge und diese sind mitunter der ausschlaggebende Faktor für oder gegen den CBHI-Erwerb. Bei den Ubudehe-Kategorien wie auch beim CBHI-Erwerb zeigen sich ausgeprägte Verwaltungsstrukturen, die zuweilen einer Form der Willkür und der Intransparenz gleichkommen. Die vorliegende Forschung zeigte zwar einerseits die teilweise unüberwindbaren strukturellen Hürden, die zum Nichterwerb der CBHI und zur Exklusion aus weiteren staatlichen Programmen führten, andererseits zeigte sich gleichermaßen eine starke Tendenz zur Weiterentwicklung des Systems. Durch die Anpassung und Vereinfachung der Kategorien ist die ruandische Regierung auf die Bedürfnisse der ruandischen Bevölkerung ein Stück weit eingegangen. Das System wurde übersichtlicher und die einzelnen Kategorien voneinander deutlicher unterscheidbar. Verständlicherweise versuchen möglichst viele Ruander, der Kategorie 1 anzugehören, um kostenfreien und zuzahlungsbefreiten Zugang zum Gesundheitswesen und weiteren staatlichen Programmen zu erhalten. Im Sinne der Nachhaltigkeit und Fairness kann die Regierung nicht allen Zugang zu diesem Status gewähren. Die kontinuierliche Verbesserung der Ubudehe-Kategorien in ihrer Gesamtheit zeigt den staatlichen Versuch, auf aktuelle Bedürfnisse einzugehen und damit mehr Fairness innerhalb der Gesellschaft zu erreichen. Dieses Vorgehen trägt zur finanziellen Nachhaltigkeit des Systems bei.

Die CBHI ist überwiegend geberfinanziert. Die Einnahmen durch die CBHI-Beiträge decken zum jetzigen Zeitpunkt nicht die Ausgaben und ohne eine dauerhafte externe Finanzierung erscheint die CBHI nicht nachhaltig (siehe Kapitel 4.8). Es soll aber nicht unerwähnt bleiben, dass sich die meisten Krankenversicherungen auf der Welt finanziell nicht tragen. Krankenversicherungen sind stets ein Zuschussgeschäft, bei dem die Differenzbeträge entscheidend sind. Im Unterschied zu Ruanda können andere Länder die Defizite zwischen Einnahmen und Ausgaben durch eigene finanzielle Mittel decken. Die ruandische Regierung bemüht sich, ein

finanziell nachhaltiges System aufzubauen, hat jedoch auf Grund der geringen Einnahmehasis und dem limitierten staatlichen Haushalt nur begrenzte Möglichkeiten, dieses Ziel zu erreichen. Auch wenn eine durchgehende finanzielle Nachhaltigkeit nicht auf Basis größerer Einnahmen durch Mitgliedsbeiträge erreicht werden kann, ist die Erweiterung der Einnahmehasis zwingend erforderlich. Die Kollektivversicherung anstelle der Einzelversicherung, die einmonatige Sperrfrist und die Überzeugung von momentan noch nicht versicherten Ruandern trügen erheblich dazu bei. Auch hier spielen Sensibilisierungsmaßnahmen eine bedeutende Rolle. Nur bei einem ausreichenden Verständnis für die Sinnhaftigkeit der Kollektivversicherung im Sinne des Solidarprinzips kann die Bereitschaft steigen, alle Familienmitglieder zu versichern. Obwohl die Intention der Kollektivversicherung nachvollziehbar ist, ist sie zum jetzigen Zeitpunkt erst begrenzt wirksam. Durch die Kollektivversicherung werden besonders einzelne Menschen mit einem erhöhten Risiko, zu erkranken, ausgeschlossen. Durch die Nichtversicherung steigt das Krankheitsrisiko und damit einhergehend sinken die Heilungsaussichten aufgrund der Unzulänglichkeit des öffentlichen Gesundheitswesens. Trotz der Notwendigkeit einer Kollektivversicherung darf die ruandische Regierung vulnerable Bevölkerungsgruppen mit begrenzten finanziellen Ressourcen nicht ausschließen. Es konnte keine stichhaltige Begründung dafür gefunden werden, dass die ruandische Regierung keine Schutzmechanismen für diese Bevölkerungsgruppe außerhalb der Ubudehe-Kategorien etabliert hat. Der dringende Bedarf für alternative Schutzmechanismen ist aber evident. Zweifelsohne sollte durch die korrekte Eingruppierung in die Ubudehe-Kategorie dieses Problem vermieden werden, was aber im Alltag nur begrenzt realisierbar ist. Die ruandische Regierung weiß um die Exklusion eines Teiles der Gesellschaft durch den Kollektivzwang. Es sind zurzeit allerdings keinerlei Bemühungen oder Initiativen zur Inklusion erkennbar. Es bleibt die Frage, wie Ruanda an der Weiterentwicklung der CBHI und seines Gesundheitssystems effektiv und nachhaltig arbeiten will, wenn elementare Grundfragen nicht geklärt werden.

Wann immer es um den Prozess und den Zeitpunkt der Beitragserhebung geht, darf der Aspekt Sparen der CBHI-Beiträge nicht fehlen (siehe Kapitel 4.4). An dieser Kaskade lässt sich gut illustrieren, dass die unterschiedlichsten Aspekte miteinander verbunden sind und Einfluss aufeinander ausüben. Wie wirken nun Sparen, Beitragserhebung und Beitragsentrichtungszeitpunkt zusammen? Die CBHI mit ihrem Solidarprinzip und ihren administrativen Strukturen war für die Ruander zum Zeitpunkt der Einführung ein überwiegend neues Konzept gewesen. Wissen und Kenntnisse hinsichtlich dieser Neuerung bestanden nicht, weshalb die CBHI meist keine Konsumpräferenz war. Dies führte letztendlich zur Durchführung von Sensibilisierungsmaßnahmen. Gegenstand dieser Maßnahmen waren u.a. die Strukturen der Versicherung, der

Ablauf des Aufnahmeverfahrens und der Entrichtungszeitraum. Das Konzept Sparen verankerte sich im Verhalten vieler Ruander. Aus dem generiertem Wissen entwickelte sich die CBHI über die Zeit zu einem präferierten Konsumgut. Die Feldforschung zeigte, dass Sensibilisierungsmaßnahmen im Laufe der Zeit abnahmen, wodurch die Konsumpräferenzen sich bedingt wieder weg von der CBHI verschoben. Die Forschung brachte ebenfalls zum Vorschein, dass TM, persönliche Erfahrungen und die Arzt-Patienten-Beziehung einen weitaus größeren Einfluss auf die CBHI-Entscheidung nehmen, als zunächst angenommen. Das Ausklammern dieser Aspekte wäre unverantwortlich. Eine zeitgemäße Auseinandersetzung mit diesen Aspekten ist unumgänglich und für den CBHI-Zugang und seine finanzielle Nachhaltigkeit unerlässlich.

Auch Sparen und Bildung sind inhaltlich eng miteinander verbunden. Bildung kann das Verständnis für Sparen schulen und stärken. Wie die Forschung allerdings zeigt, muss das nicht zwangsläufig passieren. Was bedeutet das nun konkret für die CBHI? Zum Zeitpunkt der Forschung schienen Sensibilisierungsmaßnahmen laut der Gesprächspartner nicht mehr so häufig durchgeführt zu werden. Durch die fehlenden Maßnahmen sind viele Ruander nicht umfassend aufgeklärt. Der Beitragserhebungszeitpunkt wird offen nach außen kommuniziert, wenn jedoch die Beitragssumme nicht vorhanden ist, ist das irrelevant. Es scheint, als würde die ruandische Regierung davon ausgehen, dass weitere intensive Sensibilisierungsmaßnahmen nicht mehr notwendig sind. Dieser Irrglaube in Kombination mit den bereits genannten Aspekten kann als möglicher Grund für den Rückgang der Mitgliederzahlen in Folge der Zugangsbarrieren verstanden werden. Es müssen mehr Sensibilisierungsmaßnahmen zum Thema Sparen durchgeführt werden und dies vor allem vor dem Hintergrund des Verbotes von CBHI-ausgerichteten Tontines. Verständlicherweise will die ruandische Regierung vor missbräuchlichen CBHI-ausgerichteten Tontines schützen, jedoch reichen die initiierten Maßnahmen nicht aus, um diese Tontines wirkungsvoll zu ersetzen. CBHI-ausgerichtete Tontines sind für viele Ruander attraktiv, da sie einerseits einen persönlichen Rahmen schaffen und zum Sparen anregen und gleichermaßen Informationen innerhalb der Gruppe ausgetauscht werden können. Viele Ruander sparen bei ausreichenden finanziellen Mitteln auf den Entrichtungszeitpunkt hin, aber nur, wenn das notwendige Wissen vorhanden ist.

Bei der Analyse des Entrichtungszeitraums kam wie bereits in Kapitel 4.3 beschrieben der Wunsch nach einem flexibleren Entrichtungszeitraum zum Vorschein. Die organisatorischen und finanziellen Zustände lassen dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht zu. Flexiblere Entrichtungszeitpunkte verursachen hohe Kosten, die negativ für die finanzielle Nachhaltigkeit der CBHI

sind. Dieser Sachverhalt scheint nach außen hin unzureichend kommuniziert zu sein, was auf Unverständnis bei der ruandischen Bevölkerung stößt. Wenn CBHI-ausgerichtete Tontines verboten werden, sie allerdings helfen, den Entrichtungszeitraum einzuhalten und die Beiträge zusammen sparen zu können, werden Alternativlösungen notwendiger denn je. Verstärkte Sensibilisierungsmaßnahmen zum Sparen, zum Thema Entrichtungszeitraum und zu alternativen Sparformen sind zweifelsohne unumgänglich und müssen dringender denn je behandelt werden.

Hier wird ein zentraler Punkt der Forschung in einem veränderten Kontext sichtbar, der bereits in Kapitel 5 hervorstach: Die persönlichen Erfahrungen. Neben allen zugänglichen Informationen sind die persönlichen erlebten Erfahrungen oder Erfahrungen aus dem direkten Umfeld der Person stärker beeinflussend, als bloße Sensibilisierungsmaßnahmen oder Bildung. Dazu zählen wie in Kapitel 5.4 und Kapitel 5.5 dargestellt die Arzt-Patienten-Beziehungen oder TM. Allgemeine Sensibilisierungsmaßnahmen dürfen die Bedeutung dieser persönlichen Erfahrungen nicht ausschließen oder vernachlässigen. In vielen Interviews gewann man den Eindruck, dass die ruandische Regierung persönliche Kontakte zum Großteil der Bevölkerung eher meidet. Durch die geschaffene Distanz wird die CBHI und das eigenständige Sparen zu etwas Abstraktem. Das wird verstärkt durch Sensibilisierungsmaßnahmen demonstriert, die politische und religiöse Würdenträger als Werbeträger fokussieren. Die Analyse der Interviews brachte deutlich zum Vorschein, dass die persönliche Beziehung der staatlichen „Autoritäten“ zur ruandischen Bevölkerung nicht nur am effektivsten zur Stärkung der CBHI beiträgt, sondern gleichfalls von den Ruandern stark gewünscht ist. Persönlich ausgerichtete Sensibilisierungsmaßnahmen können Sparanregungen und Informationen zum strukturellen und administrativen Verständnis der CBHI geben. Damit werden bildungsferne Familien, CBHI-Gegner und bis dato nicht angesprochene Ruander erreicht und die CBHI zu einer nationalen Konsumpräferenz auserkoren.

Wenn die strukturellen, administrativen und persönlichen Hürden bewältigt wurden, stellt sich die Frage, welche Leistungen man durch die CBHI erworben hat. Durch die CBHI ermöglichte Behandlungen und ihre Qualität sind wichtige Kriterien für oder gegen den Erwerb der CBHI. Und hierin liegt das Problem: Wenn Medikamente der SM nicht zu subventionierten CBHI-Preisen erhältlich sind, rückt die scheinbar kostengünstigere bzw. kostenlose TM in den Fokus. Die Interviews erweckten den Eindruck, dass die ruandische Regierung die angespannte Medikamentenversorgung außer Acht lässt. Stets bemüht um administrativ korrekte Lösungen vernachlässigt die ruandische Regierung bei ihrer Umsetzung von Reformen und Bestrebungen

das persönliche Bedürfnis der Menschen, kostengünstig und kontinuierlich Medikamente beziehen zu können. Die ruandische Regierung scheint gleichzeitig die Medikamentenengpässe gegenüber der Bevölkerung nicht ausreichend verständlich zu kommunizieren, was für die Bevölkerung wie übersehen wirkt. Das kann zum Aufsuchen privater Apotheken und zur Abwanderung von der SM und damit einhergehend von der CBHI zur TM führen. Es ist unklar, ob der ruandischen Regierung dieses Problem unbekannt ist oder ob sie es bewusst zu diesem Zeitpunkt übersieht, da sie keine kontinuierliche Medikamentenzufuhr gewährleisten oder Alternativlösungen anbieten kann.

