

Kostenbeteiligung bei der Sicherstellung der Gesundheitsversorgung in 17 Gesundheitszonen in einer Provinz im Osten der Demokratischen Republik Kongo – Erfahrungen von Malteser International

Alfred Kinzelbach und Peter Schmitz*

This article outlines the concept and positive experiences, as well as potential risks, of local cost-sharing in primary health care in the *Ituri* region of the eastern DRC.

Since five years Malteser has been providing support to 240 health centres and 11 rural hospitals in this region to ensure access to health care for a catchment population of 1.7 million. The health programme is based on a cost-sharing and revolving fund system, which was already common in the region before the establishment of the programme. The health programme has been integrated into the local health structures and has a high level of community involvement. Two central pharmacies, where health workers buy drugs and medical equipment at a subsidised price, as well as close monitoring and supportive supervision constitute key elements of the programme. Indicators like utilisation rate and data on rational drug use demonstrate improved access to health service and improved performance of the health-care providers. The health system receives a financial subsidy of approximately 60 percent of the total costs through the programme budget; the remaining 40 percent is the cost-sharing contribution of the population for treatment and drugs. The provision of medicine at an affordable price within a cost-sharing system has improved the availability of health services and drugs. As a result, health care has improved for a large number of people living in this remote area of the DR Congo. Through cost-sharing and the revolving fund the programme aims for greater sustainability within a more developmental approach and is an example of *Linking Relief Rehabilitation and Development* (LRRD).

1. Einführung

Die Menschen in der DR Kongo sind Leid gewöhnt. Unter der Herrschaft *Mobutus* waren die Versorgungsstrukturen und die Infrastruktur abgewirtschaftet worden. Es gab keinen Nachschub, keine Löhne und keine Unterstützung durch den Staat. Schon seit Ende der 80er Jahre hat die Unzufriedenheit der Bevölkerung im Osten des Landes immer wieder zu Unruhen und Separationstendenzen geführt, die *Mobutu* durch geschickt inszenierte lokale Kleinkriege zu unterdrücken versuchte. Die Flüchtlingsströme aus dem Nachbarland Ruanda nach dem Genozid von 1994 wirkten wie ein Katalysator, der *Laurent Kabilas* langjährigen Buschkrieg zu einer Befreiungsbewegung anschwellen ließ, die letztlich *Mobutu* 1997 aus dem Amt trieb. Doch *Laurent Kabila* verpasste die Chance die marode Verwaltung und das Leben der Bevölkerung zu verbessern. Die Nachbarländer Ruanda und Uganda nutzen dies, um eine neue Rebellion zu schüren, die das Land von 1998 bis 2003 in einen neuen Bürgerkrieg stürzte, der fast vier Millionen Menschenleben kostete. Auch seit dem Friedensabkommen dauert die Gewalt noch an.

Neben Süd-Kivu war und ist dabei Ituri – ein Distrikt der Provinz *Orientale*, der sich vom Sudan aus an der ugandischen Grenze entlangzieht –, heißester Schauplatz dieses Krieges. Im Machtkampf sich immer weiter aufsplittender Parteien und Milizen, geführt unter Berufung auf alte ethnische Rivalitäten (Bahema – Walendu – Gegere), aber letztlich nur bestimmt vom Profit der Goldminen, der Diamantenvorkommen, des illegalen Holzexports und der Zolleinkünfte der lebenswichtigen Grenzübergänge nach Uganda. Auch nach dem Abkommen von Sun City, das die Teilung des Landes beendete, sorgte das Machtvakuum sowie die wirtschaftlichen Interessen auch der Nachbarn dafür, dass die Milizen weiterhin die Macht innehielten. Ein wenig behinderter Waffenhandel garantierte den notwendi-

gen Nachschub. Nur langsam kehrt in weiten Teilen des Landes eine relative Normalität zurück, nachdem ein Teil der Milizen unter der Intervention der Vereinten Nationen (MONUC) und dem wachsenden Widerstand einer verbitterten Bevölkerung zerfallen sind.

Malteser International stellt seit fünf Jahren die Gesundheitsversorgung für ca. 1,7 Millionen Menschen im Norden des Distrikts *Ituri* sicher. Eine Zentralapotheke mit zwei Filialen versorgt 240 Gesundheitszentren und elf Krankenhäuser regelmäßig mit essentiellen Medikamenten. Trotz der Krisensituation und der weit verbreiteten Armut beteiligt sich die Bevölkerung an den Kosten. Dies hat im Kongo Tradition: Seit Mitte der 70er Jahre versagte die Regierung, und es kamen und kommen weder Medikamente, medizinische Ausstattung, noch Gehälter in der Peripherie des Landes an. Das Gesundheitssystem finanziert sich daher – unfreiwilligerweise – selbst.

Mit dem Versinken des Ostteils des Landes in zehn Jahre Bürgerkrieg kann dieses Gesundheitssystem nur durch gezielte Subventionierung von außen im Rahmen der humanitären Hilfe und der Wiederaufbauhilfe funktionell erhalten werden. Die Gesundheitszentren bzw. das aus der Kostenbeteiligung finanzierte medizinische Personal werden regelmäßig kontrolliert, betreut und beraten (unterstützende Supervision). Dabei konnte eine allmähliche qualitative Verbesserung der Versorgung erreicht werden.

