

Institut für
Entwicklung
und Frieden



UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

Frank Bliss

Gesundheitsfürsorge für die Ärmsten:

Der „Health Equity Fund“ (HEF) in Kambodscha

AVE-Studie 11/2018

BIBLIOGRAPHISCHE ANGABE:

Bliss, Frank (2018): Gesundheitsfürsorge für die Ärmsten: Der „Health Equity Fund“ (HEF) in Kambodscha. Institut für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen (AVE-Studie 11/2018, Wege aus extremer Armut, Vulnerabilität und Ernährungsunsicherheit).



Impressum

Herausgeber:

Institut für Entwicklung und Frieden (INEF)
Universität Duisburg-Essen

Logo design: Carola Vogel

Layout design: Jeanette Schade, Sascha Werthes

Cover design: Shahriar Assadi

Alle Fotos © Bliss 2017

© Institut für Entwicklung und Frieden

Lotharstr. 53 D - 47057 Duisburg
Phone +49 (203) 379 4420 Fax +49 (203) 379 4425

E-Mail: inef-sek@inef.uni-due.de

Homepage: <http://inef.uni-due.de>

ISSN 2511-5111



Frank Bliss

Gesundheitsfürsorge für die Ärmsten:
Der „Health Equity Fund“ (HEF) in Kambodscha

AVE-Studie 11/2018

Wege aus extremer Armut, Vulnerabilität und Ernährungsunsicherheit

Universität Duisburg-Essen
University of Duisburg-Essen

Institut für Entwicklung und Frieden (INEF)
Institute for Development and Peace

AUTOR:

Dr. phil. Frank Bliss, Prof. für Ethnologie (Entwicklungsethnologie) an der Universität Hamburg und Senior Research Fellow sowie Lehrbeauftragter an der Universität Duisburg-Essen (INEF). Forschungsarbeiten u.a. in Ägypten, im Maghreb, dem Sudan sowie in Zentralasien. Als Consultant vor allem im Wasserbereich, bei der Umsetzung von Social Safeguards in Infrastrukturprojekten sowie in der Politikberatung tätig.

E-Mail: bliss.gaesing@t-online.de

Projekthomepage www.inef-reachthepoorest.de

Das Projekt wird aus Mitteln des Bundesministeriums für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) im Rahmen der Sonderinitiative „EINEWELT ohne Hunger“ (SEWOH) finanziert.

Inhalt

Summary	7
Zusammenfassung	8
1. Länderkurzanalyse Kambodscha	10
1.1 Sozioökonomie und Armut	10
1.2 Gesundheits- und Ernährungssituation.....	13
2. Das kambodschanische Gesundheitssystem und der Health Equity Fund.....	15
2.1 Einführung in die Untersuchung.....	15
2.2 Das kambodschanische Gesundheitssystem im Übergang.....	16
2.2.1 Die aktuelle Gesundheitsinfrastruktur.....	16
2.2.2 Gesundheitsversorgung: Von willkürlichem Abgreifen zum flächendeckenden Angebot für Arme	17
2.2.3 Das Health Equity and Quality Improvement Project	19
2.2.4 Der Health Equity Fund (HEF) in Theorie und Praxis.....	20
2.2.5 Wirkungen des Health Equity Fund auf PatientInnen und Gesundheitspersonal.....	24
2.2.6 Bestehende Herausforderungen innerhalb der Gesundheitsversorgung.....	34
3. Bewertung und allgemeine Schlussfolgerungen	37
Literatur	40
Anhang	42

Abkürzungsverzeichnis

BIP	Bruttoinlandsprodukt
BMZ	Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
BNE	Bruttonationaleinkommen (vgl. GDP)
CARD	Council for Agricultural and Rural Development
DFAT	Department of Foreign Affairs and Trade (Australien)
DoH	Department of Health
EW	EinwohnerInnen
EZ	Entwicklungszusammenarbeit
FZ	Finanzielle Zusammenarbeit
GDP	Gross Domestic Product (vgl. BNE)
GIZ	Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit
ha	Hektar
HEF	Health Equity Fund
HEFO	HEF-Operators
HEFP	HEF Promoters
HDI	Human Development Index
HDR	Human Development Report
H-EQIP	Cambodia Health Equity and Quality Improvement Project
hh	Haushalt/e
HSSP	Health Sector Support Program
IDA	International Development Association (Teil der Weltbankgruppe)
IMF	Internationaler Währungsfonds (International Monetary Fund)
INEF	Institut für Entwicklung und Frieden der Universität Duisburg-Essen
KfW	Kreditanstalt für Wiederaufbau
KOICA	Korea International Cooperation Agency
MDG	Millenniums-Entwicklungsziele (Millennium Development Goals)
Mio.	Millionen
N	Anzahl
NRO	Nichtregierungsorganisation
ODA	Öffentliche Entwicklungszusammenarbeit (Official Development Assistance)
ODRH	Operational District Referral Hospitals
OP	Operationssaal
p.a.	pro Jahr
p.c.	pro Kopf
p.d.	pro Tag

PDoH	Provincial Department of Health
Post-ID	Post-Identifikation
ppp	Kaufkraftparität (purchasing power parity)
PRSP	Poverty Reduction Strategy Paper
TM	Traditionelle Medizin
TZ	Technische Zusammenarbeit
UNDP	Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (United Nations Development Programme)
UNICEF	Welt-Kinderhilfswerk (United Nations International Children's Emergency Fund)
URC	University Research Company
VN	Vereinte Nationen
WFP	Welternährungsprogramm (World Food Programme)
WHO	Weltgesundheitsorganisation (World Health Organization)

Summary

This article deals with Cambodia's Health Equity Fund (HEF), which provides free health care at various levels to around three million people, or around 20% of the country's total population. The HEF-financed service starts with the services of local health centres and continues through district and provincial referral hospitals up to special treatment in the capital Phnom Penh.

In Cambodia, the provision of initial health services to poor households began around the year 2000 and, although the program was initially on a tight budget, benefits increased sharply between 2008 and 2017, both in terms of the budget and the number of beneficiaries. As a result, access to health services is now guaranteed to all people identified as poor. As part of an identification process called the "ID Poor Procedure", the beneficiaries must have previously received a status that confirms their social situation and a corresponding ID card. In addition, persons in need without this card can also receive free benefits through a special admission procedure in the state hospitals.

The surveys for the present study in the health facilities and among numerous actors in their environment confirm the positive effects of the HEF-sponsored care system on poor patients: on the one hand, many people who had previously not received medical care would now visit the state institutions. On the other hand, the services offered there have improved in recent years compared to previously.

Significant improvements include treatment (surgery if necessary) after accidents and in the case of serious illnesses, which is now also free of charge for the poor. Even if there are still occasional complaints that poor patients are treated less courteously than the better-off, there have never been reports that a person in need of treatment with an ID Poor card has been refused and deprived of the necessary care. In addition, there is an important effect on the motivation of staff in health centres and hospitals, which is partly due to the HEF approach: since 60% of the income of both self-payers and HEF-supported patients went directly to the staff of the health institutions, their income has increased significantly in some cases.

Nevertheless, a number of challenges remain in the Cambodian health system. One of these is that the number of vulnerable people who have a maximum of twice the income of poor households and can slide back into poverty at any time accounts for 55% of the entire population. Many of these people live just above the poverty line and accordingly it would be necessary to find a solution for them too, in order for them to benefit from state health services. If they had to pay the costs themselves, it would often entail their descent into extreme poverty.

Zusammenfassung

In diesem Beitrag geht es um den kambodschanischen Gesundheitsfonds für Arme, den Health Equity Fund (HEF), der rund drei Millionen Menschen bzw. etwa 20% der Gesamtbevölkerung des Landes eine kostenfreie Gesundheitsversorgung auf verschiedenen Ebenen ermöglicht. Der HEF ist Kernbestandteil eines größeren Programms, dem Cambodia Health Equity and Quality Improvement Project (H-EQIP), das für den Zeitraum von fünf Jahren bis 2021 insgesamt 174,2 Millionen US\$ kostet und die Leistungsfähigkeit des nationalen Gesundheitssystems generell und vor allem mit Blick auf die Versorgung armer Bevölkerungsgruppen verbessern soll.

Der über den HEF finanzierte Service umfasst die Leistungen lokaler Gesundheitszentren (*Health Centers*), Distrikt- und Provinzkrankenhäuser (*Referral Hospitals*) sowie Spezialbehandlungen in der Hauptstadt Phnom Penh. Im Rahmen einer Untersuchung des Instituts für Entwicklung und Frieden (INEF) im Februar und September 2017 wurden insgesamt 28 Gesundheitseinrichtungen in sechs verschiedenen Provinzen des Landes besucht und Befragungen hinsichtlich der Wirkungen des HEF auf die Versorgungssituation der PatientInnen wie auch auf das Personal und den nachhaltigen Betrieb der Gesundheitseinrichtungen durchgeführt.

Kambodscha hat Dank mehr als 15 Jahren erheblichen wirtschaftlichen Wachstums von jährlich sieben bis über acht Prozent und der Schaffung vieler neuer Arbeitsplätze und entsprechend gestiegener Einkommen einen deutlichen Rückgang der Armutsquote erreicht. Hierdurch ist das Land aus der Gruppe armer Staaten in die der Länder mit mittlerem Einkommen aufgestiegen, wenn auch hier noch ganz am hinteren Ende der Liste angesiedelt. Nur noch 13,5% der Haushalte waren 2016 arm, während im Jahr 2000 diese Zahl noch bei über 35% lag. Allerdings ist die Datenlage hierzu nicht widerspruchsfrei.

Zudem beträgt die Anzahl der vulnerablen Menschen, die maximal über das doppelte Einkommen armer Personen verfügen und jederzeit wieder in Armut abgleiten können, 55% der gesamten Bevölkerung. Bemerkenswert ist zudem, dass die Verbesserung der Ernährungssituation der Menschen mit der Entwicklung der Einkommenssituation nicht mitgehalten hat. Vor allem ein Großteil der Kinder ist zu klein für ihr Alter und untergewichtig. Ihr prozentualer Anteil geht weit über den der extrem armen Haushalte hinaus. Hierfür werden historische, aber auch sozio-kulturelle Gründe sowie Veränderungen durch den rasanten Wirtschaftswandel angegeben.