Die Medikamentenversorgung kann nicht losgelöst von den Zuzahlungen betrachtet werden. Für medizinische Behandlungen wie auch für Medikamente müssen CBHI-Versicherte zuzahlen. Größtenteils findet das widerspruchsfrei statt, da die Sinnhaftigkeit eindeutig ist und die Beträge im Verhältnis zu den vollen Behandlungskosten niedrig erscheinen. Die Untersuchung zeigt allerdings, dass es eine nicht geringe Anzahl an Menschen gibt, die kein Verständnis für Zuzahlungen aufbringen. In diesem Punkt besteht eine starke Verbindung zwischen dem Verständnis für Zuzahlungen und dem Mangel an Verständnis für Zuzahlungen. Sensibilisierungsmaßnahmen haben darauf Einfluss. In diesem Punkt besteht eine starke Verbindung zwischen dem Verständnis für Zuzahlungen, was durch Sensibilisierungsmaßnahmen gestärkt wird. Ob und inwieweit Sensibilisierungsmaßnahmen diesbezüglich durchgeführt wurden, konnte nicht bestimmt werden. In jedem Fall scheinen Sensibilisierungsmaßnahmen hinsichtlich Zuzahlungen nicht ausreichend intensiv oder langfristig genug durchgeführt worden zu sein. An dieser Stelle kann wieder auf die Notwendigkeit solcher Maßnahmen verwiesen werden und auf die Frage nach der fehlenden ruandischen Achtsamkeit gegenüber diesem Thema. Bei einer verständlichen Verdeutlichung der Notwendigkeit für Zuzahlungen könnte die allgemeine Akzeptanz steigen, was zum langfristigen Anstieg der Mitgliederzahlen führen kann.

Immer wieder klang in der Dissertation die prekäre finanzielle Situation der CBHI an. Die deutsche EZ war maßgeblich an der Entwicklung, Implementierung sowie Finanzierung der CBHI beteiligt. Das deutsche Fachwissen und jahrelange Arbeit vor Ort bildeten eine geeignete Vertrauensbasis und die notwendige Grundlage für eine erfolgreiche Zusammenarbeit. Es war nicht nur die CBHI-Implementierung, bei der die deutsche EZ mitwirkte, sondern zusätzlich die Entwicklung der Ubudehe-Kategorien und die Bereitstellung von finanziellen Mitteln. Der DEval-Bericht bringt die partielle ruandische Überforderung zum Ausdruck: Eine Überforderung, die während der Durchführung der Forschung zeitweise sichtbar war und die im Laufe der Jahre nicht ab, sondern zunahm. Die ruandische Regierung verfolgte eine Politik der

Aufteilung der einzelnen Entwicklungssektoren unter den verschiedenen „Geberländern“, wodurch Deutschland den Gesundheitssektor verlassen hat. Diese Entscheidung war einseitig und konnte durch die deutsche Regierung trotz der Bekundung größten Interesses an einer Weiterarbeit im Gesundheitssektor nicht mehr rückgängig gemacht werden. Unter diesen Umständen hätte Deutschland alles tun müssen, damit die Programme im vorgeplanten Sinne weiterlaufen und eine beratende Expertise in Bezug auf die CBHI und den Ubudehe-Kategorien gewährleistet ist. Besonders über die Interdependenz von Ubudehe-Kategorien und CBHI-Mitgliedschaft hätte die deutsche EZ sich auf Grund ihrer Expertise und ihrer Erfahrungen mit anderen Ländern intensiver austauschen müssen.

Abschließend lässt sich sagen, dass die ruandische CBHI vor großen strukturellen und finanziellen Herausforderungen steht. Dabei sind die Vereinfachung des Verfahrens zum CBHI-Erwerb, der Vorgang der Ubudehe-Kategorisierung und seine Modifizierung Herausforderungen der Zeit. Nur so können Zugangsbarrieren minimiert und die Mitgliederanzahl gesteigert werden. Dabei darf die Bedeutung von persönlichen Erfahrungen und TM neben den bereits benannten Aspekten nicht vernachlässigt werden. Wie die Forschung bewiesen hat, haben diese Aspekte starken Einfluss auf die persönliche Entscheidung für oder gegen den CBHI-Eintritt. Dabei ist eine steigende Mitgliederanzahl für die finanzielle Nachhaltigkeit essenziell. Nur so kann die ruandische Regierung der möglichen Kostenexplosion der nächsten Jahren auf Grund von Übernutzung der Gesundheitsdienstleistungen durch eine schnell wachsende Bevölkerung entgegentreten.

## **6.2 Die ruandische CBHI ein Leuchtturm Afrikas?**

Die eingangs gestellte Forschungsfrage, ob Ruanda aufgrund seiner CBHI als *developmental state* – zumindest im Gesundheitssektor rein in Bezug auf die CBHI - betrachtet werden kann, soll mit Hilfe der Forschungsergebnisse beurteilt werden. An dieser Stelle werden die wichtigsten Forschungsergebnisse mit der in Kapitel 2 genannten Theorie verbunden. Zunächst zeigen die wirtschaftlichen Zahlen im Überblick Ruandas Abhängigkeit von ausländischer Hilfe. *Developmental state* meint Entwicklungsbestreben verbunden mit einem nachhaltigen Wirtschaftswachstum. Einige Indikatoren sprechen offensichtlich dafür, jedoch nicht alle. Die Debatte im Kapitel 2.1 verdeutlicht die Schwierigkeiten im Umgang mit den offiziellen ruandischen Wirtschaftszahlen. Aus diesem Grund fällt eine eindeutige Beurteilung des Attributs *developmental state* für Ruanda schwer. Johnson führt aus, dass ein *developmental state* von starken Entwicklungsbestrebungen und Wirtschaftswachstum als oberstem Ziel geprägt ist. Auf Ruanda bezogen findet sich das Attribut Entwicklungsbestrebungen in der bereits dargestellten

*Vision 2020* mit seinem Fokus u.a. darauf, eine flächendeckende Krankenversicherung zu implementieren. Hinsichtlich des Wirtschaftswachstums beinhaltet die *Vision 2020* zudem weitere Aussagen, die allerdings für diese Forschung eine vernachlässigbare Rolle spielen und daher hier nicht weiter analysiert wurden.

Dieses starke ruandische Entwicklungsbestreben ist prioritär und bestimmt alle staatlichen Interventionen und Initiativen. Die CBHI ist in ihrer Struktur und Ausgestaltung mit einigen Ministerien wie dem MOH, dem MINALOC und MINECOFIN verbunden. Diese Aspekte machen Ruanda nach Johnson zum *interventionist state*. Johnson spricht im Sinne des *developmental states* von einer Bürokratie, die sich aus einer geschulten Elite zusammensetzt. Eine starke Bürokratie lässt sich eindeutig innerhalb der CBHI Strukturen wiederfinden. Bürokratie ist das Schlüsselement der CBHI, ob nun beim CBHI-Erwerb, der Erneuerung, bei der Einteilung in Ubudehe-Kategorien oder den CBHI-Abläufen innerhalb einer Gesundheitseinrichtung. Alle Abläufe unterliegen stark ausgeprägten bürokratischen Strukturen. Die Bürokratie wird überwiegend von geschultem Personal ausgeführt. Es ist aufgrund der weitläufigen Strukturen innerhalb der CBHI von keiner „Bürokratieelite“ auszugehen. Um den bürokratischen landesweiten Apparat angesichts des ruandischen Fachkräftemangels am Laufen zu halten, kann in dieser Größenordnung nicht von einer geschulten bürokratischen Elite nach Johnson gesprochen werden. Es ist umstritten, inwieweit das ruandische Entwicklungsbestreben am Beispiel der CBHI angesichts seiner weitläufigen und teilweise intransparenten Bürokratie als erfolgreich bezeichnet werden kann. Die Analyse offenbarte Stärken wie Schwächen, vor allem die ausufernde Bürokratie und die nicht klar geregelte Arbeitsteilung stehen im Mittelpunkt der Kritik. Als letztes Kriterium führt Johnson in seiner Definition die enge Verzahnung von Staat und Privatsektor an. Die vorliegende Forschung zeigt keine nennenswerte Verzahnung zwischen Staat und Privatsektor in Ruanda. Die CBHI liegt vollständig in staatlicher Hand. Die Entwicklung von CBHI-unterstützenden Apps soll die Einbindung von privaten Firmen wie auch kleineren Start-ups perspektivisch fördern. Der Staat ermutigt, wie von Johnson beschrieben, private Firmen, elektronisch basierte Lösungen für CBHI relevante Probleme zu entwickeln.

Bei Evans spielt der Begriff *embedded autonomy* eine zentrale Rolle, wobei soziale Infrastrukturen zum Erreichen von Entwicklungszielen und zur Ideengenerierung für den Transformationsprozess verwendet werden. Laut Evans ist das Vorhandensein einer Bürokratie zur Zielerreichung unabdingbar. Die Nutzung der bestehenden und bereits kulturell verankerten Ubudehe-Kategorien als Basis der Beitragsberechnung kann hier als geeignetes Beispiel



angeführt werden. Der Vorteil dieses Vorgehens liegt in der Einbeziehung bereits existierender Strukturen im Sinne der *embedded autonomy*, die für die Bevölkerung zu einem besseren Verständnis der Funktionsweise der Versicherung führt. Dieses Vorgehen soll die Verwirklichung der Entwicklungsziele vorantreiben. Durch die Ubudehe-Kategorien kommen verschiedene Akteure zusammen: CBHI-Versicherte, potenziell CBHI-Versicherte, CBHI-Personal, Ubudehe-Mitarbeiter usw.. Durch abgestimmtes Handeln dieser großen Anzahl an Akteuren können Entwicklungsbestrebungen effizient und effektiv umgesetzt werden. Nach Evans ist das Fehlen einer nutzbringenden Bürokratie Grund des Scheiterns eines Staates. In Bezug auf Ruanda kann unter Berücksichtigung der großen Anzahl von komplexen bürokratischen CBHI-Strukturen nicht von einer fehlenden, aber von einer fehlenden nutzbringenden Bürokratie gesprochen werden. Die Existenz von Bürokratie ist nicht nur verkomplizierend, sondern in einigen Fällen gleichfalls nutzbringend. Insgesamt überwiegen zum jetzigen Zeitpunkt noch die Mängel, sodass nur eingeschränkt von einem *developmental state* gesprochen werden kann.

Booth stellt für die entwicklungsintensivsten Zeiten eines Landes eine enge Verbindung zwischen Staat und Privatsektor bei staatlich geordneten Beziehungen fest. In Hinblick auf die in der vorliegenden Forschung aufgezeigten Entwicklungen im e-Bereich für die CBHI können die Forschungsergebnisse diese Aussage unterstützen. Das veränderte Entwicklungsbestreben Ruandas lässt sich besonders durch einen Blick in die Vergangenheit verdeutlichen. Nach dem Genozid wurden gesellschaftliche und politische Ziele neu definiert. Auch wenn viele Ziele bereits vor dem Genozid vordefiniert waren, fand danach eine Konkretisierung mit Aktionsplänen wie der *Vision 2020* statt. Booth hat den Begriff des *developmental patrimonialism* eingeführt. Das sind bürokratisch ausgerichtete Staaten mit einer Langzeitvision. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Anti-Korruptionsaktionen sind Charakteristika dafür. Inwieweit von einer interdisziplinären Zusammenarbeit im vorliegenden Fall die Rede sein kann, hängt vom Blickwinkel ab. Die ruandische Regierung hat bei der Konzeption viel Unterstützung von der deutschen EZ bekommen (siehe Kapitel 4.9). Diese setzt sich aus unterschiedlichsten Disziplinen zusammen, um verschiedenste Aspekte aufgreifen und sachgerecht bearbeiten zu können. Wie genau die ruandische Regierung ihre CBHI-Teams innerhalb der einzelnen staatlichen Institutionen zusammensetzt, lässt sich nicht sagen. Der vorherrschende Fachkräftemangel kann eine ausgewogene interdisziplinäre Zusammensetzung verhindern und eine monoperspektivische Entwicklung der CBHI gefördern. Somit kann von ruandischer Seite nur begrenzt von einer Interdisziplinarität gesprochen werden.