Über die Jahre hinweg konnte diese Entwicklung durch die erhobenen Daten beobachtet werden. Ein wichtiger Indikator, um abzuschätzen, ob die Bevölkerung Zugang zur Gesundheitsversorgung hat, ist die Nutzungsrate der Ge-

* Dr. Alfred Kinzelbach ist Regional Koordinator (Kongo) bei Malteser International (Deutschland); Dr. Peter Schmitz ist Leitender Arzt bei Malteser International (Deutschland).

sundheitszentren. Sie ist eine wichtige Beobachtungs- und Planungsgröße und drückt aus, in welchem Maße die Bevölkerung die vorhandenen Gesundheitseinrichtungen nutzt. Die Anzahl der Patientenbesuche mit einer neuen Diagnose wird dabei mit der Bevölkerung im Einzugsgebiet zeitlich in Relation gesetzt.¹ Bewaffnete Konflikte, politische Ereignisse, Änderungen der ökonomischen Lage, aber auch der Jahreszyklus mit Regen- und Trockenzeiten und die Erntezeiten haben Einfluss auf diese Nutzungsrate. Die Zufriedenheit der Bevölkerung mit dem medizinischen Personal und die Verfügbarkeit von Medikamenten in den Gesundheitszentren haben natürlich auch einen Einfluss darauf, ob die Bevölkerung die Gesundheitseinrichtungen nutzt. All diese Daten und Informationen fließen kontinuierlich in die Analyse der Indikatoren ein. Selbst die Kaufkraft wird über die Zeit regelmäßig durch Markteinkäufe beobachtet, um die Preisgestaltung für Medikamente und medizinische Behandlung den finanziellen Möglichkeiten der Bevölkerung anzupassen.

Dieses Versorgungskonzept, welches eine überdurchschnittlich große Bevölkerung erreicht, wird dargestellt und an Hand von über Jahren gesammelten Daten umrissen. Obwohl als Humanitäre Hilfe begonnen, ist das Projekt dank der Integration und Adaptation bestehender Strukturen und Abläufe fest in das lokale und regionale Gesundheitswesen integriert und auf dem Weg in eine langfristige Entwicklungszusammenarbeit.

In diesem Aufsatz soll dokumentiert werden, dass eine Kostenbeteiligung der Bevölkerung an der Gesundheitsversorgung in der Humanitären Hilfe möglich ist und wie dies durch entsprechende Subventionen realisiert werden kann. Das Programm ist darüber hinaus ein Beispiel, wie auch schwache lokale Strukturen eingebunden und gefördert werden können. Es wird aufgezeigt, dass unter den gegebenen Rahmenbedingungen eine große Bevölkerungszahl flächendeckend, der Situation angepasst und kosteneffizient Zugang zu medizinischer Versorgung bekommt.

2. Hintergründe und Entwicklung des Programms

2.1. Die Humanitäre Lage im Nordosten der DR Kongo

3.000 km von *Kinshasa* entfernt, war Ituri seit der Unabhängigkeit der DR Kongo eine vernachlässigte Region mit entsprechend gering entwickelten Infrastrukturen. Einzig aus Tabak-, Kaffee- und Goldexporten sowie einem intensiven Handel mit dem Nachbarland Uganda entstand eine gewisse Prosperität, die jedoch unter der Herrschaft der Milizen massiv gelitten hat. Die Landwirtschaft hat alle kriegsführenden Parteien miternähren müssen, der Viehbestand ist reduziert, das wenige Bargeld sowie der Hausrat und die Lebensmittelvorräte der Bevölkerung vor Ort waren immer wieder Opfer von Plünderungen. Dazu kommen Straßendiebstahl, Misshandlung und sexuelle Gewalt, und in deren Gefolge Flucht. Der Handel brach unter willkürlichen Beschlagnahmungen und Besteuerungen massiv ein. Die jetzt knapp ein Jahr dauernde relative Ruhe, gepaart mit dem bewundernswerten Überlebenswillen und der Anpassungs-

fähigkeit der kongolesischen Bevölkerung, haben für eine spürbare Erholung gesorgt.

2.2. Die Entwicklung des Malteser-International-Programms

Malteser International ist seit dem Jahr 2000 im Distrikt *Ituri*. Zunächst als Nothilfeprogramm unter ECHO-Finanzierung initiiert, wurde das Programm fortgeschrieben, erweitert und schließlich von EuropeAid übernommen. Im Rahmen des so genannten 9. Europäischen Entwicklungsfonds (EEF) soll das Projekt langfristig in die Entwicklungszusammenarbeit der EU eingepasst werden. Es ist somit ein Modellprogramm zur Umsetzung des *Linking Relief Rehabilitation and Development* (LRRD) Gedanken und leistet frühzeitig einen Beitrag zur nachhaltigen Entwicklung.