Kostenfreie Gesundheitsdienstleistungen sind für extrem arme Bevölkerungsgruppen, die sich eine private Versorgung und selbst die niedrigen Gebühren staatlicher Einrichtungen nicht leisten können, im wahren Sinne des Wortes überlebensnotwendig. Vor allem stellen sowohl die Voruntersuchungen bei Schwangerschaften wie auch die Nachbetreuung nach der Geburt einen wichtigen Beitrag zur Reduzierung der Säuglings- und Müttersterblichkeit dar. Zudem ermöglicht eine enge Betreuung der Schwangeren und jungen Mütter durch die Gesundheitsdienste eine Verbesserung der Ernährungssituation von Mutter und Kind. Nahezu flächendeckend angebotene Impfungen tragen zur weiteren Reduzierung der Kindersterblichkeit bei.

In Kambodscha begann die Bereitstellung erster Gesundheitsdienstleistungen für arme Haushalte etwa im Jahr 2000. Zuerst nur mit einem spärlichen Budget versehen, stiegen die Leistungen zwischen den Jahren 2008 und 2017 sowohl budgetmäßig als auch bezogen auf die Zahl der Begünstigten stark an. Somit ist heute flächendeckend allen als arm identifizierten

Menschen der Zugang zu Gesundheitsdiensten gewährleistet. Die Begünstigten müssen zuvor im Rahmen eines Identifikationsprozesses, dem „ID Poor-Verfahren“, einen ihre soziale Lage bestätigenden Status und damit verbunden einen Ausweis erhalten haben. Zusätzlich können bedürftige Personen ohne diesen Ausweis durch ein spezielles Aufnahmeverfahren in den staatlichen Krankenhäusern ebenfalls kostenfreie Leistungen erhalten.

Diese umfassen die Vorsorge (vor allem Impfungen für Kinder und Erwachsene sowie die Mütterbetreuung bei Schwangerschaften), die breite medizinische Versorgung einschließlich der Zuteilung von Medikamenten bei Erkrankungen und Unfällen, die Geburtshilfe sowie Krankenhausaufenthalte aller Art. Zudem werden in gewissem Umfang den Ärmsten die Reisekosten zu einem Krankenhaus erstattet, und Personen, die einen Kranken oder Verletzten auf dem Weg oder in der Versorgungseinrichtung betreuen, erhalten eine kleine Aufwandsentschädigung. Diese ist besonders wichtig in einem Land, in dem die schlechten Verkehrswege und das Fehlen eines öffentlichen Personennahverkehrs in ländlichen Gebieten die Erreichung von Gesundheitszentren und Krankenhäusern extrem schwierig und vor allem teuer machen.

Die Befragungen in den Gesundheitseinrichtungen und bei zahlreichen Akteuren in deren Umfeld bestätigen die positiven Wirkungen des HEF-geförderten Versorgungssystems auf die als arm klassifizierten PatientInnen. Einerseits würden sehr viele Personen, die zuvor gar keine medizinische Versorgung in Anspruch genommen hätten, nun die staatlichen Einrichtungen aufsuchen. Andererseits seien die dort angebotenen Leistungen im Vergleich zu früher in den letzten Jahren deutlich verbessert worden. Dies betreffe sowohl die Präsenz des Personals 24 Stunden am Tag und sieben Tage die Woche als auch die Qualität der Betreuung in den Einrichtungen. Hierbei wird insbesondere die Vor- und Nachsorge bei Schwangerschaften und Geburten hervorgehoben wie auch die gestiegene Zahl der Geburten selbst in den Gesundheitseinrichtungen.

Zu den deutlichen Verbesserungen gehört die Behandlung (z.B. Operationen) nach Unfällen und bei schwereren Erkrankungen, die für Arme ebenfalls kostenfrei erfolgt. Auch wenn es immer noch gelegentlich Klagen darüber gibt, dass armen PatientInnen weniger zuvorkommend begegnet würde als den Bessergestellten, so wurde in keinem Fall berichtet, dass eine behandlungsbedürftige Person mit ID Poor-Karte abgewiesen und ihr die notwendige Versorgung vorenthalten worden sei. Hinzu kommt eine wichtige Wirkung auf die Motivation des Personals in den Gesundheitszentren und Krankenhäusern, die durch den HEF-Ansatz mitbedingt ist: Da 60% der Einnahmen sowohl von SelbstzahlerInnen wie von HEF-geförderten PatientInnen unmittelbar an das Personal der Gesundheitseinrichtungen gingen, seien deren Einkommen teilweise signifikant angestiegen. Vor allem in den Krankenhäusern ist hierbei der Anteil aus dem HEF mit in Einzelfällen über 50% der Zusatzeinkommen (beispielsweise 50 US\$ zusätzlich zum „normalen“ Gehalt von 150 US\$ für KrankenpflegerInnen) beträchtlich. Unisono berichten daher befragte VertreterInnen des Personals wie PatientInnen, dass die Fürsorge um letztere dadurch sehr an Qualität gewonnen habe.

Schon heute werden die Kosten des HEF mehrheitlich aus dem kambodschanischen Haushalt aufgebracht, was für eine erhebliche Ownership spricht. Dieser Anteil steigt weiter und auch die Leistungen, die aus dem HEF finanziert werden, sollen in den nächsten Jahren über die (extrem) Armen als Begünstigte hinaus z.B. auf alte Menschen ausgeweitet werden.

1. Länderkurzanalyse Kambodscha

1.1 Sozioökonomie und Armut

Mit knapp 16 Mio. EinwohnerInnen bei einem Wachstum der Bevölkerung von 1,56% p.a. (geschätzt für 2016) erscheint Kambodscha relativ unbedeutend zwischen seinen sehr viel größeren Nachbarn Vietnam und Thailand. Die landwirtschaftlich wichtigen Tieflandflächen sind bereits heute dicht besiedelt und es herrscht Knappheit an Ackerland. Obwohl die Daten zum Bruttonationaleinkommen (BNE) sich in den letzten zehn Jahren kontinuierlich nach oben entwickelt haben¹ und vor allem die Industrie starke jährliche Zuwächse aufweist, ist weiterhin jede/r zweite Erwerbstätige in der Landwirtschaft tätig, während die Industrie rund 20% der Arbeitskräfte und der Dienstleistungsbereich gut 31% absorbiert. Offiziell herrscht Vollbeschäftigung (mit nur 0,3% Arbeitslosenrate sogar Überbeschäftigung), allerdings ist de facto die Unterbeschäftigung der arbeitenden Bevölkerung vor allem auf dem Land sowie im informellen Sektor in den Städten enorm (vgl. CIA 2017, World Bank 2017).

Kambodscha wird auf der vom Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) herausgegebenen Länderliste des Human Development Report (HDR) mit einem Human Development Index (HDI) von 0,563 auf Platz 143 von 188 erfassten Ländern geführt und liegt damit gemessen an Sozialindikatoren und Wirtschaftskraft am untersten Ende der Staaten mit mittlerem Einkommen. Das durchschnittliche Pro-Kopf-Einkommen (gerechnet als BNE p.c. / p.a.) liegt nominell zwischen 1.000 und 1.200 US\$ und unter Berücksichtigung der Kaufkraftparität bei derzeit 3.278 resp. 3.700 US\$ im Jahr.²

Mit einem Gini-Koeffizienten von 31,8 entspricht die Einkommensverteilung in Kambodscha in etwa der von Deutschland (30,6).³ Zu berücksichtigen ist allerdings, dass die Ungleichheit zunimmt und es generell eine erhebliche Disparität zwischen dem urbanen Raum und den ländlichen Zonen des Landes gibt. Darüber hinaus verfügen auf dem Land, wo die Subsistenzwirtschaft weiterhin eine große Rolle spielt, viele auch nicht extrem arme Haushalte über nur wenig Bargeld. Die Einkommensverfügbarkeit auf dem Land hängt zudem vom landwirtschaftlichen Jahr ab (Einkommen wird hauptsächlich während der Erntezeit erzielt) und wird dramatisch durch das Klima beeinflusst. Gebietsweise kann es dabei sogar zu Totalausfällen einer Ernte in Dürrejahre kommen.

Die rasante ökonomische Entwicklung hat Armut allgemein und vor allem die extreme Armut in Kambodscha drastisch reduziert. Saisonarbeit für Männer im Baubereich sowie im Rahmen der Arbeitsmigration insbesondere in Thailand und die expandierende Textilindustrie mit erheblichen zusätzlichen Beschäftigungsmöglichkeiten für Frauen hat das

¹ So lag das Wachstum zwischen 2000 und 2010 jeweils über 8% p.a., seit 2011 weiterhin stets über 7% p.a. (vgl. Tradingeconomics 2018).

² Statistisches Zahlenmaterial für Kambodscha kann je nach Quelle für das gleiche Jahr variieren. Nominelles BNE p.c. angepasst durch die Weltbank mit einer Kaufkraftparitätsformel (*purchasing power parity*, ppp), die relativ komplex ist und vielfach ignoriert, dass arme Bevölkerungsgruppen einen hohen Anteil ihrer Ausgaben für Grundnahrungsmittel wie Reis, Weizen, Hirse oder Mais tätigen müssen, deren Kosten weltweit nahezu gleich hoch sind. Hierdurch reduziert sich besonders für Arme die reale Kaufkraft im Verhältnis zu der durchschnittlichen, ppp-angepassten Kaufkraft beträchtlich.

³ Gini-Koeffizient: absolut ungleiche Einkommensverteilung = 100, absolut gleiche Einkommensverteilung = 0.

Familieneinkommen breiter Bevölkerungsgruppen angehoben. In Zahlen ausgedrückt hat sich die Armutsrate während der Laufzeit der Millennium-Entwicklungsziele (MDGs) mehr als halbiert von vormals 30-35% auf nunmehr rund 13,5%.⁴ Allerdings leben sehr viele Haushalte nur knapp oberhalb der Armutsgrenze. So ist davon auszugehen, dass jede zweite Familie im Land vulnerabel ist. Vulnerabel bedeutet in diesem Kontext, dass ihr Einkommen maximal das Zweifache des für die Armutsgrenze von 1,9 US\$ p.c. / p.d. angesetzten Einkommens beträgt, dabei der Geldwert auch der Subsistenzproduktion eingeschlossen. Schon kleinere wirtschaftliche Krisen, die Erkrankung eines Vollverdieners oder eine Dürre in der Landwirtschaft können einen Haushalt kurzfristig wieder in tiefe Armut stürzen.