Die Untersuchung zeigte Züge von Korruption innerhalb der CBHI: Beispielsweise, wenn Dorfvorsteher bei der Ubudehe-Kategorisierung Menschen aus beruflichen oder persönlichen Gefälligkeiten einer falsche Kategorie zuweisen, um eine Person besser zu stellen.

Ruanda zeichnet ein zentrales Management und die Führung des Landes durch einen visionären Führer aus, wodurch ökonomische Zinsen langzeiteffektiv eingesetzt werden. In den geführten Interviews klang dies an vielen Stellen an. Auch die CBHI-Strukturen spiegeln ein zentrales Management wider, bei dem alles zentral aus Kigali gesteuert wird. In Ruanda kann in einem afrikanischen Vergleich von einem starken Wirtschaftswachstum gesprochen werden, wenn auch die aktuellste Debatte einige Fragen aufwirft (siehe Kapitel 2.1). Ruanda erweckt den Anschein, als würden generierte Zinsen aus dem Wirtschaftswachstums zur Realisierung von Entwicklungsbestrebungen wie der CBHI-Implementierung beitragen. Von Ruanda als einem kompetenten technikorientierten Staat kann nur bedingt gesprochen werden. Immerhin gründet Ruanda vieler seiner Entscheidungen auf technologischen und wissenschaftlichen Erkenntnissen. Die kontinuierlichen CBHI-Veränderungen können als Umsetzung dessen verstanden werden. Die anderen zwei von Booth angesprochenen Eigenschaften (die Beteiligung wichtigster politischer Gruppen an den Vorteilen des Wirtschaftswachstums und ein solider politischer weitgehend prokapitalistische Rahmen) wurden im Rahmen der vorliegenden Forschung nicht identifiziert und können nicht beurteilt werden. Nichtsdestoweniger kann Booth in Hinblick auf Korruption anhand der Forschungsergebnisse widersprochen werden. Ansätze von Korruption zeigten sich vereinzelt bei dem Vorgang der Ubudehe-Kategorisierung. Zwar wird Korruption in den höheren Verwaltungsebenen mit abschreckender Wirkung bestraft, die Wirkung solcher Maßnahmen für die unteren Ebenen bleibt jedoch unzureichend.

Biedermann verwendet den Begriff *Window of opportunity*, wonach der Genozid von 1994 als eine „Chance“ verstanden werden kann. Im Kontext des Genozids klingt dieser Begriff zynisch und missverständlich, nichtsdestotrotz kann nicht verneint werden, dass es nach dem Genozid zu tiefgreifenden Veränderungen und Entwicklungen kam. Durch die physischen und psychischen Schäden war der Bedarf nach Gesundheitsdienstleistungen in der zweiten Hälfte der 90er Jahre besonders groß, was zu einer höheren Akzeptanz der Neuerungen führte. Die CBHI als ein Beispiel wurde von der Bevölkerung positiv angenommen und kann aus dieser Perspektive als Ausdruck von Entwicklungsbestrebungen gewertet werden.

Asche und Fleischer beschäftigen sich mit Ruanda und seinem ICT-Wesen. Ruanda hat in einem vergleichbaren kurzen Zeitraum ein komplexes Krankenversicherungssystem implementiert und Lösungen durch den ICT-Bereich entwickeln lassen, die zum Fortschritt und zum

Erfolg der CBHI beitragen. Die durch ICT entwickelten Systeme wie beispielweise TracNet und TracPLUS wurden in den geführten Gesprächen auch mit medizinischen Fachpersonal nicht benannt, was für eine unzureichende Bekanntheit der existierenden e-Lösungen im Gesundheitsbereich spricht. Die Entwicklungen im ICT-Bereich sind nicht nur Ausdruck einer engen Zusammenarbeit zwischen Staat und Privatsektor: Viele potenzielle e-Lösungen für die CBHI könnten Resultate von Start-ups sein, die aus der ruandischen Gesellschaft heraus gegründet sind. Sie sind gleichfalls Ausdruck einer *embedded autonomy* nach Evans. Es sind Problemlösungen, die aus der Mitte der ruandischen Gesellschaft stammen.

Aufgrund der unterschiedlichen Argumente, die auf den vorhergehenden Seiten vorgestellt wurden, stellt sich die abschließende Frage, ob Ruanda anhand seiner CBHI als ein *developmental state* bezeichnet werden kann. Die Summe der Forschungsergebnisse lässt den Schluss zu, dass Ruanda in vielerlei Hinsicht Eigenschaften eines *developmental states* zeigt. Ruanda weist ein starkes Entwicklungsbestreben und eine ausgeprägte Bürokratie auf, die in ihrer Effektivität und Effizienz allerdings noch starken Verbesserungsbedarf hat. Die von der Regierung veröffentlichten Zahlen hinsichtlich des „Wirtschaftswunders“ sind mit Vorsicht zu betrachten, was die aktuelle Debatte deutlich gemacht hat. Ruanda hat eine *embedded autonomy* durch seine Ubudehe-Kategorien, die die Grundlage für die CBHI-Beiträge bilden. Durch die Entwicklung von potenziellen e-Lösungen in Form von Apps besteht eine - momentan allerdings nicht stark ausgeprägte - Verzahnung von Staat und Privatsektor. Eine Bürokratie meint nicht zwangsläufig eine effektive und effiziente Bürokratie, wie die Forschung eindrücklich bewies. Viele Alltagsprobleme hinsichtlich der teilweise intransparenten Bürokratie sprechen gegen einen *developmental state*. Ruandas Entwicklungen im ICT-Bereich, die Einfluss auf den Gesundheitsbereich haben, unterstreichen die Entwicklungsbestrebungen eines *developmental state*. Die vorhandenen ICT-Fähigkeiten werden, gemessen an ihrem Potenzial, nicht ausreichend genutzt. Zusammenfassend kann Ruanda anhand seiner CBHI auf Grund der vorliegenden Forschungsergebnisse nicht vollständig als *developmental state* bezeichnet werden. Ruanda zeigt mit seiner CBHI in einigen Gebieten allerdings sehr starke Entwicklungstendenzen hin zu einem *developmental state*, der sich mit einem starken Willen zur Verbesserung der identifizierten Schwachstellen auszeichnet.

### **6.3 Wissenschaftliches Resümee**

Der aktuelle Stand der Wissenschaft legt seinen Augenmerk auf die vergleichsweise hohe Mitgliederrate der CBHI, ohne auf dessen Entwicklung explizit einzugehen. In der aktuellen Wissenschaft wurde die CBHI mit ihren Stärken und Schwächen sowie ihren Zugangsbarrieren

unzureichend behandelt. Diese Aspekte können nicht nur die vergleichsweise hohe Mitgliederate erklären, sondern gleichfalls ihren Rückgang. Die vorliegende Forschungsarbeit deckt diese wissenschaftlichen Fragestellungen gezielt ab. In diesem wissenschaftlichen Resümee sollen die Forschungsergebnisse kurz zusammengefasst werden (eine ausführliche Darstellung und Diskussion kann Kapitel 6.1 entnommen werden).

Meine Forschung identifizierte als eine der Schwächen der CBHI die verwobenen und intransparenten Strukturen. Besonders beim Erwerb oder der Erneuerung einer CBHI-Mitgliedschaft sind diese eine große Erschwernis. Diese komplexen CBHI-Strukturen werden durch die starke Interdependenz von Ubudehe-Kategorien und CBHI ergänzt. Dabei rückte der schwierige und intransparente Prozess zur Kategorisierung in die einzelnen Ubudehe-Kategorien wesentlich in den Vordergrund, der sich als stark verbesserungswürdig erwies. Von der Ubudehe-Kategorie hängt der CBHI-Beitrag ab. Die Beitragshöhe und der Entrichtungszeitpunkt sind prominente Aspekte der Forschung und illustrieren den notwendigen Verbesserungsbedarf. Sofern die Beiträge beglichen werden konnten, drängt sich die Frage nach dem Leistungskatalog der CBHI auf. Die Leistungs- und Medikamentenseite der CBHI wurde umfänglich in der vorliegenden Forschung beleuchtet, da sie sich als einer der zentralen Einflussfaktoren für oder gegen den CBHI-Erwerb herausstellte. Neben den genannten Faktoren, die nach einer Analyse überwiegend offensichtlich waren, brachte meine Forschung die Beziehung zwischen den Faktoren Bildung, Sensibilisierungsmaßnahmen, Konsumpräferenz, Arzt-Patienten-Beziehung und persönlichen Erfahrungen zum Vorschein. Diese Faktoren in diesem speziellen Zusammenhang waren zu Forschungsbeginn nicht offensichtlich und daher umso interessanter. Die enge Bindung der einzelnen Faktoren hat starken Einfluss auf die Entscheidung für oder gegen die CBHI und spielt folglich eine zentrale Rolle für die Forschung. Neben diesen überwiegend technischen und persönlichen Faktoren brachte die Forschung die prekäre finanzielle Situation der CBHI zum Vorschein. Die Bedeutung von internationalen Gebern für die CBHI und ihre finanzielle Nachhaltigkeit wurde daher ein wichtiges Thema für die Forschung.

Was eint nun all die genannten Forschungsergebnisse? All diese Ergebnisse wurden in der Fachliteratur nicht oder nicht in voller Ausführlichkeit behandelt. Vereinzelt gibt es Regierungsberichte, Publikationen der ruandischen Regierung oder wissenschaftliche Publikationen diesbezüglich. Einige Phänomene oder Aspekte wurden vereinzelt in der Fachliteratur genannt und wissenschaftlich untersucht. Andere Aspekte hingegen fanden bisher keinen Eingang in die Wissenschaft. Die Forschungsfrage in ihrer Komplexität behandelt damit ein vollkommen neues Themengebiet. Die Forschungsergebnisse belegen die Notwendigkeit weiterer

wissenschaftlicher Untersuchungen, die zur Verbesserung der CBHI und zu ihrem Fortbestehen beitragen. Aus den vorliegenden Forschungsergebnissen ergeben sich weitere interessante Ansatzpunkte für die Forschung, die auf Grund von begrenzten finanziellen und zeitlichen Ressourcen in diesem Rahmen nicht untersucht werden konnten. Es lassen sich daraus drei große potenzielle Themengebiete für zukünftige Forschung ableiten. Die ausgewählten Themengebiete sind diejenigen, die auf eine transparentere und nachhaltige CBHI abzielen:

- Diese Forschung hat das Ubudehe-System und das Verfahren der Kategorisierung mit seinen Auswirkungen für die CBHI in den Vordergrund gerückt. Zukünftige wissenschaftliche Forschung sollte potenzielle Problemstellen herausarbeiten, die den Zugang zu den alltagswichtigen Ubudehe-Kategorien verhindern. Ebenso sollte der Vorgang zum Wechsel der Ubudehe-Kategorie als eine der größten Schwächen wissenschaftlich untersucht werden. Auf Basis dessen könnten Verfahren zur Verbesserung des Systems ausgearbeitet werden, die das Ubudehe-System und damit ebenfalls die CBHI nachhaltig und effektiv werden lassen.
- Die (noch) nicht stark ausgeprägte Verzahnung von Staat und Privatsektor ist gleichfalls ein prominentes Thema der vorliegenden Untersuchung. Diese Forschung hat den großen Bedarf bei der Verbesserung des administrativen Ablaufes herausgestellt. E-Lösungen können dabei Abhilfe schaffen. Die Rolle und das Potential von Start-ups bei der Entwicklung von e-Lösungen für die CBHI und das Gesundheitswesen müssen stärker beleuchtet werden. Dabei kann einerseits der Fokus einer zukünftigen Forschung auf die bereits existierenden ruandischen Start-ups im Gesundheitsbereich gelegt werden, andererseits auf den Bedarf von neuen Start-ups im Bereich der CBHI.
- Die Bedeutung von Informations- und Aufklärungskampagnen für viele Bereiche in der CBHI ist im Rahmen dieser Forschung deutlich geworden. Es fanden bereits diverse Informations- und Aufklärungskampagnen statt, wobei ihre Wirkung in den meisten Fällen noch nicht zufriedenstellend war. Inhalt, Frequenz und „Didaktik“ von Sensibilisierungskampagnen wären Thema weiterer Forschung, um die Mittel zu erarbeiten, die erlauben, ihre Effektivität und Reichweite erheblich zu vergrößern.
- Die finanzielle Nachhaltigkeit der CBHI ist trotz ihrer Wichtigkeit für eine langfristige adäquate Gesundheitsversorgung ein wissenschaftlich kaum bearbeitetes Thema. Die Hilfe von internationalen Gebern ist dabei essenziell und ihre Bedeutung für die CBHI

und ihre finanzielle Nachhaltigkeit sollte vor diesem Hintergrund genauer untersucht werden.