3. Problemanalyse zur Gesundheitsversorgung in der Programmregion

Nord-Ituri ist landschaftlich und hinsichtlich seiner Bevölkerung sehr heterogen. Vom Grabenbruch mit den Seen steigt das Gebirge bis über 2.000 m an, um nach Norden und Westen hin abzufallen in die Baumsavannen und schließlich in den tropischen Regenwald. Die Grenzregion ist sehr dicht besiedelt, aber sobald man ins Innere des Landes kommt, findet man nur noch dünn besiedelte, zudem schwer zugängliche Gebiete. Sechs Sprachen werden in der Region gesprochen, und nur der nördliche Teil nutzt Lingala als *Lingua franca*. Exakte Daten zur Bevölkerungszahl sind üblicherweise in diesem Kontext kaum zu erheben. Der letzte Zensus fand 1984 statt, seither gibt es nur rechnerische Anpassungen, die unter all den Wirren sicher nicht zuverlässig sind. Im Rahmen der nationalen Programme zur Ausrottung der Polio wurden Zahlen erstellt, die ganz sicher übertrieben sind (die Bezahlung der Gesundheitszonen richtete sich nach Bevölkerungszahlen!). Wir nutzen Zahlen aus lokalen Erhebungen und sind uns bewusst, dass diese Zahlen mit Vorsicht zu genießen sind. Andererseits sind die Bevölkerungszahlen, wenn auch nur geschätzt, wichtigster Parameter für jegliche Versorgungsplanung (siehe Tabelle 1).

Aufgrund der jahrelangen Bürgerkriegswirren gab es für die Bevölkerung keine medizinische Versorgung und die Vorbeugungsprogramme wurden aus Mangel an Infrastruktur über Jahre nicht durchgeführt. Das hat zur Folge, dass insbesondere Kinder, Schwangere und stillende Mütter, die am anfälligsten für Krankheiten und Seuchen sind, einem hohen Risiko ausgesetzt sind. Im Osten der DR Kongo gab es in den vergangenen fünf Jahren weit über 50 Choleraepidemien, der Gesundheits- und Ernährungszustand der Kinder ist besorgniserregend. Bei der initialen Problemanalyse zur Gesundheitsversorgung der Bevölkerung der Region zeigten sich zudem folgende Defizite und Engpässe:

- Fehlender geregelter Import von Medikamenten – Die Chefs der Gesundheitszentren kauften jenseits der „grünen

¹ Siehe auch *Sphere Handbook 2004, Health System and Infrastructure Standard No. 5, Guidance Notes No. 3, S. 268.*

Grenze“, z. B. in Uganda – Medikamente zweifelhafter Qualität auf dem grauen Markt, um sie zu überhöhten Preisen an die Patienten weiterzuverkaufen.

- Mangelnde fachliche Kompetenz der Krankenpfleger/ Medizinalassistenten – Das Ausbildungsniveau in der chronisch vernachlässigten Region ist niedrig. Die besser qualifizierten Kräfte verlassen die Region, und die Jahre der Wirren haben die Degradation noch beschleunigt. Diagnostik und Verschreibungspraxis sind oft nur als chaotisch zu bezeichnen.
- Mangelnde Datensammlung und -auswertung – Auch wenn die Hierarchie regelmäßige Berichte einfordert, kommen die Gesundheitsstrukturen dieser Pflicht kaum nach – aus Demotivation, mangelnder Einsicht, fehlender Anleitung oder schlicht aufgrund fehlender Formulare.
- Ein demotiviertes und inaktives öffentliches Gesundheitswesen – Seit Mitte der 70er Jahre hat der Staat aufgehört, seinen Beamten und Angestellten Gehälter zu zahlen. Die Koordinationsbüros der Gesundheitszonen müssen von dem leben, was ihre abhängigen Gesundheitsstrukturen an monatlicher Abgabe zahlen (und oft auch nicht), was zu völlig inadäquaten Gehaltssubstituten führt.

4. Zielsetzung des Programms

Die besondere Zielsetzung des Programms ist die möglichst flächendeckende und weit in die Peripherie reichende Sicherstellung der Basisgesundheitsversorgung für 1,7 Millionen Menschen im Norden des Distrikts *Ituri*. Dabei soll das Programm in die lokalen Strukturen integriert sein und diese unterstützen. Die wesentliche Maßnahme zur Erreichung dieser Ziele ist die Einrichtung einer Zentralapotheke mit zwei Filialen, die 240 Gesundheitszentren und elf Krankenhäuser versorgen. Durch regelmäßige Betreuung der Gesundheitseinrichtungen, durch Schulungsmaßnahmen und gemeinsame Planung mit den zuständigen Gesundheitsdiensten soll der Zugang zu medizinischer Versorgung für die Bevölkerung gewährleistet sein. Im Einzelnen bedeutet dies:

- Finanzieller Zugang – Die Bevölkerung kann sich die medizinische Behandlung und die Medikamente leisten.
- Geographischer Zugang – Auch abgelegene Gesundheitszentren sollen integriert werden.
- Qualität der Medikamente – Die Versorgung mit Medikamenten zuverlässiger Qualität wird durch regionalen Einkauf sichergestellt.
- Adäquates Leistungspaket – Die medizinische Basisversorgung und Präventionsprogramme werden angeboten bzw. durchgeführt.
- Qualität der Versorgung – Durch regelmäßige Supervision, Monitoring und entsprechende Schulung vor Ort wird die Qualität der Versorgung stetig überprüft und verbessert (z. B. rationaler Einsatz von Medikamenten).