Unter Verwendung des neueren Multidimensionalen Armutsindex wird die arme Bevölkerung für 2014 auf 33,8% geschätzt (= 5,180 Mio. EinwohnerInnen (EW)) sowie weitere 21,6% Fast-Arme (3,306 Mio. EW). Zusammen leben folglich 55,4% der Menschen (= 8,486 Mio. Individuen) in Kambodscha unter bzw. nahe der Armutsgrenze (vgl. UNDP 2017), und viele, denen es gelang die Armutsgrenze zurückzulassen, finden sich wenig später erneut unterhalb der Armutsgrenze wieder.⁵

Armut weist ein extremes Stadt-Land-Gefälle auf. Rund 90% der Armen leben auf dem Land, allerdings gibt es auch in den Städten erhebliche Armutstaschen (mittlere und kleine Slums an Bahnlinien, Sümpfen / Seen, Flussufern usw.). Abgesehen vom Einkommen äußert sich Armut auf dem Land durch mangelhafte soziale Infrastruktur. So sind z.B. Gesundheitsdienstleistungen oft nur schwer zu erreichen (schlechte Pisten und teurer Transport) und sie bieten einen schlechteren Service.⁶ Ähnliches gilt für Schulen (weite Wege und schlechtes / wenig motiviertes Lehrpersonal).

Die Sozialindikatoren des Landes haben sich positiv entwickelt und in fast allen Bereichen wurden die Millenniumsentwicklungsziele erreicht. Die Lebenserwartung beträgt heute 68,8 Jahre, die Kindersterblichkeit 24,6 (auf 1.000 Lebendgeburten). Fast alle Kinder werden eingeschult, wobei rund 82% einen Grundschulabschluss erreichen. Allerdings verfügt ein Viertel der Bevölkerung, vor allem auf dem Lande, weiterhin nicht über hygienisch unbedenkliches Trinkwasser und sogar mehr als 57% haben keinen Zugang zu modernen Sanitärdienstleistungen (vgl. CIA 2016). Kinderarbeit ist mit bis zu 20% der 5 bis 17-Jährigen noch relativ weit verbreitet.⁷

Der HDR-Gender-Index stuft Kambodscha mit einem Wert von 0,89 im weltweiten Vergleich sehr schlecht ein. Auch beim internationalen Vergleich der Einkommen ist eine

⁴ Vgl. für 2004 Daten des *Poverty Reduction Strategy Paper* (PRSP) vom 22.12.2005 i.d. Fassung des Internationalen Währungsfonds (IMF 2006: 93); für 2012 dann 17,7% nach den letzten veröffentlichten Daten der Weltbank (vgl. www.worldbank.org/en/country/cambodia), sowie des World Factbook der CIA, bzw. 13% nach ADB 2017.

⁵ Siehe auch die Zusammenstellung aller Risiken, denen die Bevölkerung des Landes bereits 2005 ausgesetzt war (World Bank 2006: 12-27).

⁶ Zuletzt verbessert durch den Health Equity Fund (HEF), der für Arme kostenlose Versorgung vom Gesundheitszentrum auf dem Land bis hoch zu den *Referral Hospitals* in den Provinzhauptstädten bietet (vgl. <http://www.eldis.org/go/home&id=71981&type=Document> und <http://unicefcambodia.blogspot.com/2015/11/5-questions-urban-poor-communities-in.html> [09/2018]).

⁷ Mussten 2001 noch 52% der Kinder zwischen 5 und 17 Jahren arbeiten (ca. 1,4 Mio., vgl. UNICEF 2006), so waren es 2012 noch 19,1% bzw. 755.000 Kinder (vgl. KoC.NioS/ILO 2013). Ein Rückgang bis 2016 auf 9,4% (ca. 276.600 Kinder, vgl. USDOL 2016) erscheint vor dem Hintergrund des verbreiteten Arbeitskräftemangels gerade in ländlichen Haushalten wenig glaubhaft.

Benachteiligung von Frauen (2.650 US\$ BNE / p.c. / p.a.) gegenüber Männern (3.563 US\$) zu erkennen, die indes aber nicht erklärt, warum das Entwicklungsprogramm der Vereinten Nationen (UNDP) Saudi-Arabien eine bessere *Gender*-Note gibt als Kambodscha, wo Frauen zumindest keiner juristisch verankerten Benachteiligung ausgesetzt sind. Häusliche und sexuelle Gewalt gegen Frauen und Mädchen sind dagegen weit verbreitet und Berichte über organisierten Menschenhandel (vor allem Frauen und Mädchen) finden immer wieder Bestätigung.

22% aller Haushalte im Land werden von Frauen geführt. Diese haben durchschnittlich weniger Land und sind deutlich vulnerabler als Haushalte mit männlichen Vorständen (ADB 2014: 7f). Auch wurde beobachtet, dass in solchen Haushalten Mädchen häufiger als Jungen arbeiten müssen. Aber auch für „vollständige“ Haushalte stellt sich die Frage, ob die Ressourcen zwischen männlichen und weiblichen Mitgliedern immer gleich aufgeteilt werden, wogegen die Mangelernährung und Anämie vieler Frauen (und Mädchen) spricht.

Der wirtschaftliche Aufschwung des Landes darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Kambodscha gegen extern bedingte Schocks schlecht aufgestellt ist. Bei monatlichen Mindestlöhnen von derzeit 145 US\$ in der Textilindustrie, die im Januar 2018 auf 170 US\$ angehoben wurden, denken viele ausländische Betriebe bereits an den Weiterzug z.B. nach Myanmar, wo weniger als 90 US\$ gezahlt werden. Gedankenspiele wie Industrie 4.0 machen Standorte mit geringer Techniktiefe langfristig für die Auslagerung von Industrien noch weniger attraktiv, was Kambodscha erheblich treffen dürfte.



Foto 1: Haus einer sehr armen Familie im Umland von Kampong Thom

Besonders entwicklungshemmend ist die schlechte Regierungsführung. Zwar ist die Korruption im Kleinen weniger ausgeprägt als in Ländern, in denen Staatsbedienstete zumindest den formellen Bereich der Wirtschaft quasi lähmen (Beispiele in Asien: Bangladesch oder Tadschikistan, daneben viele Länder Subsahara-Afrikas).⁸ Jedoch sind größere Unternehmungen sowie Import- und Exportlizenzen von erheblichen Zahlungen abhängig und es herrscht generell für Investoren wenig Rechtssicherheit (vgl. Weltbank 2017).

⁸ Bei U4 (2017: 1) heißt es dagegen „... corruption permeates every aspect of the Cambodian social fabric“. Dies ist zumindest seit den Parlamentswahlen 2013 etwas übertrieben formuliert. Eine zu offenkundige (kleine) Korruption etwa seitens der Polizei auf der Straße scheint derzeit von oben unterbunden zu werden.

1.2 Gesundheits- und Ernährungssituation

Basisgesundheitsdaten

In den 15 Jahren seit 2000 hat sich der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zufolge die Lebenserwartung der Bevölkerung Kambodschas bei Geburt von 64,6 auf 71,4 Jahre erhöht. Die Müttersterblichkeit hat sich von 437 Todesfällen pro 100.000 Geburten in 2000 auf nur noch 206 in 2010 mehr als halbiert. Die Kinder- und Unter-5-Jahre-Sterblichkeit ist von 95 auf 45 bzw. 124 auf 54 per 1.000 Lebendgeburten ebenfalls sehr stark gesunken (vgl. WHO 2015).⁹ Allerdings variieren diese Daten noch stark zwischen urbanen Zentren und den Dörfern und ganz besonders zwischen dem wohlhabenden Fünftel der Bevölkerung und dem ärmsten Fünftel. Letztere haben die dreifache Sterbequote bei Kindern bis zu ihrem fünften Lebensjahr und doppelt so viele Fälle von verringertem Körperwachstum bei Kindern (ebd.).

Die Ausgaben für die Gesundheitsfürsorge haben sich ebenfalls deutlich nach oben entwickelt, von 19,6 US\$ pro Kopf (1995) auf 45,5 US\$ (2010), wobei der Anteil der staatlichen Gesundheitsausgaben im Berichtszeitraum 1,5% des Bruttoinlandprodukts (BIP) nicht überstiegen hat. Dabei machten die Gesamtausgaben für Gesundheit zwischen 1995 und 2010 etwa 5,8 bis 6,9% des BIP aus, was gemäß WHO in etwa im Mittelfeld der Ostasienregion liegt (ebd. 46f.).

Weniger gut sieht es hinsichtlich der Trinkwasserversorgung und der sanitären Dienstleistungen vor allem im ländlichen Bereich aus, wo 2014 nur 59% der Bevölkerung verbesserte Trinkwasserquellen zur Verfügung hatten und sogar nur 41% auf verbesserte Sanitärversorgung zurückgreifen konnten (WHO 2016: 3). Trotzdem sind hiermit die MDG-Vorgaben für Kambodscha im Wesentlichen erreicht bzw. sogar übertroffen worden.

Ernährungssituation

Wie bei der Armutsbekämpfung zeigen sich in Kambodscha auch Erfolge im Bereich der Ernährungssicherheit. So gingen das Untergewicht von Kindern unter fünf Jahren zwischen 2000 und 2010 von 38 auf 28,3% zurück und der Anteil abgemagerter Kinder im gleichen Zeitraum sank von 16,8 auf 10,9%. Allerdings fallen diese Trends in allen Bereichen hinter die Verbesserung der Einkommensindikatoren zurück. Offenkundiger Hunger (= fehlender Zugang zu Nahrungsmitteln) ist dabei weniger das Problem, als die Unter-, vor allem aber die Fehl- und Mangelernährung. In der Folge zeigen sich vor allem bei Kindern unter fünf Jahren (allerdings abnehmende) Kindersterblichkeit und Morbidität. In höherem Alter führt es zu mentaler und physischer Entwicklungsverzögerung, daraus wieder resultierend in schlechten schulischen Leistungen sowie später beschränkter Arbeitsfähigkeit und -leistung (vgl. UNICEF 2017).