Von diesem Resümee lassen sich praktische Handlungsempfehlungen für die ruandische Regierung und die EZ ableiten. Es wurden drei Handlungsempfehlungen ausgewählt, die einerseits am dringlichsten erscheinen und andererseits die meisten Auswirkungen auf die ruandische Bevölkerung haben. Aus den in der vorliegenden Forschung gewonnenen Ergebnissen lassen sich daher folgende Handlungsempfehlungen ableiten:

- Das Ubudehe-System muss überarbeitet werden. Dabei müssen die Kriterien der einzelnen Kategorien eindeutiger und nach außen besser nachvollziehbar werden. Der Fokus sollte stärker auf der Optimierung des Kategorisierungsprozesses liegen, die einzelnen Prozessschritte müssen verstärkt einer staatlichen Aufsicht zur Vermeidung von Korruption unterliegen. Der Kategorisierungsprozess muss transparenter und mit einer stärkeren Einbeziehung der gesamten Gemeinschaft vollzogen werden.
- Administrative Strukturen müssen zum Erhalt der CBHI Mitgliedschaft vereinfacht werden. Es dürfen in den einzelnen Gemeinschaften keine abgeänderten Verfahren, die die staatlichen Regeln nicht respektieren, stattfinden. Dazu müssen die vom Staat festgelegten Verfahren vereinfacht, das heißt um eine Anzahl von Prozessschritten verkürzt und ihr Ablauf deutlicher nach außen kommuniziert werden. Die Einbindung von e-Anwendungen, wie beispielsweise die von eigens dafür entwickelten Apps, kann zur Transparenz und Handhabbarkeit beitragen.
- Die ruandische Regierung muss eine kontinuierliche Medikamentenversorgung im Land gewährleisten. Nur so kann eine stetige Medikamentenabgabe in den CBHI-gebundenen Apotheken stattfinden, wodurch weniger Medikamente zum vollen Preis in privaten Apotheken bezogen werden müssen. Trotz limitierter finanzieller Mittel muss das CBHI-Angebot an Medikamenten zur Abdeckung vieler Krankheiten erweitert werden, um die Nutzung privater Apotheken und damit einhergehend steigende private Kosten zu vermeiden.

# Appendix I

## Interview guideline for the expert interviews

### General questions

- What do you think are reasons why people are health insured and why not? Informal conversation within the family or a group of friends seems to have a huge influence on the decision to be health insured or not. Do you know any reasons why?
- The average woman in Rwanda has 4.9 children. Do you think that being health insured is depending on the family status or on any feeling of responsibility towards the family?
- You are in contact with the development and continuous adjustments of the CBHI. Do you think people understand the opportunities the health insurance offer? Please give me an example.
- Could you explain me the difference between prepayment scheme (was used in the past) and CBHI?
- Which are the reasons for the fusion of Caisse social du Rwanda and Rwandaise d'assurance Maladie to Rwanda Social Security Board?
- Which institution organized the CBHI until 2015? And how was the health sector organized until 1975?
- Since 2015 RSSB is responsible for the CBHI. Do you know why?
- In 1966 the first try of a health insurance was set up in the province of Kibungo (“Muvandimwe association”). Do you know why and who organized it?
- During the Second Republic under Habyarimana a huge amount of healthcare facilities were organized and financed by religious organizations. Those healthcare facilities are characterized by huge financial resources. After the Genozid they were mostly closed. What happened with those facilities after the genocide? Why are now mostly the healthcare facilities under governmental control? Do you think it is an advantage or disadvantage? Do you think that this money is missing in the health sector?

### Education campaign and training for the medical staff

- A lot of health promotion campaigns regarding the CBHI exist. They are mostly used in an early stage of the CBHI implementation. Do you think that they inform sufficiently about the CBHI? Do you think that they have a positive impact on the CBHI entrance rate (nowadays or in the past)?
- Are there trainings for healthcare or CBHI staff?
- Are there still information campaigns planned for the next years?
- What do you think about teams going through the village to inform the people about the necessity of CBHI? Is it useful?

## **Administrative procedure**

- Which are the official steps to get the CBHI?
- In your opinion: Which steps in the process of getting the CBHI is difficult?
- What would be your improvement suggestions?
- In general, the process of getting CBHI is simple and understandable. A lot of people told me that the visit of many different institutions for getting the CBHI is exhausting and time intensive. Do you have any ideas to simplify the procedure?
- Sometimes patients told me that the administrative procedure for getting CBHI is very difficult. E.g. the existence of an ID is necessary and the classification into the Ubudehe System is indispensable. Some patients told me that they are wrongly classified or do not have the right to get an ID. Therefore, they are socially excluded. Do you have any suggestions how the Rwandan government can facilitate the access to the CBHI?
- Many patients – insured or not insured – told me that buying the health insurance for the whole family at a specific date is very expensive and therefore not practicable. Another reason is also that not all family members live together, e.g. husbands or sons left their families for finding a job in a different city or village. With those missing family members, it is for the women difficult to get the health insurance because they cannot provide all the necessary papers.
  - In your opinion, which solution options are available?
  - Would it be easier to ensure everyone step by step?
- During the pilot study, it was possible to save the health insurance fee in “collectives”. Many patients told me that this procedure was effective and useful because the constant process of saving ensures the punctual existence of the fees. Nowadays those groups do not exist anymore.
  - Do you have any ideas why?
  - Do you think that those collectives would increase the entrance rate into the health insurance?
  - What did happen with these “collectives”? Are there any documents available about their work or composition?
  - In which time period they were active?
  - Do you have an example of their work?

## **CBHI structure**

- The organization of the mutuelle is divided into several levels and entities. In my eyes, one of the advantages is the public’s participation. One disadvantage of this structure is its detailed and extensive structure.
  - Do you think that this structure is effective and helpful?
  - Do you have any improvement/ adjustment suggestions?
- How high are the co-payments right now?
- Why is the annual payment day in June?



## Ubudehe System

- The Ubudehe system tries to divide the society into different levels with the intention that the health insurance fee is depending on the salary.
  - Do you think that the Ubudehe System works?
  - Where do you see any problems? Please illustrate your opinion with an example.
- To simplify the access to healthcare and therefore to health insurance, the Rwandan government supports people below the poverty line with financial support. During my interview, many people told me that getting governmental support is difficult. The procedure is clear but, the process is intransparent and arbitrary.  
In your opinion:
  - Do you think that it is easy to get?
  - Where do you see any problems?
- The fees of CBHI depends on your Ubudehe classification. Many people are subjectively wrong classified. Additionally, the Ubudehe classification depends sometimes on administrator's arbitrariness.
  - Where do you see the problems why people are wrongly classified?
  - Which are options to improve the situation?
  - How is the procedure to correct the Ubudehe level?
  - How should a transparent system be provided?
  - Which improvements are planned for the next years?
- What are changes within the Ubudehe system in the last years?

## Financial aspect

- How high are the CBHI fees per each Ubudehe level?
- During the pilot study, a family consisting out of 7 members could get the CBHI for one year for 2500RWF. Although at this stage of implementation, the fees seemed too high for some families, the fees increased in the last years. Could you explain the reasons? How does CBHI try to include the poorest families?
- To pay % of the treatment costs in a hospital is mandatory. Especially when you are severely sick, the treatment costs are high. Many people struggle to pay this. Do you have any ideas to prevent that debt burden?
- One improvement suggestion of many patients was to decrease the health insurance fees. Regarding the fact that for covering the costs of the health sector and the step-wise exit of international donors, the health insurance fees must increase in the next couple of years to cover the expected gap. Do you think that the society will understand this step and will be still insured in the CBHI?

## **Patient-provider relationship**

- Most of the patients told me that the treatment is different with and without health insurance although it might be an emergency.
  - Do you think this is a countrywide problem?
  - Which reasons do you see for this treatment differences?
- Community health workers are active in health centres. They regularly get training every six months. Some of the patients told me that they are unhappy about the health centre's quality. Do you think that the provided healthcare is enough? Do you think that a high quality of treatment in health centres would be a positive influencing factor?
- Many people still prefer the services of traditional healer instead of a medical doctor. Do you think this preference influence the decision to get a health Insurance or not? And why?

## Appendix II

### Amasezerano

Nshuti uzagira uruhari mu bushakashatsi,

Nitwa Bettina Mukundente Pieck, nkaba ndi umunyeshuri mu cyiciro cya gatatu cya kaminuza kuri kaminuza ya Johannes Gutenberg mu Budage. Nkaba ndi gukora ubushakashatsi k'ubwishingizi bw'ubuzima mu Rwanda. Urwanda nk'igihugu k'intangarugero muri Afurika, nkaba nifuzaga kumenya impamvu zituma uhitamo kujya muri ubu bwishingizi cyangwa se ntubugemo? Nkaba nishimiye kugutumira ngo utange umusanzu wawe muri ubu bushakashatsi, ndizerako uzatubwira uko ubibona, bikazafasha kumenya cyane icyo abagenerwabikorwa babitekerezaho.

Ubu bushakashatsi busaba kugirana ikiganiro kitarengeje isaha, nta bwishyu buzatangwa, kugira uruhare muri ubu bushakashatsi ni ubushake. Ushobora gufata icyemezo cyo kugira uruhare muri ubu bushakashatsi ubanje kuganira n'umushakashatsi kugirango akumare impungenge waba ufite. Mugihe wumva utabasha kurangiza ikiganiro n'umushakashatsi, ushobora guhagarika kugira uruhare muri ubu bushakashatsi igihe icyo aricyo cyose. Mukiganiro uzagirana numushakashatsi uzasabwa gutanga ibitekerezo byawe kubijyanye n'ubwishingizi bw'ubuzima, iki kiganiro kizaba mu bwisanzure nta mbogamizi nimwe.

Habaye hari amagambo atumvikana muri aya masezerano waba udasobanukiwe, wambaza igihe icyo aricyo nkagusobanurira. Uramutse ugize ikibazo na nyuma kandi wambaza cyangwa ukabaza umusemuze turi kumwe.

Ubitwemereye, ikiganiro twagiranye twagifata mu majwi, ubitwemereye kandi, amajwi cyangwa inyandiko yiby twaganiriye byazakoresha mugitabo cyubushakashatsi bw'icyiciro cya gatatu cya kaminuza (dogitora). **Umwirondoro wawe harimo amazina, ahantu, igihe, nibindi byose bikuranga, bizagirwa ibanga munyandiko zose zubu bushakashatsi.**

Niba wemeye kugira uruhare muri ubu bushakashatsi, wasinya aya masezerano, kopi imwe ni iyawe. Uramutse ugize ikibazo wakibaza nonaha cyangwa nyuma. Niba wifuza kubaza ikibazo mugihe kizaza, wazandikira umushakashatsi Bettina Mukundente Pieck, kuri imeli ikurikira: **[bettina-pieck@t-online.de](mailto:bettina-pieck@t-online.de)**

Maze gusoma cyangwa gusomerwa aya masezerano, nasobanuje ibyo ntumva, kandi nanyuzwe n'ibisubizo, nemeye kugira uruhare muri ubu bushakashatsi.

-----  
Igihe n'ahantu

-----  
Sinyatire y'ufite uruhari m'ubushakashatsi

**Ndahamya ko aya masezerano yasomewe umuntu wagira uruhare mub'ubushakashatsi, kandi uyu muntu akaba yayasobanukiwe, kandi akaba yayemeye mu bwisanzure.**

**Ndemeza ko uyu muntu uzagira uruhare m' ubushakashatsi yahawe amahirwe yo gusobanuzwa no kubaza kubijyanye nubu bushakashatsi, akaba yanyuzwe n'ubusobanuro namuhaye. Ndemezaka kandi ko uyu muntu atahatiwe gukora amasezerano ahubwo amasezerano yabaye kubushake kandi no mu bw'isanzure.**

-----  
Igihe n'ahantu

-----  
Sinyatire y' umushakashatsi  
Bettina Mukudente Pieck

## Consent form

Dear participant,

my name is Bettina Mukundente Pieck and I am a PhD student of the Johannes Gutenberg-University, Germany. I am doing research on the topic of health insurance in Rwanda which is an extraordinary example for Africa. I would like to find out the determinants why of the entry into a health insurance or not. You are invited to participate in a research study about this topic. I believe that you can help by telling me your point of view. I would like to learn from your experiences and opinion.

This research will involve your participation in an interview that will take about maximum one hour. You will not receive any payment for your participation. You do not have to decide today whether or not you will participate in the research. Before you decide, you can talk to anyone you feel comfortable with about the research. Your participation is voluntary and you have the right to withdraw your consent or discontinue participation at any time. You will be asked to narrate your opinion and experience about the health insurance freely and without any restrictions by the researcher.