5. Ergebnisse des Programms

Es war von Anfang an klar, dass eine Nachhaltigkeit des Programms nur durch die Einbindung in lokale Strukturen zu erreichen ist. Dies gilt insbesondere für das problema-

tische öffentliche Gesundheitswesen (siehe Tabelle 1). Das Büro der Gesundheitsdienste der jeweiligen Gesundheitszone (*Bureau central de zone de santé*) war oft die einzige Struktur, die während aller Wirren eine Basisfunktion aufrechterhalten hat. Der Hauptarzt dieser Zone, der so genannte *Médecin chef de zone*, entscheidet sowohl über Personalfragen als auch über Neu- oder Wiedereröffnung von Gesundheitsstrukturen. Er überwacht zudem den privaten Sektor, organisiert die Supervision seiner abhängigen Gesundheitsstrukturen und ist für Programme wie Impfkampagnen etc. zuständig. Die Büros der Gesundheitsdienste sind unterbesetzt. Nur zwölf von 17 Gesundheitszonen haben jetzt einen *Médecin chef de zone*, der als einziger Mediziner der Zone zugleich Direktor des Krankenhauses ist. Viele technische Leitungsfunktionen sind nicht besetzt. Die Motivation ist nach Jahren des „Durchwurschtelns“ ohne Gehalt beschränkt.

Malteser International hat dennoch gezielt die Büros der Gesundheitsdienste als Partner in das Programm eingeschlossen. Zum einen, um in der Linienfunktion die Weisungsbefugnis und Personalgewalt gegenüber den Gesundheitszentren an entsprechender Stelle anzusiedeln, zum anderen in der Hoffnung, dass durch die Unterstützung der vorgesetzten Behörde deren Verantwortungsgefühl und Kompetenz steigt und sie im Laufe der Zeit mehr Funktionen übernehmen. Formell wird das Programm durch eine Generalversammlung gesteuert, in deren Sitzungsprotokollen Entscheidungen und Richtlinien des Programms festgehalten und von allen Teilnehmern abgezeichnet werden. Sie besteht aus Vertretern der Gesundheitszonen, des Distrikts, aller medizinisch engagierten Partner (s. u.) und Malteser International.

5.1.1. Die Kirche in der DR Kongo

Mit dem Zerfall der staatlichen Ordnung haben die Kirchen eine wichtige Rolle übernommen, soziale Strukturen in Gesundheits- und Bildungswesen aufrechtzuerhalten und Mittlerfunktionen in Konflikten wahrzunehmen. Allerdings ist die Spanne der Kompetenzen von Kirche zu Kirche und von Diözese zu Diözese sehr weit. In der Projektregion ist die Diözese von *Mahagi-Nioka* die herausragende Struktur. Mit ihr haben Malteser International die Medikamenteneinkaufszentrale ins Leben gerufen (s. u.).

5.1.3. Sonstige NROs

Bedingt u. a. durch die abgelegene, weitläufige Lage arbeiten nur wenige NROs in *Ituri*. NROs der klassischen Nothilfe ballen sich in Bunia, das wegen der durch ihre Unsicherheit völlig degradierten Verbindungsstraße für den Norden *Ituris* nur schwer erreichbar ist. Erst in jüngster Zeit sind COOPI (mit denen Malteser International ein multisektorielles Programm für Opfer sexueller Gewalt initiiert hat) und die Welthungerhilfe in Mahagi präsent, allerdings in anderen Sektoren. Medair, eine weitere NRO mit Schwerpunkt im Gesundheitswesen, hat mit Malteser International die geographische Aufteilung der Unterstützung unterschiedlicher *Zones de Santé* abgestimmt.

5.2. Struktur der Medikamentenversorgung in Ariwara und Mahagi

Aufbauend auf der Apotheke der Diözese hat Malteser International eine Medikamenteneinkaufszentrale mit Filialen in Mahagi und Ariwara eingerichtet, um kürzere Wege zu den Gesundheitsstrukturen in der unzugänglichen Region zu ermöglichen. Die Statuten sind gemeindeorientiert. Eigentümer und Dienstherr ist die Diözese, das technische Management wird durch Malteser International geleistet, Kontrollinstanz sind gewählte Vertreter der Gesundheitszonen. Im Aufsichtsrat sind Anbieter und Gemeindevertreter mit je sechs Personen vertreten.

Die Medikamente (sowie Verbrauchsmaterialien und Kleingerätschaften) werden per Ausschreibung in der Großregion, in Uganda und Kenia eingekauft. Die beiden Zentralapotheken verkaufen sie dann mit einem Preisnachlass von 68% auf den Einkaufspreis direkt an das verantwortliche Personal der Gesundheitszentren und behalten einen Betrag von 6% des Einkaufspreises für Gehälter und laufende Kosten ein. Um der Korruption vorzubeugen, müssen die Gesundheitszentren ihre Bestellung vom zuständigen *Bureau Central de Zone de Santé Zone* (Gesundheitsbehörde) absegnen und von einer Apotheke erneut überprüfen lassen. Die Gesundheitszentren sind verpflichtet, die Medikamente nach einer vorgegebenen Preisliste weiterzuverkaufen, in der 25% Gewinnspanne für die Gesundheitszentren (berechnet auf den subventionierten Verkaufspreis der Apotheke) einkalkuliert sind. Der Endverbraucher – also der Patient – zahlt somit ca. 45% des Preises, der mit entsprechender Kostenkalkulation veranschlagt werden müsste. Ein Teil der Gewinnspanne der Gesundheitszentren geht, um die rechtmäßige Nutzung zu fördern, auf ein Konto, das jedes Gesundheitszentrum bei der Zentralapotheke besitzt. Diese Gelder werden nie ausgezahlt und dürfen ausschließlich für den Kauf medizinischer Ausrüstungsgegenstände verrechnet werden. Dadurch soll die Ausstattung der Einrichtungen schrittweise verbessert werden.