Unter- und Mangelernährung sind landesweit bei jenen rund 40% aller Kinder zu beobachten, die zu klein für ihr Alter sind (*Stunting*) und jenen 28,3%, die gleichzeitig auch untergewichtig sind. Von Unter- und Mangelernährung sind auch 20% aller Frauen im Alter von 15 bis 49 Jahren betroffen. Komplikationen bei Geburten und ebenfalls untergewichtige Neugeborene sind die Folgen. Unter Frauen (und teilweise auch Männern), die in Fabriken

⁹ Abweichende Zahlen in der WHO-Länderstrategie 2016-2020: Müttersterblichkeit 170 / 100.000 Geburten, Kindersterblichkeit 28 / 1.000 und Unter-5-Jahren-Sterblichkeit 35 / 1.000 (WHO 2016: 3) und im CIA-Länderbericht (2017): Lebenserwartung gesamt 64,9 Jahre, Männer 62,4 und Frauen 67,7 Jahre (Schätzungen für 2017).

arbeiten, wurde zudem ein erheblicher Grad von Anämie beobachtet, bei Frauen in Kambodscha insgesamt mit dem sehr hohen Anteil von 45%. Auch sind 14% der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren untergewichtig. Die gleiche Quelle weist auf den ungesunden Lebensstil bei der Bevölkerung hin (vgl. WHO 2016), was in den INEF-Studien von 2017 mehrfach bestätigt wurde (vgl. u.a. Bliss 2017).

Auffallend ist, dass Kambodscha mit diesen schlechten Ernährungsdaten auf einer Ebene mit deutlich ärmeren Ländern z.B. der Sahelzone angesiedelt ist (vgl. Sun Movement 2016). Im Rahmen der INEF-Forschung 2016-2017 wurde daher wiederholt die Frage nach den Ursachen dafür gestellt, dass Angehörige und vor allem Kinder nicht nur der extrem armen und armen Haushalte, sondern auch aus weniger armen und überhaupt nicht armen Familien schlecht ernährt sind. Als Gründe werden einerseits die Folgen der Zeit des Völkermordes



Foto 2: Es gibt im Land sehr gutes Schulungsmaterial zur Ernährungsberatung. Kaum ein Gesundheitszentrum in Kambodscha verfügt jedoch über die Mittel, aktiv die Haushalte zu besuchen.

unter den Khmer Rouge angeführt (1975-1979), in der sich die gesamte Bevölkerung fast ausschließlich von Reis ernährte und wo eine volle Schale Reis am Tag bereits als eine gute Ernährung galt. Daher hätten selbst hochwertige Speisen wie Gemüse, tierische Produkte und Obst keinen besonderen Wert für die meisten Menschen und vor allem auch für viele Großeltern, die die Periode der Khmer Rouge mitmachen mussten und die in den erweiterten Haushalten in der Regel für die Kinder sorgen, während die Eltern außer Haus arbeiten oder gar über längere Zeit zur Arbeitssuche ins

Ausland migrieren. Andererseits könnte der rapide wirtschaftliche Wandel in den letzten beiden Dekaden zu einer massiven Veränderung der Essgewohnheiten geführt haben. In mehreren Versammlungsrunden wurde berichtet, dass nahezu alle Anwesenden ohne Frühstück zur Arbeit oder in die Schule gingen und zumeist erst nach 14 Uhr eine erste (warme) Speise zu sich nehmen würden. Wer wenig Geld habe (und dies gilt für einen Großteil vor allem der ländlichen Bevölkerung für viele Monate im Jahr) könnte sich während der langen Stunden vor dem Essen auch keine oder nur minderwertige Snacks kaufen.

Konsequenz dieser sozio-kulturellen Prägung bzw. des durch ökonomische Zwänge geprägten Verhaltens ist, dass die Ernährungsproblematik mit der Verbesserung der wirtschaftlichen Situation vieler Haushalte nicht beseitigt wurde und es einen sehr großen Bedarf an Aufklärung und Verhaltensänderung gibt, der quasi landesweit und in fast allen Bevölkerungsgruppen besteht. Die Aufgabe der Ernährungsberatung zumindest für Schwangere und Mütter von Kleinkindern („erste 1.000 Tage“) obliegt im Wesentlichen den Basisgesundheitsdiensten und damit vor allem den MitarbeiterInnen der Gesundheitszentren (*Health Centers*) (siehe Abschnitt 2.2.5). In den Schulen ist das Thema bisher wenig verbreitet und nur dort, wo eine für die Kinder kostenlose Schulspeisung auf der Tagesordnung steht, wird auch über Essensqualitäten gesprochen (vgl. Bliss 2017).

2. Das kambodschanische Gesundheitssystem und der Health Equity Fund

2.1 Einführung in die Untersuchung

In dieser Studie geht es um die jüngste Entwicklung innerhalb des kambodschanischen Gesundheitswesens und die Rolle sowie Wirkungen des Health Equity Funds (HEF), der armen Haushalten in diesem System den Zugang zu kostenlosen Gesundheitsdienstleistungen finanziert. Voraussetzung z.B. für den entgeltfreien Arztbesuch ist der sogenannte ID Poor-Status der Betroffenen. Im Rahmen eines Targeting-Systems, das unter dem Namen ID Poor seit 2006 im Land mit großem Erfolg umgesetzt wird, erfolgt alle drei Jahre eine Identifizierung extrem armer bzw. „normal“ armer Haushalte (vgl. Bliss / Hennecke 2018). Dabei erhalten rund 20% der KambodschanerInnen am Ende des Identifikationsprozesses eine Ausweiskarte, die ihnen den Zugang zu den kostenlosen Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht.

Die Untersuchung stellt keine Evaluation des HEF im Detail dar. Es geht vielmehr darum, die praktischen Erfahrungen mit der kostenlosen medizinischen Versorgung armer Menschen zu erfassen und dabei gleichzeitig den Beteiligten in den Gesundheitseinrichtungen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene Gehör zu verschaffen. Eine Ausgangshypothese der Untersuchung (und Annahme seitens der beteiligten Geldgeber des Fonds) ist dabei, dass sich die Leistungen für extrem Arme in staatlichen Gesundheitseinrichtungen nicht alleine verbessern durch die Übernahme ihrer medizinischen Versorgungskosten, sondern dass die Motivation des Personals für die Qualität der Leistungen und die Zufriedenheit der Behandelten eine wichtige Rolle spielt. Entsprechend lag ein Fokus der Befragungen auch auf den Leitungspersonen und MitarbeiterInnen der insgesamt 28 erfassten medizinischen Einrichtungen.

Analog der Gliederung des kambodschanischen Gesundheitssystems in vier Ebenen wurden in den vier Untersuchungsprovinzen plus Phnom Penh jeweils die Referenzkrankenhäuser der Provinzen (*Provincial Referral Hospital*) in deren Hauptstädten, ein Distriktkrankenhaus (*Operational District Referral Hospital*) sowie ein bis vier städtische bzw. ländliche Gesundheitszentren aufgesucht. Hinzu kamen in Phnom Penh ein Stadtdistriktkrankenhaus, ein Gesundheitszentrum und das Khmer Soviet Friendship Hospital als eines der sieben bzw. acht großen staatlichen Spezialkrankenhäuser, das bisher aber das einzige ist, das dem HEF-System angeschlossen ist und aus dem Fonds geförderte PatientInnen aufnimmt (siehe Anhang 1).

Wichtige Informationen zum staatlichen und privaten Gesundheitswesen in Kambodscha sowie zur Umsetzung des HEF erhielt das Forschungsteam auch von den VertreterInnen der staatlichen Gesundheitsverwaltungen (*Departments of Health*) in den Provinzen, den Mitgliedern der Koordinierungsgruppe des H-EQIP und der HEF-Management-Gruppe der University Research Company (URC) in Phnom Penh, MitarbeiterInnen beteiligter Nicht-regierungsorganisationen (NRO)¹⁰ sowie VertreterInnen der involvierten deutschen staat-

¹⁰ Hier ist die wertvolle Unterstützung durch Oliver Schell hervorzuheben, der als landes- und sprachkundiger Arzt viele Kontakte herstellte und dem Verfasser vor allem bei zahlreichen Fachgesprächen aus dem Khmer übersetzte. Herr Schell leitet ehrenamtlich eine deutsche NRO, die in der Provinz Ratanakiri Vorbeuge- und Therapiemaßnahmen gegen die Tuberkulose unterstützt.

lichen Organisationen der Entwicklungszusammenarbeit (EZ) in Deutschland und Kambodscha. Sehr wichtig war auch ein Gespräch mit dem stellvertretenden Generalsekretär des Council for Agricultural and Rural Development (CARD), der interministeriellen Koordinierungsstelle für die ländliche und soziale Entwicklung Kambodschas, der die mittelfristige Strategie der Regierung im Bereich der Sozialen Sicherung einschließlich der großen damit verbundenen Herausforderungen erläuterte.

Die Fotodokumentation im Bericht ist Ergebnis eines Kompromisses zwischen der durchgängigen Einwilligung bis hin zur expliziten Aufforderung seitens der ÄrztInnen und PatientInnen, auch in den Behandlungsräumen der Gesundheitseinrichtungen Fotos zu machen und den vom Forschungsteam angebotenen Persönlichkeitsschutzrechten der ggf. abgebildeten Personen.

2.2 Das kambodschanische Gesundheitssystem im Übergang

2.2.1 Die aktuelle Gesundheitsinfrastruktur

Grundsätzlich basiert die staatliche medizinische Versorgung in Kambodscha auf einem gestaffelten System von Einrichtungen, die auf der untersten Ebene mit den Gesundheitszentren beginnen. Diese sind in der Regel für 5.000 bis maximal 15.000 umwohnende EinwohnerInnen zuständig, was bei der spärlichen Besiedlung in manchen Landesteilen trotzdem Anfahrten von bis zu 50 km und mehreren Stunden Zeitaufwand mit dem Motorrad bedeuten. Auf dieser Ebene können kleine Unfälle versorgt, mäßig schwere Erkrankungen (z.B. Malaria oder Dysenterie) medikamentös behandelt und Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere nebst Geburtshilfe (stationär) angeboten werden. Hier finden auch die international üblichen Impfungen statt. All die genannten Angebote sind, wie gesagt, für alle durch ID Poor bestätigte Arme kostenfrei.

Schwerere Fälle werden theoretisch an Distriktkrankenhäuser (*Operational District Referral Hospitals, ODRH*) als zweite Ebene des Gesundheitssystems überwiesen, von denen es pro Provinz in der Regel zwei oder drei gibt. Weiterhin arbeitet pro Provinz als dritte Versorgungsebene ein Provinz-Referenzkrankenhaus, das etwas besser als die ODRH ausgestattet ist und fast immer eine Reihe von FachärztInnen aufweisen kann (zumeist jeweils Chirurgie, Innere Medizin, Kinder-, Frauen- und Augenheilkunde). Praktisch führt dieses Angebot dazu, dass zahlreiche PatientInnen gerade auch mit ID Poor-Status, vor allem, wenn sie in den Distrikt- und Provinzzentren selbst wohnen, gar nicht erst ein „einfaches“ Gesundheitszentrum aufsuchen, sondern gleich ins nächst erreichbare Krankenhaus gehen bzw. gebracht werden. Dieser Service wird aber auch von SelbstzahlerInnen oft genutzt, weil die staatlicherseits festgelegten Preise für eine Behandlung in den Hospitälern nur unwesentlich höher sind als die Tarife in den Gesundheitszentren, obwohl in ersteren ÄrztInnen und in letzteren nur KrankenpflegerInnen tätig sind. Wie später zu zeigen ist, wird dies je nach Aufwand von den MitarbeiterInnen der Hospitäler aber auch nicht ungern gesehen, da sowohl die selbst zahlenden wie auch die aus dem HEF finanzierten PatientInnen damit auch die Einnahmen des Krankenhauspersonals aufbessern helfen.