This consent form may contain words that you do not understand. Please ask me to stop as we go through the information and I will take time to explain. If you have questions later, you can ask them of me or the translator.

With your permission, the interview will be audio taped. With your permission, the tapes and notes from this study will be used for the researcher's doctoral project. **Your individual privacy will be maintained in all published and written data resulting from the study. All names, places, dates and other details indicating your identity will be anonymized.**

If you agree to participate in this research, please sign this informed consent form. The extra copy of this consent form is for you. If you have any questions, you can ask them now or later. If you wish to ask questions later, you may contact the researcher: Bettina Mukundente Pieck, M.Sc., [bettina-pieck@t-online.de](mailto:bettina-pieck@t-online.de) .

**I have read the foregoing information, or it has been read to me. I have had the opportunity to ask questions about it and any questions I have been answered to my satisfaction. I consent voluntarily to be a participant in this study.**

-----

Time and place

-----

Signature participant

**I have witnessed the accurate reading of the consent form to the potential participant, and the individual has had the opportunity to ask questions. I confirm that the individual has given consent freely.**

**I confirm that the participant was given an opportunity to ask questions about the study, and all the questions asked by the participant have been answered correctly and to the best of my ability. I confirm that the individual has not been coerced into giving consent, and the consent has been given freely and voluntarily.**

-----  
Tim and place

-----  
Signature researcher  
Bettina Mukudente Pieck

## Appendix III

### Semi-standardized interview guideline

The question collection is a guideline for semi-structured interviews. The questions offer a reference point for possible interesting conversation aspects. Depending on the course of conversation, the question will be included for further knowledge gain.

#### Pre-selection criteria for insured participants:

- The participant's age is older than 18
- One or more numbers of healthcare visits in the last 12 months
- Participant lives in the Huye District

#### Pre-selection criteria for non-insured participants:

- The participant's age is older than 18
- Zero healthcare visits in the last 12 months
- Participant lives in the Huye District

Categories	Answer
Age	
Sex	
Area of living	
Frequency of healthcare visits	
Pre-disease (just optional)	
Family status (single, married, number of children)	
Status of education (amount of school years, graduation?)	
Kind of health insurance (CBHI, RAMA, private health insurance, etc.)	

### Questions for patients

#### General questions:

- Do you have a health insurance?
  - Could you please describe me your reasons to be health insured?.
  - OR: Could you please describe me the reasons for your missing health insurance.
- A lot of health promotion campaigns regarding the CBHI exist. Do you feel sufficiently informed about the CBHI?
- Are you happy with the health insurance and its services?
  - What are your improvement suggestions?
- Was your decision for or against a health insurance based on information prospects, books, or conversation with healthcare providers?
  - Is the existence of a health insurance part of the conversation within your family or friends?

- Your decision of being health insured, is it depending on your family status or on any feeling of responsibility towards your family?

Questions regarding the administration:

- In your opinion: Which steps in the process of getting the CBHI is difficult?
  - What would be your improvement suggestions?
  - The bureaucratic procedure seems to be very complex. Could you describe me how did you get your health insurance? Do have any suggestions how to facilitate the bureaucratic procedure?
  - The Ubudehe system tries to divide the society into different levels with the intention that the health insurance fee is depending on the salary. Do you think that the Ubudehe System works? Where do you see any problems?
- To simplify the access to healthcare and therefore to health insurance, the Rwanda government supports people below the poverty line with financial support. Do you think that it is easy to get?

Patient-provider-relationship:

- Which is your first central point when you are sick? A traditional healer or a healthcare center?
  - For the case that the traditional healer is preferred: Are you not health insured because the insurance would not pay for the traditional healers' treatment costs?
- Do you have trust in the skills of the provider (in nurses, doctors and other medical staff) and why?
  - Is the relationship to the healthcare provider influencing your decision to be health insured or not?



## Questions for healthcare providers

### Pre-selection criteria for medical staff member:

- The medical staff member is older than 18 years
- The medical staff member is active in the health sector longer than 12 months
- Medical staff member lives in the Huye District

### Pre-selection criteria for medical staff member:

- The medical staff member is younger than 18 years
- The medical staff member is active in the health sector less than 12 months
- Medical staff member do not live in the Huye District

Categories	Answer
Age	
Sex	
Area of living	
Frequency of healthcare visits	
Pre-disease (just optional)	
Family status (single, married, number of children)	
Status of education (amount of school years, graduation?)	
Kind of health insurance (CBHI, RAMA, private health insurance, etc.)	

### General questions:

- In your daily working routine, you see many different patients with different backgrounds. In your opinion, why are some people not insured although the CBHI is for free for families and singles with incomes below the poverty line?
  - You are in contact with patients over a long period of time. Do you think people understand the opportunities the health insurance offer? Please give me an example.
- Are people interested in information about health insurance in general or specific in CBHI?
  - In your opinion, are these information influencing people on their decision-making process regarding the entry into a health insurance?

### Question regarding the administration:

- In your opinion: Which steps in the process of getting the CBHI is difficult?
  - What would be your improvement suggestions?
  - The Ubudehe system tries to divide the society into different level with the intention that the health insurance fee -depending on the salary- is fair. Do you think that the Ubudehe System works? Where do you see any problems? Please illustrate your opinion with an example.

- To simplify the access to healthcare and therefore to health insurance, the Rwandan government supports people below the poverty line with financial support. Do you think that it is easy to get?
- Many times, patient told me that the administration procedure for getting CBHI is very difficult. Do you have any suggestions how can the Rwandan government facilitate the access to CBHI?
  - The administration process for the CBHI starts at district level. Do you think that more people would register for CBHI when the administration procedure would be done at the health centers?

Patient-provider-relationship:

- Community health workers are active in health center. They regularly get trainings every six months. Do you think that the provided healthcare is sufficient?
  - Do you think that this system increases the trust of patient in medical treatments and therefore also in the health insurance? Please give me an example.
- Many people still prefer the services of a traditional healer instead of medical doctor. Do you think this preference influence the decision to get a health insurance and why?
- In Rwanda many different health insurance companies and institution with different packages exist. Do you think that people still have an overview?

## Appendix IV

### Semi-standardized interview guideline

The question collection is a guideline for semi-structured interviews. The questions offer a reference point for possible interesting conversation aspects. Depending on the course of conversation, the question will be included for further knowledge gain.

#### Pre-selection criteria for insured participants:

- The participant's age is older than 18
- One or more numbers of healthcare visits in the last 12 months
- Participant lives in the Huye District

#### Pre-selection criteria for non-insured participants:

- The participant's age is older than 18
- Zero healthcare visits in the last 12 months
- Participant lives in the Huye District

Categories	Answer
Age	
Sex	
Frequency of healthcare visits?	
Family status (single, married, number of children)	
Status of education (amount of school years, graduation?)	
Kind of health insurance (CBHI, RAMA, private health insurance, etc.)	

### Questions for patients

#### General questions:

- Do you have a health insurance?
  - Could you please describe me your reasons to be health insured?
  - OR: Could you please describe me the reasons for your missing health insurance.
- A lot of health promotion campaigns regarding the CBHI exist. Do you feel sufficiently informed about the CBHI?
- Are you happy with the health insurance and its services?
  - What are your improvement suggestions?
- Was your decision for or against a health insurance based on information prospects, books, or conversation with healthcare providers?
  - Is the existence of a health insurance part of the conversation within your family or friends?
  - Your decision of being health insured, is it depending on your family status or on any feeling of responsibility towards your family?

### Questions regarding the administration:

- In your opinion: Which steps in the process of getting the CBHI is difficult?
  - What would be your improvement suggestions?
  - The bureaucratic procedure seems to be very complex. Could you describe me how did you get your health insurance? Do have any suggestions how to facilitate the bureaucratic procedure?
  - The Ubudehe system tries to divide the society into different levels with the intention that the health insurance fee is depending on the salary. Do you think that the Ubudehe System works? Where do you see any problems?
- To simplify the access to healthcare and therefore to health insurance, the Rwanda government supports people below the poverty line with financial support. Do you think that it is easy to get?
- The CBHI is not paying for everything. Each patient has to pay to each treatment a little amount. Do you think that these co-payments hinder the people to get health insurance?

### Actor-network-analysis

- Regarding to your personal health treatment which actors or institutions are involved?
  - What are their tasks?
  - What are their difficulties?
  - What are your improvement suggestions?
  - Could you describe the relationships between the actors and institutions?
  - Could you describe difficulties within the relationships?
- Regarding to the Mutuelle de Santé which actors/institutions are involved?
  - What are their tasks?
  - What are their difficulties?
  - Could you describe the relationships between the actors and institutions?
  - Could you describe difficulties within the relationships?
- In the last 12 months when you were sick which institutions and organizations did you visit? Or would you visit in the case you will become sick?
  - How many times?

### Patient-provider-relationship:

- Do you have trust in the skills of the provider (in nurses, doctors and other medical staff) and why?
  - Is the relationship to the healthcare provider influencing your decision to be health insured or not?

## Questions for health care providers

### Pre-selection criteria for medical staff member:

- The medical staff member is older than 18 years
- The medical staff member is active in the health sector longer than 12 months
- Medical staff member lives in the Huye District

### Pre-selection criteria for medical staff member:

- The medical staff member is younger than 18 years
- The medical staff member is active in the health sector less than 12 months
- Medical staff member do not live in the Huye District

Categories	Answer
Age	
Sex	
Frequency of healthcare visits	
Family status (single, married, number of children)	
Status of education (amount of school years, graduation?)	
Kind of health insurance (CBHI, RAMA, private health insurance, etc.)	

### General questions:

- In your daily working routine, you see many different patients with different backgrounds. In your opinion, why are some people not insured although the CBHI is for free for families and singles with incomes below the poverty line?
  - You are in contact with patients over a long period of time. Do you think people understand the opportunities the health insurance offer? Please give me an example.
- Do you think that young people are less interested in being health insured because they might think that they won't become sick?
- Are people interested in information about health insurance in general or specific in CBHI?
  - In your opinion, are these information influencing people on their decision-making process regarding the entry into a health insurance?

### Question regarding the administration:

- In your opinion: Which steps in the process of getting the CBHI is difficult?
  - What would be your improvement suggestions?
  - The Ubudehe system tries to divide the society into different level with the intention that the health insurance fee -depending on the salary- is fair. Do you think that the Ubudehe System works? Where do you see any problems? Please illustrate your opinion with an example.
- To simplify the access to healthcare and therefore to health insurance, the Rwandan government supports people below the poverty line with financial support. Do you think that it is easy to get?

- Many times, patient told me that the administration procedure for getting CBHI is very difficult. Do you have any suggestions how can the Rwandan government facilitate the access to CBHI?
  - The administration process for the CBHI starts at district level. Do you think that more people would register for CBHI when the administration procedure would be done at the health centers?
- The CBHI is not paying for everything. Each patient has to pay to each treatment a little amount. Do you think that these co-payments hinder the people to get health insurance?

#### Actor-network-analysis

- Regarding to your work which actors or institutions are involved?
  - What are their tasks?
  - What are their difficulties?
  - What are your improvement suggestions?
  - Could you describe the relationships between the actors and institutions?
  - Could you describe difficulties within the relationships?
- Regarding to the Mutuelle de Santé which actors/institutions are involved?
  - What are their tasks?
  - What are their difficulties?
  - Could you describe the relationships between the actors and institutions?
  - Could you describe difficulties within the relationships?

#### Patient-provider-relationship:

- Community health workers are active in health center. They regularly get trainings every six months. Do you think that the provided healthcare is sufficient?
  - Do you think that this system increases the trust of patient in medical treatments and therefore also in the health insurance? Please give me an example.
- Many people still prefer the services of a traditional healer instead of medical doctor. Do you think this preference influence the decision to get a health insurance and why?
- In Rwanda many different health insurance companies and institution with different packages exist. Do you think that people still have an overview?

## Appendix V

### Questions for focus group discussion

#### General questions:

- Do you have a health insurance?
  - Could you please describe me your reasons to be health insured?.
  - OR: Could you please describe me the reasons for your missing health insurance.
- A lot of health promotion campaigns regarding the CBHI exist. Do you feel sufficiently informed about the CBHI?
- Are you happy with the health insurance and its services?
  - What are your improvement suggestions?
- Was your decision for or against a health insurance based on information prospects, books, or conversation with healthcare providers?
  - Is the existence of a health insurance part of the conversation within your family or friends?
  - Your decision of being health insured, is it depending on your family status or on any feeling of responsibility towards your family?