5.3. Bezahlung, Training und Supervision der Angestellten

5.3.1. Personal des öffentlichen Gesundheitswesens

Während die Einkünfte aus Medikamenten strikt wieder in Medikamente zu investieren sind, werden die Einkünfte aus Gesundheitsleistungen, bzw. medizinischen Behandlungen auf laufende Kosten und Gehälter aufgeteilt (20% bzw. 80%). Das Personal der Gesundheitsdienste finanziert sich ausschließlich aus diesen Einkünften. Da sie seit Jahren keine Gehälter mehr gezahlt bekamen, sind sie durch diese Art der Finanzierung motiviert und engagiert, ihre Aufgabe zur besten Zufriedenheit der Bevölkerung zu erfüllen.

5.3.2. Gesundheitszentren

Die Gesundheitszentren bemühen sich, in das Programm aufgenommen zu werden. Um die Qualität zu sichern, müssen sie dazu folgende Kriterien und Grundbedingungen erfüllen:

- a) Das Gesundheitszentrum ist eine anerkannte Struktur des öffentlichen Gesundheitswesens mit eigenem Einzugsbereich (*Aire de Santé*).
- b) Ein Grundangebot an Leistungen ist vorhanden (*Paquet Minimum d'Activités*).
- c) Die Beteiligung der Gemeinde ist gewährleistet (gemeinsame Leitung des Zentrums durch Krankenpfleger und gewähltes Gesundheitskomitee (*Comité de Santé*) aus Vertretern der umliegenden Dörfer).
- d) Das Personal hat eine abgeschlossene formale Ausbildung als Minimalanforderung an die Qualifikation.
- e) Das Management durch das lokale Gesundheitskomitee (*Comité de Santé*) ist transparent.
- f) Die Tarifgestaltung der Behandlungskosten ist sozialverträglich und stellt sicher, dass auch Mittellose behandelt werden.
- g) Die vorgeschriebenen Medikamentenpreislisten werden respektiert.
- h) Es erfolgt eine regelmäßige Berichterstattung.

Verstöße gegen diese Prinzipien können zur Suspendierung des Zentrums führen.

5.3.3. Supervision

Die Unterstützung der Gesundheitszentren durch regelmäßige Supervision ist ein wesentliches Instrument zur Qualitätsverbesserung und zur kontinuierlichen Fortbildung in den Gesundheitseinrichtungen. Obwohl Supervision Aufgabe der *Bureaux de Zone* ist, kann sie von ihnen aus Personalmangel und Mangel an Transportmitteln nicht hinreichend erfüllt werden. Da zudem die Versuchung groß ist, sich durch den Kauf von billigen Medikamenten persönlich zu bereichern, hat Malteser International ein eigenes Supervisionssystem geschaffen. Jedes Zentrum soll dabei einmal pro Monat von beratenden Fachkräften der Malteser für eine Supervision mit Trainingscharakter besucht werden. Derzeit werden 75% der Supervisionsbesuche realisiert. Für Fragen, die disziplinäre Konsequenzen haben, wird das *Bureau de Zone* hinzugezogen. Die Supervision erfolgt nach einer Checkliste, dabei werden Zustand und Sauberkeit des Zentrums, Behandlung der Abfälle, Latrinen, Dokumentation, Buchhaltung, Lagerhaltung, Medikamentenverbrauch, Verschreibungspraxis und Gemeindebeteiligung (*Comité de Santé*) geprüft. Die Ergebnisse werden in einem Bulletin zusammengefasst, das Langzeitvergleich und Vergleich unter den Strukturen zulässt.

5.3.4. Training

Es hat sich sehr schnell gezeigt, dass es nicht damit getan ist, ausschließlich Medikamente in ein Gesundheitszentrum zu bringen. Es ist nicht die chronisch drohende Veruntreuung, vielmehr die Inkompetenz in Diagnostik und Verschreibung, die einer rationellen Nutzung von Medikamenten im Wege stehen. Deswegen wurde neben dem „on-the-spot-Training“ während der Supervision eine Fortbildung klassischer Art etabliert. Malteser-International-Trainer bieten Fortbildungen zu Diagnostik, rationeller Verschreibung von Medikamenten, Verhalten bei verschiedenen Epidemien etc. regelmäßig jeden Monat in allen Zonen an.