Die Provinzkrankenhäuser sind für die ganz große Mehrheit aller armen PatientInnen die Endstation, da eine Verweisung aus entfernter liegenden Provinzen an das derzeit einzige auf nationaler Ebene auch für HEF-PatientInnen tätige, sehr moderne Fachhospital in der Hauptstadt eher selten erfolgt. Wer jedoch in Phnom Penh lebt oder als arme/r ProvinzbewohnerIn mit ID Poor-Status das Glück hat, einen kostenlosen oder zumindest günstigen

Transport in die Hauptstadt zu finden, kann sich dort im Khmer-Soviet Friendship Hospital ebenfalls entgeltfrei behandeln lassen. Für SelbstzahlerInnen sind die Tarife dieser Klinik bei ärztlichen Konsultationen ebenfalls bescheiden, aber bei operativen Eingriffen werden sogenannte Pakete fällig, die für arme Personen ohne ID Poor-Status, Beamte, buddhistische Mönche, Armeeingehörige und einige andere Personengruppen bei zwischen 80 und 250 US\$ liegen. Für alle anderen werden sie aber „nach den anfallenden Kosten“ berechnet, was dann wie bei den anderen sechs oder sieben „besseren“ Hospitälern in Phnom Penh durchaus einige Tausend US\$ ausmachen kann.

Die finanzielle Ausstattung der Gesundheitszentren, der *Referral Hospitals* sowie der staatlichen unter den großen Krankenhäusern von Phnom Penh, setzt sich zusammen aus einer Basisfinanzierung der betreffenden Einrichtungen durch das jeweilige *Provincial Department of Health* (d.h. Steuermittel aus dem nationalen Gesundheitsbudget), den Gebühren der SelbstzahlerInnen unter den PatientInnen und den Überweisungen des HEF, von denen rund 40% in den Betrieb der Einrichtungen und 60% als Boni an das Personal



Foto 3: Gespräch mit dem Team eines Health Centers

gehen. Trotz der deutlichen Steigerungen der staatlichen Ausgaben für Gesundheit und nachweislich anwachsender Zuflüsse in Infrastruktur und Betrieb der Gesundheitseinrichtungen sind diese – von wenigen Ausnahmen abgesehen – deutlich unterfinanziert.

Dies drückt sich bereits im schlechten Erscheinungsbild vieler Gebäude aus, im mangelhaften Zustand von Teilen der medizinischen Ausstattung und in den zu geringen medizinischen Betriebsmitteln. In

einem der im Rahmen dieser Studie besuchten *Referral Hospitals* war z.B. der zweite Sterilisationsapparat kaputt und man wartete bereits mehrere Monate auf einen Ersatz, konnte allerdings beide Operationssäle (OP) noch offenhalten. In einem anderen Krankenhaus musste der zweite OP, der eigentlich zum Betriebsstandard dieses Institutionentyps gehört, wegen zu vieler defekter Geräte ganz geschlossen werden.

2.2.2 Gesundheitsversorgung: Von willkürlichem Abgreifen zum flächendeckenden Angebot für Arme

Bevor im Jahr 2000 mit dem HEF eine erste, zunächst noch wenig genutzte bzw. nutzbare freie Gesundheitsversorgung für arme Bevölkerungsgruppen eingeführt wurde, herrschte bei der medizinischen Versorgung in Kambodscha ein erhebliches Maß an Willkür. Einem Bericht des schweizerischen Netzwerks Medicus Mundi zufolge erhielt das Gesundheitspersonal seinerzeit Löhne von 10 bis 20 US\$ im Monat, die natürlich den Lebensunterhalt in keiner Weise decken konnten. Dies hatte zur Folge, dass das Einkommen „unter der Hand“ aufgebessert werden musste (vgl. Schenker 2000). Entsprechend hing die Motivation des Personals und damit auch die Qualität der Leistungen in den staatlichen Einrichtungen von der Höhe der „freiwilligen“ finanziellen Beiträge der PatientInnen ab. Generelle Qualitätseinbußen traten

zusätzlich ein, weil diese Art der Einkommen ungleich verteilt wurde und sich bei den höheren Positionen akkumulierte. Die offiziellen, viel zu niedrigen und damit weit ab von jeglicher Kostendeckung angesiedelten Tarife, waren sogar erst einige Jahre zuvor eingeführt worden (ebd.).

In der Folge bevorzugte der Großteil der Bevölkerung und vor allem die etwas besser gestellten Familien private Angebote zur Gesundheitsversorgung, die es zudem in beachtlicher Zahl und zumeist dadurch in größerer Nähe zu den PatientInnen gab als die staatlichen Alternativen. Diese privaten Angebote existierten (und es gibt sie heute weiterhin) in jeglicher Form, angefangen von der kleinen Apotheke mit sehr beschränktem Sortiment (und selten



Foto 4: Das Khmer-Soviet Friendship Hospital, eines der sieben besten Krankenhäuser Kambodschas, das als einziges bisher HEF-geförderte PatientInnen aufnimmt.

einem/r wirklich ausgebildeten ApothekerIn, vgl. Ovesen / Trankell 2010) bis hin zur kleinen, aber relativ modernen Fachklinik, letztere angesiedelt in den Provinzzentren und vor allem in Phnom Penh, aber von etwas einfacherer Qualität auch in vielen anderen Städten. Hier praktizier(t)en auch zahlreiche FachärztInnen. Die

BetreiberInnen dieser Einrichtungen der privaten Gesundheitsversorgung waren und sind größtenteils identisch mit dem staatlichen Personal des öffentlichen Versorgungssektors. Sowohl Ärzte wie auch ausgebildete KrankenpflegerInnen und Hebammen praktizierten vormittags bis zum Nachmittag in einem staatlichen Gesundheitszentrum oder Krankenhaus, und boten am späten Nachmittag und Abend ihre Dienste in Privatkliniken an, sofern sie an manchen Tagen überhaupt zur Arbeit im erbärmlich bezahlten staatlichen Dienst antraten.

Diese Situation hat sich bis heute zumindest teilweise erhalten, auch wenn wegen der bis 2017 für KrankenpflegerInnen und Hebammen im Schnitt auf 150 US\$ und für ÄrztInnen auf bis zu 250 US\$ gestiegenen Gehälter die Abwesenheit vom Pflichtdienst in den staatlichen Einrichtungen stark zurückgegangen ist. Jedoch bemühen sich, schon aufgrund der weiten Entfernungen und schlechten Wege bzw. unzureichender Verkehrsangebote, viele Kranke oder Personen mit mäßigen Verletzungen gar nicht erst zu einem Gesundheitszentrum oder zu einem Bezirks- oder Provinzkrankenhaus zu gelangen, sondern gehen oder fahren zum nächsten privaten, häufig nur „Wohnzimmer“-Gesundheitszentrum, wo es Verbände, Medikamente oder z.B. Infusionen bei Malariaerkrankung gibt.

Mit Blick auf die Hospitäler hat sich das Bild in den letzten Jahren allerdings etwas gewandelt. Angesichts höherer Investitionen des Staates in seine Einrichtungen, und auch wegen der finanziellen Förderung durch den HEF, haben diese an Qualität gewonnen. Da angesichts der anteiligen Verteilung der eingenommenen offiziellen Gebühren für Gesundheitsdienstleistungen an das Personal bei diesen die Motivation deutlich besser

geworden ist, hat der Anteil der PatientInnen zugenommen, die sich in staatlicher Regie befindlichen Einrichtungen aufsuchen.¹¹

Gesundheit spielt in der Nationalen Entwicklungsstrategie Kambodschas keine sehr prominente Rolle, zumindest was den Umfang der Ausführungen und Konkretisierung betrifft. Das Planungspapier für die Jahre 2014-2018 führt einerseits erhebliche Fortschritte in den vorausgegangenen Jahren an („*notable achievement*“), zudem werden Etatsteigerungen angeführt, die in den Jahren 2008-2012 immerhin zwischen 14 und 24% p.a. lagen (KoC 2014: 72). Die angekündigten Maßnahmen für den anstehenden Fünfjahreszeitraum bleiben andererseits wenig konkret und muten sehr bescheiden an.

Allerdings werden unter dem Stichwort „*Social Protection System*“ eine Reihe von Verbesserungen angekündigt (ebd.: 193ff.), die im November 2016 durch das „*National Social Protection Framework*“ konkretisiert wurden, ohne allerdings in zeitlichen Versprechungen zu münden (vgl. KoC 2017). Was seinerzeit in der Berichterstattung von Margrit Schenker (2000: 4) noch als undenkbar angesehen wurde, nämlich einen „Gratisgesundheitsdienst für alle“ (Armen) zu fordern, wird damit politisches Ziel und ist 2017 zumindest für arme Haushalte mit ID Poor-Status flächendeckend erreicht. Damit hat die Praxis, was staatliche Beiträge zur Sozialen Sicherung allgemein betrifft und Maßnahmen im Gesundheitswesen im Besonderen, die konzeptionellen Vorgaben früherer Gesundheitsstrategien bereits überholt.

Hierzu passt der Hinweis der WHO, dass sich das nationale Gesundheitsbudget Kambodschas zwischen 2010 und 2015 nahezu verdoppelt hat. Trotzdem sind die SelbstzahlerInnen immer noch mit insgesamt 62% der Gesamtgesundheitskosten Kambodschas beteiligt (WHO 2016: 5), was vor allem am hundertprozentig gebührenpflichtigen privaten Sektor liegt. 20% der anfallenden Kosten 2014 trug der Staat, 18% kam durch Zuwendungen der öffentlichen Entwicklungszusammenarbeit (ODA) und von NRO ins System (ebd.: 6).