#### Questions regarding the administration:

- In your opinion: Which steps in the process of getting the CBHI is difficult?
  - What would be your improvement suggestions?
  - The bureaucratic procedure seems to be very complex. Could you describe me how did you get your health insurance? Do have any suggestions how to facilitate the bureaucratic procedure?
  - The Ubudehe system tries to divide the society into different levels with the intention that the health insurance fee is depending on the salary. Do you think that the Ubudehe System works? Where do you see any problems?
- To simplify the access to healthcare and therefore to health insurance, the Rwanda government supports people below the poverty line with financial support. Do you think that it is easy to get?
- The CBHI is not paying for everything. Each patient has to pay to each treatment a little amount. Do you think that these co-payments hinder the people to get health insurance?

#### Actor-network-analysis

- Regarding to your personal health treatment which actors or institutions are involved?
  - What are their tasks?
  - What are their difficulties?
  - What are your improvement suggestions?
  - Could you describe the relationships between the actors and institutions?
  - Could you describe difficulties within the relationships?

- Regarding to the Mutuelle de Santé which actors/institutions are involved? Wechselseitigkeit?
  - What are their tasks?
  - What are their difficulties?
  - Could you describe the relationships between the actors and institutions?
  - Could you describe difficulties within the relationships?
- In the last 12 months when you were sick which institutions and organizations did you visit? Or would you visit in the case you will become sick?
  - How many times?

Patient-provider-relationship:

- Do you have trust in the skills of the provider (in nurses, doctors and other medical staff) and why?
  - Is the relationship to the healthcare provider influencing your decision to be health insured or not?



## Literaturverzeichnis

- Akerlof, G. (1970). The market for 'Lemons': Quality uncertainty and the market mechanism. *Quarterly Journal of Economics*, 84(3), 488-500.
- Asche, H., & Fleischer, M. (2011). Modernizing Rwanda: Information and communication technologies as driver for economic growth. *Electronic University of Leipzig Papers on Africa*, 2.
- Barten, A. P., & Böhm, V. (1982). Consumer theory. *Handbook of mathematical economics*, 2, S. 381-429.
- Begg, D. K. H. (2013). *Foundations of economics*. London: McGraw-Hill Education.
- Begg, D., Vernasca, G., Fischer, S., & Dornbusch, R. (2014). *Economics*. London: McGraw-Hill education.
- Berthold, N. (1991). Ansätze einer ökonomischen Theorie der Sozialpolitik, Normative und positive Aspekte, in: Duwendag, D.; Rose, K.; Wille, E. (Hrsg.), Jahrbuch für Sozialwissenschaft, Bd. 42, Göttingen, S. 145-178.
- Biedermann Z. (2016) The Case of Rwanda as a Developmental State. In: Achtenhagen L., Brundin E. (eds) Entrepreneurship and SME Management Across Africa. Frontiers in African Business Research. Springer, Singapore.
- Binagwaho, A., Farmer, P. E., Nsanzimana, S., Karema, C., Gasana, M., de Dieu Ngirabega, J. & Gatera, M. (2014). Rwanda 20 years on: investing in life. *The Lancet*, 384 (9940), S. 371-375.
- Booth, D. (2012). *Development as a collective action problem. Addressing the real challenges of African governance*. Africa power and politics programme.
- Booth, D., & Golooba-Mutebi, F. (2012). Developmental patrimonialism? The case of Rwanda. *African Affairs*, 111(444), S. 379-403.
- Bundesministerium für Gesundheit (2018). Aufgaben und Organisation der GKV. Aufgerufen am 28.11.2018, unter: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/krankenversicherung/grundprinzipien/aufgaben-und-organisation-der-gkv.html>
- Bundeszentrale für politische Bildung (2014). Das Solidarprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung. Aufgerufen am 28.11.2018, unter: <http://www.bpb.de/politik/innenpolitik/gesundheitspolitik/179103/solidarprinzip>
- Cameron, A. C., Trivedi, P. K., Milne, F., & Piggott, J. (1988). A microeconomic model of the demand for health care and health insurance in Australia. *The Review of economic studies*, 55(1), S. 85-106.
- Carrin, G., Mathauer, I., Xu, K., & Evans, D. B. (2008). Universal coverage of health services: tailoring its implementation. *Bulletin of the World Health Organization*, 86(11), S. 857-863.
- Chemouni, B. (2018). The political path to universal health coverage: Power, ideas and community-based health insurance in Rwanda. *World Development*, 106, S. 87-98.

- Crisafulli, P., & Redmond, A. (2012). *Rwanda, Inc.: how a devastated nation became an economic model for the developing world*. Macmillan.
- Demographic Health Survey (2012). Demographic Health Survey 2010. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR259/FR259.pdf>
- Demographic Health Survey (2016). Demographic Health Survey 2014-15. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR316/FR316.pdf>
- Drobac, P., & Naughton, B. (2014). Health equity in Rwanda. *Harvard International Review*, 35(4), S. 57-61.
- Dudey, S. (1996). Verteilungswirkungen des Sozialversicherungssystems der Bundesrepublik Deutschland und Modellierung seiner zukünftigen Entwicklung (Doctoral dissertation, Ruhr-Universität Bochum).
- Evans, P.B. (1995) *Embedded autonomy: States, firms and industrial transformation*. United States: Princeton University Press.
- Ezeanya, C. (2015). Home-grown and grassroots-based strategies for determining inequality towards policy action: Rwanda's Ubudehe approach in perspective (No. 2015/008). WIDER Working Paper.
- Fenny, A. P., Yates, R., & Thompson, R. (2018). Social health insurance schemes in Africa leave out the poor. *International Health*, 10 (1), S.1–3.
- Financial Times (2019a). Rwanda: where even poverty data must toe Kagame's line. Aufgerufen am 28.08.2019, unter: <https://www.ft.com/content/683047ac-b857-11e9-96bd-8e884d3ea203>
- Financial Times (2019b). No single 'best way' to estimate poverty works at all times in every context. Aufgerufen am 05.10.2019, unter: <https://www.ft.com/content/9eb3fa4a-c42c-11e9-a8e9-296ca66511c9>
- Fonds d'Assistance aux Rescapés du Génocide (2015a). Mission and Vision. Aufgerufen am 29.01.2019, unter: <http://www.farg.gov.rw/index.php?id=12>
- Fonds d'Assistance aux Rescapés du Génocide (2015b). Objectives. Aufgerufen am 29.01.2019, unter: <http://www.farg.gov.rw/index.php?id=13>
- France24 (2019). Rwanda accused of manipulating poverty statistics. Aufgerufen am 28.08.2019, unter: <https://www.france24.com/en/20151102-rwanda-accused-manipulating-poverty-statistics>
- Frenk, J. et al. (2007). Poverty, health and social protection. In: International Labour Office & Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit & World Health Organization (Hrsg.), *Extending Social Protection in Health*, S. 22-31.
- Garcia-Mandicó, S., Reichert, A., Strupat, C. (2019). The Social Value of Health Insurance – Results from Ghana. Working Paper: September 2019.
- Gottret, P. E., & Schieber, G. (2006). *Health financing revisited: a practitioner's guide*. World Bank Publications.

- Government of Rwanda (2005). *Health Sector Policy*. Kigali.
- Government of Rwanda, Centers for Disease Control, USAID-Rwanda (1983). *Combating childhood communicable diseases project. Country assessment*. Rwanda. Report.
- Hagist, C., & Raffelhüschen, B. (2004). Friedens-versus Ausscheidegrenze in der Krankenversicherung: Einkriegerischer Beitrag für mehr Nachhaltigkeit. *Zeitschrift für die gesamte Versicherungswissenschaft*, 93(2), S. 185-206.
- Hennink, M., Hutter, I. and Bailey, A. (2011) *Qualitative research methods*. Los Angeles, CA: SAGE Publications.
- Hetherington, M., & Najem, T. P. (Eds.). (2003). *Good governance in the Middle East oil monarchies*. Routledge.
- International Labor Office. (2014). *World Social Protection Report 2014/15: Building Economic Recovery, Inclusive Development and Social Justice*. Brookings Institution Press.
- International Monetary Fund (2000). Schuldenerleichterung, Globalisierung und IWF-Reform: Fragen und Antworten. Aufgerufen am 26.11.2019, unter: <https://www.imf.org/external/np/exr/ib/2000/deu/041500g.htm>
- International Monetary Fund (2019a). Population. Millions of people. Aufgerufen am 26.11.2019, unter: <https://www.imf.org/external/datamapper/LP@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD/ETH/KEN/GHA/RWA>
- International Monetary Fund (2019b). Report for selected countries and subjects. Aufgerufen am 14.10.2019, unter: [https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2019/01/weodata/weorept.aspx?sy=1980&ey=2017&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&pr1.x=75&pr1.y=13&c=714&s=NGDP\\_RPCH%2CNGDPD%2CNGDPDPC%2CPPPPC%2CGGX\\_NGDP&grp=0&a=](https://www.imf.org/external/pubs/ft/weo/2019/01/weodata/weorept.aspx?sy=1980&ey=2017&scsm=1&ssd=1&sort=country&ds=.&br=1&pr1.x=75&pr1.y=13&c=714&s=NGDP_RPCH%2CNGDPD%2CNGDPDPC%2CPPPPC%2CGGX_NGDP&grp=0&a=)
- Johnson, C. (1982). *MITI and the Japanese miracle: the growth of industrial policy: 1925-1975*. Stanford University Press.
- Junne, G., & Verkoren, W. (Eds.). (2005). *Postconflict development: meeting new challenges*. Lynne Rienner Publishers.
- Jütting, J. (2005). *Health insurance for the poor in developing countries*. Aldershot, Hampshire, England: Ashgate Pub.
- Kalisa, I., Musange, S., Saya, U., & Kunda, T. (2015). *The Development of Community-Based Health Insurance in Rwanda: Experiences and Lessons*. Technical report, School of Public Health, University of Rwanda College of Medicine and Health Sciences.
- Kalveram, T. (1977). *Das Wachstumsziel des Unternehmers*. Springer-Verlag.
- Kidd, S., Athias, D. (2019). Hit and Miss: An assessment of targeting effectiveness in social protection. Working paper: März 2019.
- Kleemann, F., Krähnke, U., & Matuschek, I. (2009). *Interpretative Sozialforschung. Eine praxisorientierte Einführung*. Wiesbaden.

- Konrad Adenauer Stiftung (2002). Friedensabkommen in Pretoria zwischen der Demokratischen Republik Kongo und Ruanda. Länderberichte, Publikationen, Konrad-Adenauer-Stiftung. Aufgerufen am 07.04.2016, unter: <http://www.kas.de/wf/de/33.596/>
- Kouassi-Komlan, Burkina Faso & Fonseca, C. (2004). Micro finance for water and sanitation in West Africa. In *30th WEDC International Conference, Vientiane, Lao PDR.*, S. 279-282.
- Kruse, J. (2014). *Qualitative Interviewforschung. Ein integrativer Ansatz.* Beltz Juventa.
- KT Press (2018). Rwanda's Health Insurance Goes Digital. Aufgerufen am 02.09.2019, unter: <https://ktpress.rw/2018/02/rwandas-health-insurance-goes-digital/>
- Lagomarsino, G., Garabrant, A., Adyas, A., Muga, R., & Otoo, N. (2012). Moving towards universal health coverage: health insurance reforms in nine developing countries in Africa and Asia. *The Lancet*, 380(9845), S. 933-943.
- Lamnek, S. (2005). *Qualitative Sozialforschung. 4., vollständig überarbeitete Auflage.* Weinheim ua: Beltz Verlag.
- Lauterbach, K., Stock, S., & Brunner, H. (2006). *Gesundheitsökonomie: Lehrbuch für Mediziner und andere Gesundheitsberufe.* Verlag Hans Huber, Bern.
- Lentz, C. (1992). Quantitative und qualitative Erhebungsverfahren im fremdkulturellen Kontext. Kritische Anmerkungen aus ethnologischer Sicht. In: Reichert, C. (Ed.). (1992). *Empirische Sozialforschung über Entwicklungsländer: Methodenprobleme und Praxisbezug.* Breitenbach.
- Levin, J., Milgrom, P. (2004). Consumer theory. Aufgerufen am 06.02.2016, unter: <https://web.stanford.edu/~jdlevin/Econ%20202/Consumer%20Theory.pdf>
- Mackenbach, J. P. (2006). Health inequalities: Europe in profile. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ue-healthinequalities-01.pdf>
- Matthiesen, K. I., & Kalala, I. M. (2005). *Die Demokratische Republik Kongo.* Waxmann Verlag.
- Mayring P. (2010) Qualitative Inhaltsanalyse. In: Mey G., Mruck K. (eds) *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie.* VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 601-613.
- Mayring, P. (2016). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 6. Auflage.* Weinheim: Beltz.
- Mensah, F. A. (2008). The spiritual basis of health and illness in Africa. *Health knowledge and belief systems in Africa*, S. 171-180.
- Mielck, A., & Helmert, U. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Einführung in die aktuelle Diskussion.* Bern: Huber.
- Ministry of Finance and Economic Planning (2000). Rwanda Vision 2020. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: <https://www.sida.se/globalassets/global/countries-and-regions/af-rica/rwanda/d402331a.pdf>