5.4. Datensammlung und Indikatoren zur Verlaufbeobachtung

Grundlage der Datensammlung sind die diversen Supervisionsberichte und der offizielle monatliche Bericht, den jede Struktur zu liefern hat. Das nationale Berichtssystem wird mit einem neuen Modell reaktiviert, das in mehreren Generalversammlungen verbessert und adaptiert wurde. Im Durchschnitt werden 75% aller Monatsberichte abgeliefert. Die Ausfüllqualität ist Teil der Fortbildung, um einigermaßen verlässliche Daten zu erhalten.

5.5. Ergebnisse

5.5.1. Nutzungsraten

Die Nutzungsraten sind kardinale Indikatoren für den Zugang zu Gesundheitsdiensten (siehe Diagramm 1: Centre de Santé de Laybo)

- Die **Nutzung kurativer ambulanter Dienste** lag vor der Intervention im Durchschnitt bei 0,15. Inzwischen sind wir bei 0,3 im Mittel angelangt, wobei eine Reihe von Zonen um 0,5, gar 0,6 liegen. Der jährliche Kurvenverlauf zeigt dabei deutliche Überlagerungen von politisch-militärischen Ereignissen (Plünderung, Unsicherheit, Flucht) und saisonalen Gegebenheiten (Aussaat, Erntezeit, Weihnachten) bei denen das gesamte Geld für das Fest, die Einschulung oder Ähnliches ausgegeben wird.
- Die **Nutzung präventiver Dienste** hat sich ebenfalls verbessert:
 - nahmen zuvor 40% der Schwangeren an der **Vorsorge** teil, so kommen jetzt durchschnittlich 85%.
 - Die **Impf-Abdeckung** in der Provinz *Orientale* ist mit die schlechteste in ganz Kongo. Durch das Programm haben einige der Zonen erhebliche Fortschritte gemacht: *Logo* und *Nyarambe* liegen für alle wesentlichen Impfungen über den erforderlichen 75%. Andere wie *Kambala-Nioka* oder *Faradje* haben sich wenig bewegt und liegen bei nur 50%.
- Die **Entbindungsrate im Gesundheitszentrum** ist im Kontrast zur hohen Vorsorgerate weiterhin gering: nur 30–40% der Geburten finden in Gesundheitsstrukturen statt. Während der Intervention hat sich die Rate auf 60% gesteigert.

5.5.2. Qualitativ fachliche Indikatoren – Verschreibungsgebaren

Diagnostik und rationelle Verschreibung sind Schlüssel für die Qualität der medizinischen Behandlung. Parallel zu der Fortbildung untersuchen wir deswegen fortlaufend jeden Monat vier Fragen anhand von Zufallsproben aus jeder supervisierten Gesundheitsstruktur:

- a) Korrelation zwischen Klagen und Symptomen des Patienten und Diagnostik.
- b) Anteil der Antibiotika-Behandlungen an der Gesamtzahl der Behandlungen mit dem Ziel, diesen zu senken – (Ausgangspunkt war die Antibiotika-Benutzung für jeden Behandlungsfall).
- c) Anteil der Behandlungen bei denen eine Injektion verabreicht wurde mit dem Ziel, diese zu verringern – (als Aus-

gangspunkt erhielten mehr als 30% der Patienten ein Medikament als Injektion, wandernde „Injektoren“ verabreichten Spritzen von Haus zu Haus. Den Spritzen werden in vielen Kulturen, die europäischen nicht ausgenommen, fälschlicherweise eine größere Wirkung als Medikamenten in Tablettenform zugeschrieben).

d) Korrelation zwischen der gestellten Diagnose und der durchgeführten Behandlung anhand der Dokumentation in den Behandlungsbüchern. Dabei gibt es zwei Stufen: 1 – zumindest die richtige Wahl der Medikamente, 2 – korrekte rationelle Verschreibung mit Respektierung von Dosierung und Dauer.

5.6. Kostenanalysen

Mit den weitgehend respektierten Medikamentenpreisen sind die Kosten pro Erkrankungsepisode für die medikamentöse Behandlung erschwinglich geworden. Zahlte die Bevölkerung vorher 3.000 bis 5.000 UGX (1,4–2,3 €), liegen die Kosten seit Jahren relativ stabil um 400 UGX (0,18 €). (UGX = Ugandan Shilling)

Die Kosten für medizinische Leistungen werden von den Gesundheitsstrukturen und deren Gesundheitskomitees innerhalb eines von *Bureau Central de Zone* festgelegten Rahmens festgesetzt. Malteser International greift dabei nicht in diese Autonomie ein. Lediglich Obergrenzen für eine sozial verträgliche Preisgestaltung werden festgesetzt, jenseits derer eine Gesundheitsstruktur nicht mehr am Programm teilnehmen kann.

Derzeit liegen die Kosten für:

- eine ambulante Behandlung im Mittel um 1.400 UGX (0,66 €),
- eine normale Geburt um 5.500 UGX (2,6 €),
- chirurgische Eingriffe und Kaiserschnitte um ca. 12 € (Vorsorgeuntersuchungen sind kostenfrei).

Unter den derzeitigen Bedingungen liegt die Subventionsrate für die gesamte medizinische Versorgung in der DR Kongo bei rund 70%. Das heißt, pro Erkrankungsperiode zahlt ein kongolesischer Patient durchschnittlich 0,32 €. Im Durchschnitt liegen für Malteser die Projektkosten pro Jahr und pro Person der Bevölkerung bei 0,29 €.