2.2.3 Das Health Equity and Quality Improvement Project

Neben den nationalen Stellen engagiert sich die internationale Gebergemeinschaft weiterhin stark im Gesundheitsbereich. Das Cambodia Health Equity and Quality Improvement Project mit einer Laufzeit von 2016 bis 2021 umfasst 174,2 Mio. US\$, von denen allerdings 94,2 Mio. US\$ durch das nationale Budget getragen werden. Von den Gebermitteln trägt die Weltbank / International Development Association 30 Mio. US\$ direkt bei und 50 Mio. US\$ werden über ein gemeinsames Fund in Trust Programm finanziert, zu dem Deutschland durch das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) 14 Mio. EUR beisteuert. Weitere Partner sind die Entwicklungsorganisationen von Korea (KOICA) und Australien (DFAT) (vgl. KfW 2016). Auch bei dieser Finanzierungskonstellation, bei der der Empfängerstaat 54,1% der Kosten selbst trägt,¹² zeigen sich der positive Trend und die erhebliche Ownership der kambodschanischen Regierung im Gesundheitsbereich.

¹¹ So gehen von den Gebühren neuerdings 60% an die MitarbeiterInnen der Einrichtungen, wobei ein relativ sozialverträglicher Schlüssel von nur rund 50% Differenz zwischen Facharzt/ärztin und den einfachen MitarbeiterInnen der Einrichtung sorgt. Beispielsweise wurde in einem aufgenommenen Fall an den Chef des Provinzkrankenhauses rund 150 US\$ im Monat verteilt, an die MitarbeiterInnen zwischen 70 und 130 US\$. Dieser „Bonus“ ergänzt das weiterhin nicht ausreichende Grundgehalt von genannten 150 bis 250 US\$ im Monat.

¹² Der Eigenanteil erhöht sich erheblich angesichts der Tatsache, dass die Mittel der International Development Assistance (IDA) nur als Kredit gewährt werden, wenn auch zu Niedrigstzinsen.

Die Laufzeit von H-EQIP beträgt fünf Jahre von 2016 bis 2021. Dabei wird ein breites Spektrum von Zielen verfolgt. Primär geht es darum, „...to improve access to quality health services for targeted population groups with protection against impoverishment due to cost of health services...“ (World Bank 2016a: 4). Vor allem soll dies erreicht werden durch die Erhöhung der Zahl der verfügbaren Gesundheitszentren, die zugleich die Qualität ihrer Leistungen deutlich anheben sollen. Generell sollen diese Zentren auch durch deutlich mehr Menschen mit ID Poor-Status, die also HEF-gefördert werden können, genutzt werden. Hierdurch soll wiederum erreicht werden, dass deutlich weniger Haushalte als bisher durch ihre Gesundheitsausgaben in Armut getrieben werden.

Bei der Ausweitung der Gesundheitsdienstleistungen für arme Bevölkerungsgruppen ist wichtig, dass auch deren Qualität garantiert ist. Entsprechend gibt es eine Konditionierung bei der Finanzierung, die von der Erreichung eines Minimums an festgelegten Erfordernissen in den einzelnen Zentren abhängig gemacht wird (ebd.). Hierfür stehen im Zeitraum 2016 bis 2021 insgesamt 35,2 Mio. US\$ zur Verfügung. Die Zentren werden nur unterstützt, wenn sie den Kriterien voll entsprechen. Eine vergleichbare Förderung sollen auch die *Referral Hospitals* erhalten (33 Mio. US\$), für die ähnliche Qualitätskriterien gelten: „... hospitals will be measured quarterly on their performance on structure, process, and outcomes“ (ebd.: 6).

Weitere Fördermaßnahmen im Rahmen von H-EQIP betreffen die institutionelle Stärkung des nationalen Gesundheitswesens Kambodschas, die Verbesserung der Gesundheitsinfrastruktur, vor allem innerhalb der Pädiatrie, sowie umfangreiche Ausbildungsprogramme. Dabei sollen vor allem auch die pränatale Vorsorge und die Nachbetreuung bei Geburten im Fokus stehen.

2.2.4 Der Health Equity Fund (HEF) in Theorie und Praxis

“To enable active social and economic participation of poor and vulnerable residents of Cambodian society through universal access to an essential package of quality health interventions thereby providing financial protection against the consequences of ill health” (Vision des HEF; KoC 2016: 6).

តារាងតម្លៃសេវា មណ្ឌលសុខភាព កំពង់			
ល.រ	ប្រភេទសេវា		តម្លៃសេវា
1	ពិគ្រោះជំងឺក្រោម, ពន្យាករឈាម, ពិនិត្យក្រោម, ពិនិត្យផ្ទៃពោះ, លាងរបួសបន្ត		1,000 ⁺
2	សំណួរកូននៅមណ្ឌល	កូនបង្កង	50,000 ⁺
		កូនទី២ឡើង	40,000 ⁺
3	ពិនិត្យឈាមរកមេរោគគ្រុនចាញ់		2,000 ⁺
4	បញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅមន្ទីរពេទ្យ		50,000 ⁺
5	វះចូស		5,000 ⁺
6	ថែទាំរបួស រ៉ាំ លាងក្រោម ៣ថ្ងៃ		10,000 ⁺
7	ថែទាំរបួស រ៉ាំ លាងចាប់ពី ៤ថ្ងៃឡើង		20,000 ⁺
8	គេស្តូទឹកនៅមន្ទីរ រកមើលផ្ទៃពោះ		2,000 ⁺
9	រំលូត និង រំលូតកូន	១ខែ	100,000 ⁺
		លើសពី ១ខែ	150,000 ⁺
10	ផ្តល់ថ្នាំបង្ការគ្រប់ប្រភេទ		មិនគិតថ្លៃ
11	រថេប ឃ្លង់		មិនគិតថ្លៃ

លើកលែងការបង់ថ្លៃសេវាបីលោះ

1. ថតក្រីក្រ 1. សំណួរឈាមរកមេរោគ (លេងសិក្សា ឬគ្រូនាមក)
 2. ថតពិការ 2. បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព និងគ្រួសារ
 3. ព្រះសង្ឃ 3. អ្នកស្ម័គ្រចិត្តគ្រប់ប្រភេទ
- ចំណាំ: រាល់ការលើកលែង ត្រូវធ្វើតាមប្រព័ន្ធលើកលែងរបស់មណ្ឌលសុខភាព

Foto 5: Öffentlich ausgehängtes Leistungsverzeichnis in einem Gesundheitszentrum

Wichtigster Einzelposten im Rahmen des H-EQIP im Umfang von 70 Mio. US\$, bei einem Geberanteil von 30 Mio. US\$, ist die Unterstützung des HEF-Systems. Dieses baut auf vorangegangenen Förderprogrammen auf, u.a. dem Health Sector Support Program 2 (HSSP2), das in seinem externen Finanzierungsanteil ebenfalls im Wesentlichen von der Weltbank unterstützt wurde. Die Aufgabe des HEF innerhalb von H-EQIP ist die Erstattung von Kosten für PatientInnen mit ID Poor-Status in staatlichen Einrichtungen der Gesundheitsfürsorge. Diese Kosten werden nach Rechnungsstellung durch die verschiedenen Gesundheitseinrichtungen unmittelbar an die LeistungsträgerInnen ausgezahlt. Die Beträge sind in Listen festgelegt und richten sich grob nach dem Aufwand für den jeweiligen Behandlungstyp (z.B. nur Konsultation und ggf. Verabreichung eines Medikaments, Versorgung von kleineren Wunden, Geburt, Operation usw.). Entsprechend sind Leistungen in den Gesundheitszentren, die nicht über ÄrztInnen verfügen, niedriger dotiert als die Behandlung in den Hospitälern.

Das HEF-System existiert seit mehr als einer Dekade, aber flächendeckend wurde es erst 2015/16 in ganz Kambodscha eingeführt und erstreckt sich heute auf alle staatlichen Gesundheitseinrichtungen. Versorgungsleistungen privater Anbieter werden dagegen nicht erstattet und der Service einiger weiterer staatlich geförderter Hospitäler in Phnom Penh ist ebenfalls ausgenommen.

HEF ermöglicht eine absolut kostenfreie Behandlung von Personen mit ID Poor-Status. Hinzu kommen seit einigen Jahren Zusatzleistungen, die auch Menschen bar jeglicher finanzieller Möglichkeiten den Zugang zu den Gesundheitseinrichtungen ermöglichen sollen. Dies sind vor allem die genannte Fahrtkostenerstattung (*Transportation Reimbursements*) und Betreuungsgeld für eine Begleitperson einer zum Beispiel verletzten Person (*Caretaker Food Allowance*). Diese gilt für alle *Referral Hospitals* sowie das Khmer-Soviet Friendship Hospital in Phnom Penh. Sollte ein/e Patient/in innerhalb einer staatlichen Gesundheitseinrichtung sterben, so werden sogar die Beerdigungskosten erstattet, unabhängig davon, was die Ursachen des Todesfalles sind.

Wer im Besitz einer Karte ist, die ihren/seinen ID Poor-Status dokumentiert, kann bedingungslos die Gesundheitszentren, die *Referral Hospitals* der Versorgungsbezirke sowie die entsprechenden Krankenhäuser in den Provinzzentren aufsuchen und dort jede benötigte Hilfe erhalten. Das Verfahren ist einfach und dennoch zuletzt durch IT-Einsatz sehr modern. Die zu behandelnde Person wendet sich unter Vorlage ihrer/seiner Karte an die Aufnahme im Gesundheitszentrum oder Krankenhaus, wo ggf. eine Ersterfassung stattfindet. Danach erfolgen die Diagnose- und Behandlungsschritte. Etwaige Blutuntersuchungen, Röntgenaufnahmen (in den Hospitälern) und anschließende Maßnahmen einschließlich Operationen (je nach Versorgungsniveau) und alle benötigten Medikamente (soweit vorhanden) sind für die PatientInnen kostenfrei.

Die Leistungen werden in Paketen zusammengefasst (wie bei den SelbstzahlerInnen). Foto 5 zeigt eine Preisliste für SelbstzahlerInnen zu den in einem Gesundheitszentrum angebotenen verschiedenen Leistungsgruppen. Als Leistungsgruppe ist hier die „Konsultation“ unabhängig von ihrem Umfang (z.B. als „Schwangerschaftsuntersuchung“ oder „Wundversorgung“ ohne Nähen) zu verstehen. Die Höhe der zu zahlenden Beträge kann sich von Provinz zu Provinz leicht unterscheiden. Auf der gezeigten Liste (Foto 5 und Anlage 2) ist z.B. die einfache Konsultation mit 1.000 Riel (0,25 US\$) besonders niedrig angesetzt. Andernorts kann sie bis zu 1.500 oder 2.000 Riel betragen. Allerdings sind für das Nähen einer Wunde weitere Beträge fällig, im gezeigten Beispiel 5.000 bis 10.000 Riel (1,25 bzw. 2,50 US\$).