- Ministry of Finance and Economic Planning (2012). Rwanda Vision 2020 revised 2012. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: [http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/Vision\\_2020\\_.pdf](http://www.minecofin.gov.rw/fileadmin/templates/documents/NDPR/Vision_2020_.pdf)
- Ministry of Finance and Economic Planning (2019). Rwanda's progress is real and open to scrutiny. Aufgerufen am 28.08.2019, unter: [http://www.minecofin.gov.rw/index.php?id=12&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=737&cHash=4faa6165329170d7e5ac33c3614b00dd](http://www.minecofin.gov.rw/index.php?id=12&tx_ttnews%5Btt_news%5D=737&cHash=4faa6165329170d7e5ac33c3614b00dd)
- Ministry of Health (2009). Health Sector Strategic Plan. July 2009-June 2012. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: [https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country\\_Pages/Rwanda/Rwanda%20Health%20Sector%20Strategic%20Plan%202009-2012%5B1%5D.pdf](https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/ihp/Documents/Country_Pages/Rwanda/Rwanda%20Health%20Sector%20Strategic%20Plan%202009-2012%5B1%5D.pdf)
- Ministry of Health (2010). Rwanda Community Based Health Insurance Policy. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: [http://www.rbc.gov.rw/fileadmin/user\\_upload/Rwanda\\_Community\\_Based\\_Health\\_Insurance\\_Policy.pdf](http://www.rbc.gov.rw/fileadmin/user_upload/Rwanda_Community_Based_Health_Insurance_Policy.pdf)
- Ministry of Health (2012). Annual Report: Community Based Health Insurance. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: [http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/CBHI-Annual-Report-2011-2012f-3\\_\\_1\\_.pdf](http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/Docs/CBHI-Annual-Report-2011-2012f-3__1_.pdf)
- Ministry of Health (2015). Health Financing Sustainability Policy. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: [http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/policies/Health\\_Financing\\_Sustainability\\_Policy\\_March\\_2015.pdf](http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/policies/Health_Financing_Sustainability_Policy_March_2015.pdf)
- Ministry of Health (2016). National Pharmacy Policy. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: [http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/policies/Pharmacy-Policy\\_Rwanda-2016.pdf](http://www.moh.gov.rw/fileadmin/templates/policies/Pharmacy-Policy_Rwanda-2016.pdf)
- Ministry of Health (2019). National Policy of traditional, complementary and alternative Medicine. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: [http://www.moh.gov.rw/fileadmin/Publications/Policies/Policy-of\\_Traditional-Complementary\\_Alternative-Medicine.pdf](http://www.moh.gov.rw/fileadmin/Publications/Policies/Policy-of_Traditional-Complementary_Alternative-Medicine.pdf)
- Mirasano, C. (1984). The significance of "Health for All" and the primary health care approach. *Imbonezamuryango= Famille, sante, developpement*, (1), S. 33-40.
- Mok, K. H., & Hudson, J. (2014). Managing social change and social policy in greater China: Welfare regimes in transition? *Social Policy and Society*, 13(2), S. 235-238.
- Morgan, J. N. (1955). *Consumer economics*. Englewood, Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- MSH (2016). The Development of Community-Based Health Insurance in Rwanda: Experiences and Lessons. Aufgerufen am 27.11.2016, unter: [https://www.msh.org/sites/default/files/the\\_development\\_of\\_cbhi\\_in\\_rwanda\\_experiences\\_and\\_lessons.pdf](https://www.msh.org/sites/default/files/the_development_of_cbhi_in_rwanda_experiences_and_lessons.pdf)
- Mukangendo, M., Nzayirambaho, M., Hitimana, R., & Yamuragiye, A. (2018). Factors Contributing to Low Adherence to Community-Based Health Insurance in Rural Nyanza District, Southern Rwanda. *Journal of Environmental and Public Health*, 2018, S. 1–9.
- National Health Insurance Authority (2013). 2013 Annual Report. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: <http://www.nhis.gov.gh/files/2013%20Annual%20Report-Financial%20ver%2029.09.14.pdf>

- National Health Insurance Fund (o.J). NHIF Objectives. Overview. Aufgerufen am 05.08.2019, unter: <http://www.nhif.or.ke/healthinsurance/Objectives>
- National Institutes of Health (1979). The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. *Bethesda, Maryland*.
- National Institute of Statistics (2019). District Baseline Survey. Aufgerufen am 01.08.2019, unter: <http://www.statistics.gov.rw/survey/districts-baseline-survey>
- Nditunze, L., Makuza, S., Amoroso, C. L., Odhiambo, J., Ntakirutimana, E., Cedro, L., Ntakirutimana, J. & Hedt-Gauthier, B. (2015). Assessment of essential medicines stock-outs at health centers in Burera District in Northern Rwanda. *Rwanda Journal*, 2(1), S. 85-88.
- Netherlands Enterprise Agency (2016). Kenyan Healthcare Sector. Opportunities for the Dutch Life Sciences and Health Sector. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: [https://www.rvo.nl/sites/default/files/2016/10/2016\\_Kenyan\\_Healthcare\\_Sector\\_Report\\_Compleet.pdf](https://www.rvo.nl/sites/default/files/2016/10/2016_Kenyan_Healthcare_Sector_Report_Compleet.pdf)
- Nocon, M., Keil, T., & Willich, S. N. (2007). Education, income, occupational status and health risk behaviour. *Journal of Public Health*, 15(5), S. 401-405.
- Nguyen, T. (2007). *Grenzen der Versicherbarkeit von Katastrophenrisiken: Erweiterungsmöglichkeiten durch Rückversicherung, Katastrophenanleihen und Versicherungsderivate*. Springer-Verlag.
- Penske, M. (2006). *Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung—Probleme und Reformoptionen*. Berlin: Peter Lang International Academic Publishers.
- Pirk, O. (2005). *Springer Wörterbuch Gesundheitswesen: Public Health von A bis Z 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Springer.
- Prunier Gérard. (1995). *The Rwanda crisis, 1959-1994: history of a genocide*. London: Hurst & Co.
- Przyborski, A., & Wohlrab-Sahr, M. (2008). *Qualitative Sozialforschung: Ein Arbeitsbuch*. München: Oldenburg.
- Reyntjens, F. (2013). *Political governance in post-genocide Rwanda*. Cambridge University Press.
- Reyntjens, F. (2015). Reduction of poverty and inequality, the Rwandan way: and the aid community loves it. IOB Analyses & Policy Briefs 16, Universiteit Antwerpen, Institute of Development Policy (IOB).
- Reyntjens, F. (2018). Understanding Rwandan politics through the *longue durée*: from the precolonial to the post-genocide era. *Journal of Eastern African Studies*, 12(3), S. 514-532.
- Robyn, P. J., Sauerborn, R., & Bärnighausen, T. (2012). Provider payment in community-based health insurance schemes in developing countries: a systematic review. *Health policy and planning*, 28(2), S. 111-122.

- Rwanda Governance Board (o.J.): Ubudehe. Aufgerufen am 02.05.2019, unter:  
<http://www.rgb.rw/index.php?id=35>
- Rwanda Governance Board (2017). Umuganda. Aufgerufen am 18.06.2019, unter:  
<http://www.rgb.rw/index.php?id=37>
- Rwanda Social Security Board (2015). Ubudehe Categorization 2014-2015. (Powerpoint Präsentation)
- Rwanda Social Security Board (2016). Community-Based Health Insurance Annual Report. Financial Year 2015/16.
- Rwanda Social Security Board (2017). CBHI Annual Report 2015-16 (Powerpoint Präsentation).
- Rwangabo, P. C. (1993). *La médecine traditionnelle au Rwanda*. KARTHALA Editions.
- Schneider, P., Diop, F. P., & Bucyana, S. (2000). *Development and implementation of pre-payment schemes in Rwanda*. Partnerships for Health Reform, Abt Associates.
- Schneider, P., & Diop, F. (2001). *Synopsis of results on the impact of community-based health insurance on financial accessibility to health care in Rwanda*. World Bank, Washington, DC.
- Schneider, P. (2005). Trust in micro-health insurance: an exploratory study in Rwanda. *Social science & medicine*, 61(7), S. 1430-1438.
- Schneider, B. S. (2007). *Gesundheit und Bildung: Theorie und Empirie der Humankapitalinvestitionen*. Berlin: Peter Lang International Academic Publishers.
- Schneider, W., & Hennig, A. (2008). *Lexikon Kennzahlen für Marketing und Vertrieb: Das Marketing-Cockpit von A-Z*. Springer-Verlag.
- Schwedersky, T., Noltze, M., & Gaisbauer, F. (2014). 30 Jahre ruandisch-deutsche Entwicklungszusammenarbeit im Gesundheitswesen. Bd. 1, Evaluierungsbericht.
- Schulenburg, J.-M. Graf von der (1989): Verteilungswirkungen demographischer Verschiebungen, in: Ferber, C. von; Radebold, H.; Schulenburg, J.-M. Graf von der (Hrsg.) (1989). Die demographische Herausforderung, Das Gesundheitssystem angesichts einer veränderten Bevölkerungsstruktur, Beiträge zur Gesundheitsökonomie, Bd. 23, Gerlingen, S. 341-369.
- Schulenburg, J.-M. Graf von der; Kleindorfer, P.R. (1986): Wie stabil ist der Generationenvertrag in der sozialen Krankenversicherung? Zum Problem der Gerechtigkeit und Akzeptanz intergenerativer Umverteilung, in: Gäfgen, G. (Hrsg.), Ökonomie des Gesundheitswesens, Berlin, S. 413-434.
- Soors, W., Devadasan, N., Durairaj, V., Crie, B. (2010). *Community Health Insurance and Universal Coverage: Multiple paths, many rivers to cross* (World Health Report/ Background Paper 48). World Health Organization.

- Straus, S., & Waldorf, L. (Eds.). (2011). *Remaking Rwanda: State building and human rights after mass violence*. Univ of Wisconsin Press.
- Swaan, A. d., & Linden, M. v. d. (Eds.). (2006). *Mutualist microfinance: informal savings funds from the global periphery to the core?*. Amsterdam: Aksant. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-320536>
- Teklehaimanot, H. D., & Teklehaimanot, A. (2013). Human resource development for a community-based health extension program: a case study from Ethiopia. *Human resources for health*, 11(1), 39.
- The East African (2019). No more advertisement for Rwanda traditional healers. Aufgerufen am 26.07.2019, unter: <https://www.theeastafrican.co.ke/scienceandhealth/No-more-advertisement-for-Rwanda-traditional-healers/3073694-4992300-xgi3ok/index.html>.
- The Micro Insurance Academy (2015). *A study on the Community-based health Insurance Deficit and Strategies for Sustainability (Final Report (Rev.))*.
- The New Times (2017). Why traditional medicine needs support and preservation. Aufgerufen am 26.07.2019, unter: <https://www.newtimes.co.rw/section/read/220939>
- The New Times (2019). Ubudehe categories to be reviewed. Aufgerufen am 06.05.2019, unter: <https://www.newtimes.co.rw/news/ubudehe-categories-be-reviewed>
- Thieme Verlag (2014). Zahlungsbereitschaft (Willigness-to-pay). Aufgerufen am 05.11.2019, unter: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1362459>
- Verwimp, P. (2000). Development ideology, the peasantry and genocide: Rwanda represented in Habyarimana's speeches. *Journal of Genocide Research*, 2(3), S. 325-361.
- Wade, R. (2010). After the crisis: Industrial policy and the developmental state in low-income countries. *Global Policy*, 1(2), S. 150-161.
- Wagenaar, B. H., Gimbel, S., Hoek, R., Pfeiffer, J., Michel, C., Manuel, J. L., Cuembelo, F., Quembo, T., Afonso, P., Gloyd, S. & Sherr, K. (2014). Stock-outs of essential health products in Mozambique—longitudinal analyses from 2011 to 2013. *Tropical Medicine & International Health*, 19(7), S: 791-801.
- Weltkarten (o.J.). Landkarten Ruanda (Provinzen). Aufgerufen am 04.12.2019, unter: <https://www.weltkarte.com/afrika/landkarten-von-ruanda-weitere-karten/landkarte-ruanda-karte-provinzen.htm>
- Willame, J. C. (1995). *Aux sources de l'hécatombe rwandaise*. Editions L'Harmattan.
- Wigger, B. U. (2006). *Grundzüge der Finanzwissenschaft*. Springer-Verlag.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie: Grundfragen, Verfahrensweisen, Anwendungsfelder*. Weinheim: Beltz. S. 227-255.