6. Kritische Diskussion der Ergebnisse

Die Situation in dieser Region der DR Kongo ist weiterhin als *complex emergency* zu bezeichnen. Trotz Transition und Anlaufen großer Entwicklungsprogramme gibt der derzeitige Stand keine Veranlassung zu großem Optimismus. Dennoch hat die Intervention im Nord-Ituri gezeigt, dass entwicklungsorientierte Arbeit auch unter Bedingungen von administrativem Chaos möglich ist. Allerdings ist das Eis dünn: eine kurze Unterbrechung des Programms – einerseits durch eine geberbedingte Finanzierungslücke, andererseits durch Bürgerkriegswirren – hat gezeigt, dass das Erreichte wieder zerfällt (wenn auch nicht auf das Niveau vor Intervention), wenn das stete Nachhalten der unterstützenden NROs wegfällt. Der nachhaltige Erfolg solcher Programme

hängt gerade in der Übergangsphase zur Entwicklungszusammenarbeit von einer zuverlässigen und lückenlosen Geberfinanzierung ab.

Auch die sehr dünne, nicht ausreichende Personaldecke trägt das ihre dazu bei. Die Qualifikation und Motivation eines einzelnen Krankenpflegers entscheidet, ob die Gesundheitsversorgung in seiner *Aire de santé* funktioniert oder ob die Bevölkerung ihr Zentrum meidet. Ersatz findet man nur sehr schwer. Mancher Einbruch in der Nutzungsrate ist rein personalbedingt.

Ein Grundproblem aller Programme – auch außerhalb des Gesundheitssektors – ist die Abwesenheit staatlicher Autorität und die fehlende Bezahlung des Fachpersonals (z. B. Krankenpfleger oder Lehrer). Es ist schwierig, von den Krankenpflegern und Angestellten der *Bureaux Centreaux Santé de Zone* mehr Leistung einzufordern, wenn diese zu sehr damit beschäftigt sind, den Lebensunterhalt für ihre eigenen Familien zu finanzieren. Unter diesen Bedingungen ist es eher erstaunlich, dass in diesem Programm dennoch ein gewisser Enthusiasmus bei den Partnern geweckt werden konnte, ohne in ein System direkter Zusatzzahlungen einzusteigen. Will man jedoch echte Nachhaltigkeit erreichen, ist eine Lösung der Gehaltsfrage unumgänglich.

Bedingt durch das Fortbestehen eines unzureichend strukturierten Staates und geringe Aussichten auf eine schnelle Besserung der politischen Situation in der DR Kongo sind Subventionen im Bereich der Medikamentenversorgung und Gesundheitsdienste mittelfristig unumgänglich, will man eine vernünftige Versorgung der Bevölkerung sicherstellen.

Bislang haben sich die Geber geweigert, in die Domäne Gehälter/Zusatzzahlungen einzusteigen. Im Konzept des 9. EEF ändert sich das: Die EU sieht darin Anreizzahlungen im medizinisch-administrativen Sektor vor, die nach vier Jahren vom Staat zu 50% getragen werden sollen. Leistungsbezogene Gehaltersatzzahlungen sind gewiss ein Schritt in die richtige Richtung und könnten zumindest bei einer gewissen Zahl der Gesundheitsdienste eine deutliche Zunahme der Aktivitäten und Motivation bewirken.

7. Perspektiven

Nord-Ituri ist in die Förderung durch den 9. EEF eingeschlossen. Das Konzept des 9. EEF ist ausgesprochen entwicklungsorientiert und nimmt sich das Modell des Nord-Kivu als Vorbild; einer Provinz, die nach 30 Jahren Unterstützung (u. a. durch die *Cooperation Belge*, *ASRAMES*, und *Cemubac*) zu den am weitesten entwickelten Provinzen des Landes gehört. Ob dieses Modell in der Provinz *Orientale* erfolgreich sein kann, die zu den am meisten vernachlässigten Provinzen des Landes gehört, (menschliche Ressourcen stellen quantitativ wie qualitativ ein Problem dar und die Infrastruktur funktioniert nicht mehr) bleibt abzuwarten. Maltser International möchte einen Beitrag dazu leisten und geht davon aus, dass die bisher gemachten Erfahrungen und die Ergebnisse einen modellhaften Grundstein für den nachhaltigen Aufbau einer Gesundheitsversorgung in den peripheren Regionen der DR Kongo darstellen. Ob das Modell für andere Regionen oder Länder tragfähig ist, muss geprüft werden, da es auf der Erfahrung der Kongolesen aufbaut, die über Jahrzehnte lernen mussten, ohne jegliche staatliche Unterstützung zurechtzukommen. ■