Für eine Geburt sind 50.000 (12,50 US\$) bzw. 40.000 Riel (10 US\$) ab dem zweiten Kind zu zahlen. Hier gilt, dass eine schnelle Geburt und eine Geburt, die sich z.B. über zwei Tage

hinstreckt, genau die gleiche Gebühr kostet. Im Vergleich zu diesen sehr niedrigen Preisen ist der Schwangerschaftsabbruch mit 100.000 bis 150.000 Riel (25 bis 37,5 US\$) deutlich teurer. In den *Referral Hospitals* können die Preise generell etwas höher liegen, z.B. 2.000 bis 6.000 Riel für die Konsultation und 60.000 bis 100.000 Riel (15 bis 25 US\$) für eine Geburt, wobei es auch hier irrelevant ist, ob die Geburt einfach ist oder kompliziert (z.B. mehrere Tage dauert oder sogar mit Kaiserschnitt verbunden ist).

Wichtig mit Blick auf die Wirkungen des HEF ist, dass die seitens des Fonds bzw. des kambodschanischen Gesundheitsministeriums für den Fonds festgelegten Entschädigungen für Leistungen in allen Einrichtungstypen des staatlichen Gesundheitssystems stets an der Obergrenze der Tariflisten für SelbstzahlerInnen liegen. Das Personal der Gesundheitszentren wie auch der Krankenhäuser ist sich also stets dessen bewusst, dass bei der Behandlung von Personen mit ID Poor-Karte für sie mindestens der gleiche Bonus herauspringt wie bei SelbstzahlerInnen, oft aber sogar eine höhere Entschädigung. Der



Foto 6: Registrierung von HEF-Patientinnen in dem *Referral Hospital* eines Gesundheitsdistrikts

Effekt dieser Vorgaben überdurchschnittlich hoher Tarife ist sogar ein doppelter: Einerseits trägt der HEF pro behandelter Person stärker zur Kostendeckung der jeweiligen Gesundheitseinrichtung bei als die SelbstzahlerInnen, andererseits kommt der Bonus mit dem mehr oder weniger großen Anreiz für das Personal hinzu, der allerdings immer dann nicht gegeben wäre, wenn eine arme Person ohne ID Poor-Status zur Behandlung käme. Diese müsste schließlich in den Gesundheitszentren kostenfrei behandelt werden.

Mit der Einführung der HEF-Zahlungen kam eine Welle zusätzlicher PatientInnen in die Gesundheitseinrichtungen. Schon Ende 2015 waren es in den Gesundheitszentren ein Plus von knapp 20% und in den angeschlossenen Krankenhäusern von über 20% (ADRA 2016: 9). Dabei standen Anfang 2015 erst 65 der 81 Gesundheitsbezirke Kambodschas für HEF-PatientInnen offen. Die Zunahme der PatientInnen setzte sich vor allem 2016 und 2017 fort. Deren Registrierung sollte aber schon 2015 (erstmal in Kambodscha) computerbasiert erfolgen. Ebenso sollte gleichzeitig eine (ebenfalls erstmals benötigte) detaillierte Abrechnung der Leistungen sowie eine zeitnahe Rechnungsstellung an die HEF-Verwaltungszentrale in Phnom Penh erfolgen. Da dies die personellen und technischen Kapazitäten der Gesundheitszentren und Hospitäler überfordert hätte, wurde das gesamte Aufnahmeverfahren der PatientInnen sowie das Rechnungswesen zunächst ausgelagert und an sogenannte HEF-Operators (HEFO), lokale NRO, vergeben, die außerhalb der Strukturen der Gesundheitseinrichtungen tätig waren. Diese HEFO hatten auch die Aufgabe, die PatientInnen während einer stationären Behandlung zu unterstützen, etwa durch die Auszahlung der Verpflegungsgelder an die Begleitung, und am Ende die Abrechnung der Behandlungskosten und

deren Auszahlung, nach Prüfung durch eine in Phnom Penh beheimatete Rechnungsprüfungsstelle, an die Gesundheitseinrichtungen vorzunehmen (ebd.).

Nach einer Übergangszeit wurde Ende 2016 / Anfang 2017 diese Übergangsassistenten durch ein neues System ersetzt, bei dem die HEFO abgelöst wurden durch zwischenzeitlich geschulte MitarbeiterInnen innerhalb der Verwaltungsstruktur der Einrichtungen selbst. Hinzu kamen sogenannte HEF Promoters (HEFP). Während die Gesundheitszentren und Krankenhäuser seitdem die PatientInnen selbst aufnehmen (also auch per Computer erfassen) und die Rechnungsstellung ebenfalls durchführen, sollen die extern verankerten HEFP weiterhin dafür sorgen, dass die im Umgang mit staatlicher Bürokratie vergleichsweise unerfahrenen PatientInnen in jeder Hinsicht zu ihrem Recht kommen, etwa was die Auszahlung der Reisekosten betrifft oder im Bedarfsfall die Verweisung an die nächsthöhere bzw. besser ausgestattete Gesundheitseinrichtung. Vor allem obliegt den MitarbeiterInnen der HEFP die bereits erwähnte Post-Identifikation (Post-ID) Armer, ohne ID Poor-Status.

Diese Post-ID besteht aus einer kurzen Anhörung aller Personen, die sich in Gesundheitseinrichtungen melden und dabei zwar nicht über den ID Poor-Status verfügen, aber trotzdem nicht in der Lage sind, notwendige Behandlungskosten selbst aufzubringen. Diese Anhörung erfolgt nur in den Hospitälern der Distrikte und der Provinzzentren, nicht aber in den Gesundheitszentren. Dabei werden einige standardisierte Fragen gestellt, u.a. zur Familiensituation, den Einkommensquellen und der Wohnsituation. Aus den vorgegebenen Antwortmustern (z.B. Land – kein Land, feste Beschäftigung – arbeitslos, kranke Personen im Haushalt, keine arbeitsfähigen Personen usw.) können die HEFP auf die tatsächliche Bedürftigkeit der AntragstellerInnen schließen. Formblätter mit vorgegebenen Punktvergaben je nach Antwort helfen dabei und sorgen für Vereinheitlichung. Auf die Frage, ob die Angaben überprüft würden, wurde dem Untersuchungsteam Widersprüchliches berichtet. Hierfür gäbe es keine Mittel hieß es in einem Hospital. In einem anderen Fall wurde dagegen bei rund 100 Post-ID-Verfahren im Monat sogar von bis zu 30 Nachprüfungen durch die HEFP berichtet. „Ich fahre mit dem Motorrad im Zweifelsfall zu jedem einzelnen Antragsteller“, bestätigte hier der zuständige HEFP-Vertreter.

Die Tatsache, dass ein Post-ID nur in den Distrikt- und Provinzzentren möglich ist, hat Vor- und Nachteile. Ein Vorteil ist, dass in den Hospitälern sofort eine höherklassige Behandlung möglich ist als in den Gesundheitszentren. Nachteil ist eindeutig, dass die Armen erst die Mittel aufbringen müssen, um zu den fast immer weiter entfernt liegenden Krankenhäusern gelangen zu können. Hier sind wieder die BewohnerInnen der Städte massiv benachteiligt, da diese sich sozusagen nur „um die Ecke“ zur Post-ID-Anhörung begeben müssen. Da aber auch innerhalb des Systems von ID Poor bereits eine nachträgliche Identifizierung armer Haushalte getestet wird und diese Möglichkeit wahrscheinlich bald in allen (Land)-Kommunen Kambodschas eingeführt wird, deutet sich auch hier eine baldige substanzielle Verbesserung für die Armen beim Zugang zu kostenfreien Gesundheitsdienstleistungen an.

Zwischenbilanz

Die kostenfreie Versorgung armer Haushaltsangehöriger mit Gesundheitsdienstleistungen ist seit 2015 bzw. 2016 in ganz Kambodscha gewährleistet. Neben den im Rahmen von ID Poor klassifizierten Armen können auch Personen, die durch das Identifizierungssystem aus welchen Gründen auch immer nicht erreicht wurden, durch das dem Gesundheitswesen angegliederte Post-ID eine kostenfreie medizinische Versorgung erhalten. Post-ID und Behandlung folgen dabei unmittelbar aufeinander.

Im Jahr 2007 wurden in den für Arme landesweit zugänglichen 45 Gesundheitseinrichtungen erst 246.598 Fälle kostenfreier Behandlung gezählt und 1,3 Millionen weitere Personen explizit nicht kostenfrei behandelt (vgl. KoC 2008). Für Ende 2017 gehen die neuesten Schätzungen dagegen davon aus, dass ein Großteil der rund drei Millionen Personen, die mit Mitteln des HEF eine kostenlose Behandlung erhalten können, diese Möglichkeit auch wahrgenommen hat. Parallel dazu ist die Entwicklung zu beobachten, dass während der HEF anfangs maßgeblich von Gebern finanziert wurde, heute die kambodschanische Regierung zumindest die Hälfte bzw. 60% der Ausgaben des Fonds trägt und in wenigen Jahren den Fonds ganz aus Steuermitteln finanzieren will.

2.2.5 Wirkungen des Health Equity Fund auf PatientInnen und Gesundheitspersonal

PatientInnen und Armutsminderung

Die Nutzung der durch den HEF ermöglichten Gesundheitsdienstleistungen unterscheidet sich substanziell zwischen ländlichen und urbanen Gebieten. Auf dem Lande finden die meisten Vorsorge- bzw. Behandlungsbesuche zumindest erst in den Gesundheitszentren statt und nur bei bestimmten Diagnosen, weiterem Diagnose- und/oder Behandlungsbedarf oder bei schwereren Unfällen werden PatientInnen an die *Referral Hospitals* verwiesen. In den Städten und zentrennahen Dörfern dagegen wenden sich Personen in der gleichen Situation eher direkt an die zuständigen Krankenhäuser und übergehen die eigentlich als Eingangsstufe für alle staatlichen Gesundheitsdienstleistungen gedachten Gesundheitszentren. Dadurch sind PatientInnen mit ID Poor-Status deutlich gegenüber den SelbstzahlerInnen und hier insbesondere den vulnerablen Haushalten bevorzugt, die zur Schonung ihrer Geldbörse zumindest in weniger dringlichen Fällen erst einmal die billigeren Leistungen der Gesundheitszentren in Anspruch nehmen.