- World Bank (o.J.). World Bank Country and Lending Groups. Aufgerufen am 26.11.2019, unter: <https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>
- World Bank (2015). New WHO and World Bank Group Report Shows that 400 Million Do Not Have Access to Essential Health Services and 6% of Population Tipped into or Pushed Further into Extreme Poverty because of Health Spending. Aufgerufen am 29.03.2016, unter <http://www.worldbank.org/en/news/press-release/2015/06/12/new-who-and-world-bank-group/-report-shows-that-400-million-do-not-have-access-to-essential-health-services-and-6-of-population-tipped-into-or-pushed-further-into-extreme-poverty-because-of-health-spending>
- World Bank (2019a). Country Profil Kenia. Aufgerufen am 06.12.2018, unter: [http://data-bank.worldbank.org/data/views/reports/reportwidget.aspx?Report\\_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=KEN](http://data-bank.worldbank.org/data/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=KEN)
- World Bank (2019b). Country Profil Ghana. Aufgerufen am 06.12.2018, unter: [http://data-bank.worldbank.org/data/views/reports/reportwidget.aspx?Report\\_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=GHA](http://data-bank.worldbank.org/data/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=GHA)
- World Bank (2019c). Country Profil Ethiopia. Aufgerufen, unter: 6.12.2018, unter: [http://data-bank.worldbank.org/data/views/reports/reportwidget.aspx?Report\\_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=ETH](http://data-bank.worldbank.org/data/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=ETH)
- World Bank (2019d). Country Profil Rwanda. Aufgerufen am 06.12.2019, unter: [https://data-bank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report\\_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=RWA](https://data-bank.worldbank.org/views/reports/reportwidget.aspx?Report_Name=CountryProfile&Id=b450fd57&tbar=y&dd=y&inf=n&zm=n&country=RWA)
- World Bank (2019e). Rwanda Overview. Aufgerufen am 28.01.2019, unter: <http://www.worldbank.org/en/country/rwanda/overview>
- World Bank (2019f). World Bank Statement on Rwanda Statistics. Aufgerufen am 26.11.2019, unter: <https://www.worldbank.org/en/news/statement/2019/08/16/world-bank-statement-on-rwanda-statistics>
- World Bank (2019g). Factsheet. Aufgerufen am 05.10.2019, unter: [https://www.worldbank.org/en/news/factsheet/2019/04/22/qa-on-rwanda-poverty-statistics?CID=POV\\_TT\\_Poverty\\_EN\\_EXT](https://www.worldbank.org/en/news/factsheet/2019/04/22/qa-on-rwanda-poverty-statistics?CID=POV_TT_Poverty_EN_EXT)
- World Health Organization (o.J., a). Performance-based financing. Aufgerufen am 26.11.2019, unter: [https://www.who.int/health\\_financing/topics/performance-based-financing/en/](https://www.who.int/health_financing/topics/performance-based-financing/en/)
- World Health Organization (o.J., b). Traditional Medicine. Aufgerufen am 29.05.2019, unter: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/about/en/>
- World Health Organization (2008). Republic of Rwanda. Health Financing Systems Reviews. Options for universal coverage. Aufgerufen am 27.11.2019, unter: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75833/WHO\\_HSS\\_HSF\\_2009.1\\_eng.pdf;jsessionid=C539ADE9FAF80A6EEA3CA9169F30F8AF?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75833/WHO_HSS_HSF_2009.1_eng.pdf;jsessionid=C539ADE9FAF80A6EEA3CA9169F30F8AF?sequence=1)

- World Health Organization. (2009). *Republic of Rwanda health financing systems review 2008: options for universal coverage* (No. WHO/HSS/HSF/2009.1). World Health Organization.
- World Health Organization (2016). Diabetes Country Profil. Aufgerufen am 29.01.2019, unter: [https://www.who.int/diabetes/country-profiles/rwa\\_en.pdf](https://www.who.int/diabetes/country-profiles/rwa_en.pdf)
- World Health Organization (2018). Rwanda Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles. Aufgerufen am 29.01.2019, unter: [https://www.who.int/nmh/countries/rwa\\_en.pdf](https://www.who.int/nmh/countries/rwa_en.pdf)
- World Population Review (2017). Rwanda Population (2017). Aufgerufen am 18.07.2017, unter: <http://worldpopulationreview.com/countries/rwanda-population/>
- Woo-Cumings, M. (1999). Introduction: Chalmers Johnson and the politics of nationalism and development. *The developmental state*, S. 1-31.
- Wölfle, M. (2013). *Mikroökonomik: im Bachelor-Studium*. Springer-Verlag.
- UNICEF (o.J.). Bamako-Initiative. Aufgerufen am 08.10.2019, unter: [https://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08\\_panel\\_2\\_5.pdf](https://www.unicef.org/sowc08/docs/sowc08_panel_2_5.pdf)
- UN Data (2019). Total fertility rate (live births per woman). Aufgerufen am 26.11.2019, unter: <http://data.un.org/Data.aspx?d=PopDiv&f=variableID%3A54>
- USAID and Health Finance and Governance (2015). Ethiopia's Community-based Health Insurance: A Step on the Road to Universal Health Coverage.
- Uvin, P. (1998). *Aiding violence: The development enterprise in Rwanda*. Kumarian Press.

## **Interviewliteraturliste**

Die beigefügte Liste enthält alle Interviewpartner im Rahmen der Feldforschung. Auf Nachfrage können die Interviewaudios, Transkripte und Einverständniserklärungen bei der Forscherin angefragt werden.

### **Pilotstudie**

Angestellter #1, persönliche Kommunikation, 31. März 2017.

Angestellter #2, persönliche Kommunikation, 31. März 2017.

Angestellter #3, persönliche Kommunikation, 31. März 2017.

Angestellter #4, persönliche Kommunikation, 31. März 2017.

Patient #1, persönliche Kommunikation, 31. März 2017.

Patient #2, persönliche Kommunikation, 31. März 2017.

Patient #3, persönliche Kommunikation, 31. März 2017.

Patient #4, persönliche Kommunikation, 31. März 2017.

### **Feldforschung**

Social Worker #1, persönliche Kommunikation, 04. Mai 2017.

Social Worker #2, persönliche Kommunikation, 04. Mai 2017.

Social Worker #3, persönliche Kommunikation, 04. Mai 2017.

Angestellter #1, persönliche Kommunikation, 03. Mai 2017.

Angestellter #2, persönliche Kommunikation, 03. Mai 2017.

Angestellter #3, persönliche Kommunikation, 03. Mai 2017.

Angestellter #4, persönliche Kommunikation, 03. Mai 2017.

Angestellter #5, persönliche Kommunikation, 03. Mai 2017.

Angestellter #6, persönliche Kommunikation, 04. Mai 2017.

Doctor #3, persönliche Kommunikation, 05. Mai 2017.

Doctor #4, persönliche Kommunikation, 05. Mai 2017.

Doctor #5, persönliche Kommunikation, 05. Mai 2017.

Doctor #6, persönliche Kommunikation, 09. Mai 2017.

Doctor #7, persönliche Kommunikation, Mai 2017.

Patient mit Krankenversicherung #1, persönliche Kommunikation, 02. Mai 2017.



Fokusgruppengespräch mit Menschen ohne Krankenversicherung, persönliche Kommunikation, 27. Mai 2017.

Fokusgruppengespräch mit Menschen mit Krankenversicherung, persönliche Kommunikation, 31. Mai 2017.

MSH, persönliche Kommunikation, 13. November 2017.

RSSB, persönliche Kommunikation, 10. November 2017.

Weltbank, Telefoninterview, 27. November 2017.

## Zusammenfassung

---

Die ruandische Krankenversicherung, Community Based Health Insurance (CBHI), ist das sozialpolitische Aushängeschild Ruandas. Die CBHI ermöglicht einem Großteil der ruandischen Bevölkerung einen erschwinglichen Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, was einen positiven Einfluss auf die wirtschaftliche und gesellschaftliche Entwicklung Ruandas hat. Im internationalen Vergleich wird die flächendeckende ruandische Krankenversicherung als erfolgreich eingestuft, allerdings sanken in den letzten Jahren die CBHI-Mitgliederzahlen. Die Ursachen für diesen Abwärtstrend sind zum jetzigen Zeitpunkt noch unzureichend geklärt.

Die vorliegende Dissertation ist eine interdisziplinäre Arbeit in den Bereichen Gesundheitsökonomie und Ethnologie und thematisiert die Entwicklung sowie die Stärken und Schwächen der ruandischen CBHI. Die Forschungsergebnisse basieren auf einer Vielzahl von semi-strukturierten Interviews, die im Rahmen von zwei Forschungsaufenthalten im Jahr 2017 gesammelt wurden und einer vorausgehenden ausführlichen Literaturrecherche. Durch dieses Vorgehen konnten die Funktionsweise der CHHI, ihre Erfolge und Mängel sowie ihre Bedeutung für den Staat und die ruandische Gesellschaft identifiziert, analysiert und beurteilt werden.

Die Forschung brachte zum Vorschein, dass größtenteils die verwobenen und teilweise intransparenten administrativen Strukturen für den erschwerten Zugang zur CBHI verantwortlich sind. Die Ubudehe-Kategorien, die die ruandische Gesellschaft anhand von staatlich festgelegten Kriterien in unterschiedliche soziale Kategorien einteilen, spielen eine zentrale Rolle für den Erwerb einer CBHI-Mitgliedschaft. Denn die zugeordnete Ubudehe-Kategorie ist ausschlaggebend für die Beitragshöhe der CBHI und kann somit den zentralen Grund für den Nicht-Erwerb darstellen. Die Bedeutung von Spargemeinschaften, die Beitragshöhe, die Höhe der Zuzahlungen zu Medikamenten oder Arztbesuchen und der Leistungskatalog der CBHI sind weitere beeinflussende Faktoren, die für oder gegen den CBHI-Erwerb sprechen. Nicht vernachlässigbar sind persönlich gemachte Erfahrungen im Gesundheitswesen - mit oder ohne CBHI - und Erfahrungen mit der traditionellen Medizin, die für einen Teil der ruandischen Gesellschaft weiterhin wichtig sind.

## Über die Autorin

---

Bettina Mukudente Pieck wurde am 04.01.1989 in Frankfurt am Main geboren. Im Jahr 2008 legte sie das Abitur am Friedrich-Dessauer-Gymnasium ab und begann anschließend eine dreijährige Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin am Diakonieseminar Agaplesion Frankfurt am Main. Nach der erfolgreichen Beendigung ihrer Ausbildung nahm Bettina Mukudente Pieck das Bachelorstudium der *Gesundheitsökonomie* (B.Sc.) an der Universität Köln auf. Im Rahmen ihres Studiums absolvierte sie ein Praktikum bei der Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW- Entwicklungsbank). Es folgte ein Masterstudium *Healthcare, Policy, Management and Innovation* (M.Sc.) an der Maastricht University.

Vor allem ihr Praktikum mit Schwerpunkt Gesundheit in Afrika bei der KfW-Entwicklungsbank und ihre persönlichen Verbindungen zu Ruanda motivierten die Autorin zu einem Promotionsvorhaben im Fachbereich Ethnologie an der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Die Doktorarbeit wurde mit einem Vollzeitstipendium der Konrad-Adenauer-Stiftung unterstützt. In der Zeit der Promotion arbeitete die Autorin zusätzlich als Gesundheits- und Krankenpflegerin in einer Frankfurter Notaufnahme.

In ihrer Doktorarbeit beschäftigt sich die Bettina Mukudente Pieck mit der ruandischen *Community Based Health Insurance*, insbesondere mit deren Stärken und Schwächen. Dieser Forschungsschwerpunkt wurde auf Grund der zentralen Bedeutung, den eine Krankenversicherung für die individuelle Gesunderhaltung und für die gesellschaftliche Entwicklung hat, gewählt. In ihrer Forschung konnte die Autorin ihre Erfahrungen als Gesundheits- und Krankenpflegerin einbringen und auf ihr breites Wissen auf dem Gebiet Gesundheit zurückgreifen. Dadurch konnte sie ein Grundverständnis für das ruandische Krankenversicherungssystem und seine Funktion für die Entwicklung des zentralafrikanischen Landes gewinnen. Der gleichzeitig ethnologische und gesundheitsökonomische Zugang zu dem Forschungsgegenstand ermöglichte es, das Thema in all seinen Facetten zu erfassen.