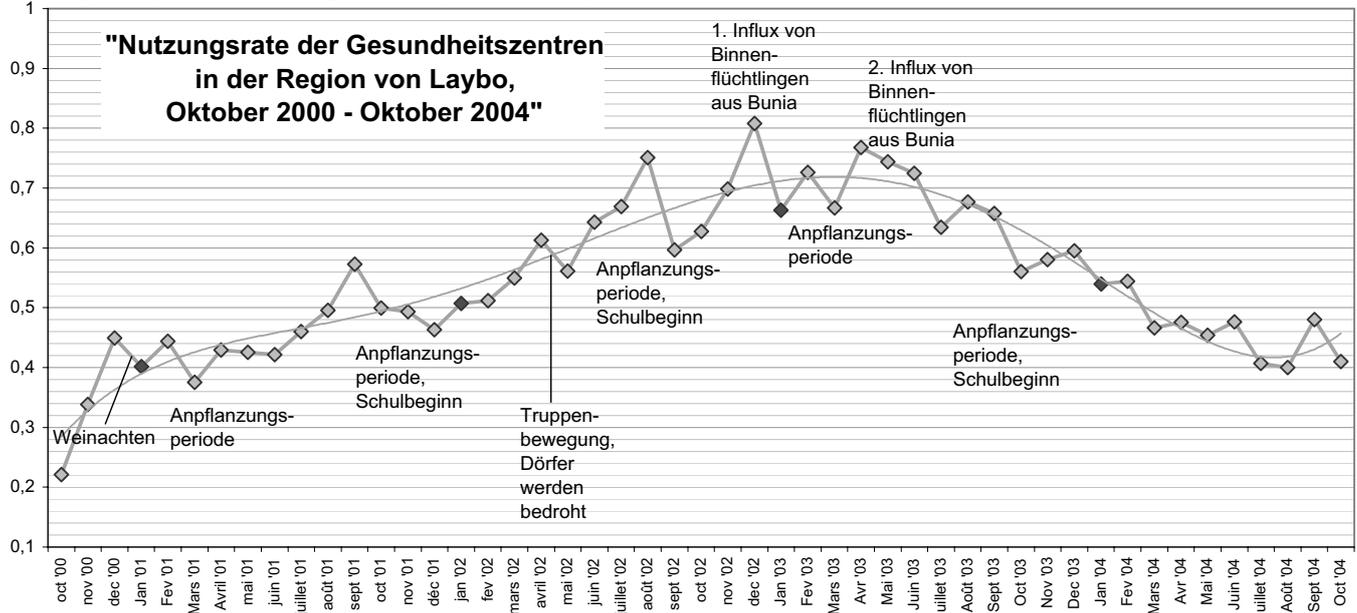
Tabelle 1: Gesamtbevölkerung der Region, erreichte Bevölkerung, Anzahl der Gesundheitseinrichtungen und derartiges lokales Personal

Gesundheitszonen 2005 (Mai)	Distrikt	Gesamtbevölkerung	Vom Programm erreichte Bevölkerung	in %	Gesundheitsstrukturen			Personal in den Gesundheitsstrukturen			Total
					"Hopital Rural"	"Centre Santé" Gesundheits-zentren: Insges. 4 Kategorien	Total	Ärztliches Personal	Pflegepersonal: 3 Kategorien	Hilfskräfte	
Aba	Haut Uele	69.731	62.319	89,4	1	14	15	0	44	70	114
Faradje	Haut Uele	55.248	50.033	90,6	1	10	11	1	29	33	63
Makoro	Haut Uele	87.725	87.725	100,0	1	24	25	1	37	58	96
Adi	Ituri	136.414	136.414	100,0	0	15	15	1	50	89	140
Adja	Ituri	45.509	32.983	72,5	0	7	7	0	16	34	50
Ariwara	Ituri	133.952	133.952	100,0	1	17	18	1	64	64	129
Aru	Ituri	137.725	129.503	94,0	1	16	17	2	83	132	217
Biringi	Ituri	108.214	108.214	100,0	1	14	15	1	28	46	75
Laybo	Ituri	104.503	104.503	100,0	1	15	16	0	33	55	88
	Nord Ituri	879.022	845.646	96,2	7	132	139	7	384	581	972
Angumu	Ituri	132.597	69.212	52,2	0	6	6	0	26	43	69
Aungba	Ituri	87.524	87.524	100,0	0	14	14	0	22	44	66
Kambala-Nioka	Ituri	73.408	37.642	51,3	0	6	6	0	13	10	23
Logo	Ituri	220.022	220.022	100,0	1	22	23	2	74	99	175
Mahagi	Ituri	121.640	121.640	100,0	1	12	13	0	33	35	68
Nyarambe	Ituri	197.041	197.041	100,0	1	21	22	1	56	78	135
Rimba-Luga	Ituri	187.976	133.983	71,3	1	19	20	0	37	45	82
Rethy	Ituri	101.343	101.343	100,0	1	8	9	2	52	70	124
	Süd Ituri	1.121.551	968.407	86,3	5	108	113	5	313	424	742
	TOTAL	2.000.573	1.814.053	90,7%	12	240	252	12	697	1005	1714

Diagramm 1

Nutzungsrate in einem Gesundheitsversorgungsgebiet (*zone de santé*), in Abhängigkeit von aktuellen Ereignissen bzw. Situationen, die die Bevölkerung bei der Nutzung der Gesundheitsdienste beeinflussen. [Schlüsselindikator: 0,5 - 1]

Nutzungsrate [Neue Erkrankungsfälle / Population / Jahr]



Allmähliche Verbesserung nach mehreren Jahren der Intervention
Diagramm 2: Qualität der Diagnostik