Die Frage nach der Herkunft der PatientInnen mit HEF-Förderung stellt sich nicht. Es sind die Allerärmsten in Kambodscha, die im Rahmen des relativ sorgfältigen ID Poor-Prozesses zu dem Status „extrem Arm“ (ID Poor 1) bzw. „Arm“ (ID Poor 2) kommen, der sie zur Nutzung einer ID Poor-Karte für bestimmte soziale Dienstleistungen berechtigt (vgl. Bliss / Hennecke 2018). Für beide Untergruppen von Armen gelten im Gesundheitsbereich die gleichen Bedingungen und sie erhalten die gleichen Leistungen, wie im Übrigen auch die SelbstzahlerInnen. Noch vor drei bis vier Jahren waren dort, wo es die HEF-Förderung bereits gab (also in rund 2/3 der staatlichen Gesundheitseinrichtungen), wirklich nur die Ärmsten der Armen in die staatlichen Einrichtungen gekommen, da diese keinen guten Ruf genossen, weil dort u.a. das Personal oft abwesend war, weswegen PatientInnen vielfach die Mühen der Anreise vergeblich auf sich nahmen. Wer es sich nur irgendwie leisten konnte, nutzte daher eine (möglichst billige) private Alternative. Mit dem HEF, den zwischenzeitlich verbesserten Versorgungsangeboten und dem deutlich höher motivierten Gesundheitspersonal gilt dies nach übereinstimmender Meinung der befragten InstitutionenvertreterInnen heute nicht mehr.

Die Mehrzahl der HEF-PatientInnen sind Frauen und die Statistiken fast aller besuchter Gesundheitszentren wie auch der Hospitäler machen deutlich, dass vor allem die Versorgung im Vorfeld, während und nach Geburten die wichtigste in Anspruch genommene Leistung darstellt. Die Mehrzahl der stationären Wöchnerinnen, in einigen Einrichtungen fast alle, werden HEF-gefördert. Dies hat den Aussagen des Personals zufolge einen erheblichen Gesundheitseffekt, weil der Service in den Gesundheitszentren im Umfeld von Geburten sehr gut ist und die werdenden Mütter deutlich weniger Risiken als bei Hausgeburten eingehen.

Wer es sich leisten kann, geht allerdings zumindest in den urbanen Zentren wohl weiterhin eher in eine private Geburtsklinik als in eine staatliche Einrichtung, denn auch hier, wo die Gesundheitszentren nur sehr wenige sonstige ambulante HEF-Fälle behandeln, sind die HEF-



Foto 7: Medizinische Aufnahme der registrierten PatientInnen in einem *Provincial Referral Hospital*, unter ihnen viele HEF-geförderte Personen bzw. Mütter mit Kleinkindern, die generell kostenfreie Dienstleistungen erhalten.

Wöchnerinnen unter ihnen in der Überzahl. Zumindest gilt dies für die meisten der in dieser Studie berücksichtigten Einrichtungen (siehe Anlage 1).

Im Rahmen der allgemeinen Förderung durch das H-EQIP soll ein Fokus auf der Verbesserung der Ernährungssituation (*Nutrition*) der Bevölkerung und von Kindern im Besonderen (z.B. durch Stillen, mehr Vitamin A-Einnahme, Entwurmung, *Monitoring* der physischen Entwicklung usw.) liegen. Auch wenn dies nicht unmittelbar durch den HEF geleistet wird, so ist das Vorhandensein des Fonds doch eine der wichtigsten

Bedingungen dafür, dass die Gesundheitseinrichtungen die Menschen vor allem auf dem Land auch wirklich erreichen. Durch den HEF kommen inzwischen deutlich mehr schwangere Frauen zur Geburt in Gesundheitszentren oder *Referral Hospitals* als zuvor, wo sie die entsprechende Ernährungsberatung bekommen (siehe Foto 2) und die Neugeborenen bzw. Kleinkinder ein mindestens drei Jahre umfassendes Gesundheitsmonitoring erhalten (siehe Foto 8).

Auch nach den Geburten gehören HEF-Patientinnen mit Babies zu den wichtigsten BesucherInnen der staatlichen Einrichtungen. Hierzu gehören die Impfungen, die nicht nur für die Babies und Kleinkinder der Nicht-Armen, sondern auch alle Erwachsenen kostenfrei sind, aber ebenso die angebotenen Nachsorgeuntersuchungen.

Männer lassen sich oft, vor allem in den ländlichen Gesundheitszentren, nach kleineren Unfällen versorgen. Auch kleinere Wunden können hier genäht werden. Neben Unfällen ist die Behandlung von Malaria wichtig, die allerdings auch durch viele private Apotheken und Zimmer“kliniken“ durchgeführt wird. In dieser Situation müssen auch ID Poor-PatientInnen gegebenenfalls nachrechnen, ob die kostenfreie Behandlung im Gesundheitszentrum bei substanziellen Anreisekosten billiger ist als die kostenpflichtige beim Apotheker „um die Ecke“, denn die Fahrtkosten werden ausschließlich zu den *Referral Hospitals* erstattet.

Während der Regenzeit sind auch Atemwegserkrankungen häufig. Weitere Fälle betreffen Erkrankungen des Magen- und Darmtrakts (Diarrhöe) oder Hauterkrankungen.

Die Reisekostenerstattung für HEF-PatientInnen ist niedrig und deckt zumeist nur die Wege im nahen und mittleren Einzugsbereich eines *Referral Hospital* ab. So berichtete eine Frau, die das Untersuchungsteam in einem *Referral Hospital* im Norden von Stung Treng traf, sie sei zuerst mit dem Motorrad fünf Kilometer zum Mekong gebracht und dann von der einen Seite des Flusses gut 15 km zur andern mit einem Taxiboot gefahren worden. Dafür habe sie zwei US\$ als Reisekostenerstattung erhalten, womit die Kosten für das Motorrad gut abgedeckt seien, nicht aber die Gelder für den zweimaligen Bootstransport, wofür noch einmal je Strecke 10.000 Riel, zusammen also fünf US\$ bezahlt werden mussten. Aber da die Behandlung ihrer Tochter umsonst sei, zumal diese einmal im Monat erfolgen müsse, wäre der ID Poor-Status für die Familie eine große Hilfe, der mindestens 30 US\$ Kosten pro Monat einsparen helfe.

Dies ist sicher kein Einzelfall, denn auch die ADRA-Evaluation für den Erfassungszeitraum 2004 bis 2015 geht davon aus, dass zwar die meisten BesucherInnen eines Gesundheitszentrums weniger als 10 km zurücklegen würden (98% aller PatientInnen), dass aber die PatientInnen zu den Distrikt-Hospitälern im Durchschnitt einen Anreiseweg zwischen 20,7 und 23,3 km haben (ADRA 2016: 8).

Da Kranke in Kambodscha nahezu ausnahmslos von ihren Verwandten zu einer Gesundheitseinrichtung transportiert, zumindest aber begleitet werden, ist die Unterstützungszahlung (Verpflegungsgeld) für die Begleitpersonen von HEF-unterstützten PatientInnen eine große Hilfe. Zwar ersetzt die Zahlung noch keinen Einkommensausfall, aber es werden doch die Kosten für zwei Speisen am Tag relativ gut abgedeckt. Die PatientInnen erhalten in den Hospitälern ihrerseits ebenfalls zwei warme Mahlzeiten am Tag, die mit den Pauschalen des HEF ebenfalls abgegolten werden.

Tatsache ist, dass in den Gesundheitseinrichtungen Kambodschas immer noch vieles fehlt, z.B. sind nicht einmal alle Krankenzimmer mit Ventilatoren ausgestattet, geschweige denn mit Klimaanlage. Oft liegt ein Dutzend PatientInnen in einem offenen Raum, die Betten sind im besten Fall Drahtgestelle mit einer dünnen Matratze, oft aber auch nur mit Matten belegt. Die sanitären Anlagen sind zudem einfach, es fehlt oft an speziellen Medikamenten (außer im Khmer-Soviet Friendship Hospital in Phnom Penh) und stets gibt es Engpässe, was das medizinische Gerät betrifft.



Foto 8: Babies werden im Rahmen der kostenfreien Betreuung in den Gesundheitszentren regelmäßig gewogen und die Mütter hinsichtlich einer angemessenen Ernährung beraten.

Wichtig aber ist im Vergleich mit Ländern der gleichen BIP-Gruppe die relativ gute Versorgungsdichte und vor allem die Tatsache, dass heute landesweit die Ärmsten der Armen die gleiche Behandlung erhalten wie die SelbstzahlerInnen, die den öffentlichen Versorgungsbereich nutzen. Zudem sind auf der unteren Versorgungsebene die privaten Gesundheitsdienstleistungen qualitativ keineswegs besser als die staatlichen, denn im besten Fall sind es ja die gleichen Personen, die tagsüber in den Gesundheitszentren und Hospitälern arbeiten und abends oder je nach Schicht auch früh morgens in ihren privaten *Health Clinics* tätig sind. Andernfalls werden durchaus Behandlungen von Personen angeboten, die im Zweifelsfall über gar keine medizinische Ausbildung verfügen oder allenfalls Grundkenntnisse in Pharmazie haben.



Foto 9: Das Schild, das in viele öffentlichen Gesundheitseinrichtungen Kambodschas hängt, ermahnt das Personal, niemanden abzuweisen, auch wenn der oder die Kranke nicht zahlen kann.

Die finanziellen Wirkungen des HEF auf die PatientInnen und ihre Familien wurden bisher nur grob erfasst, so durch eine Weltbankstudie vom Juni 2016. Ohne konkrete Benennung der absoluten Kosten kommt die Studie zu dem Schluss, dass Personen ohne ID Poor-Status aus der Gruppe der Fast-Armen dreimal so viel Geld während des letzten Krankenhausaufenthalts bezahlen mussten wie HEF-Begünstigte und dies bei fast gleicher sozio-ökonomischer Gesamtlage. Entsprechend war ihre Verschuldung um 30% höher als die der HEF-geförderten PatientInnen (World Bank 2016c: 28).

Konkrete Zahlen legt die Untersuchung zu den Behandlungskosten für beide Gruppen vor. So hatten HEF-PatientInnen (trotz der freien Behandlung an sich) im Durchschnitt Kosten von vier US\$ für eine ambulante und 40 US\$ für eine stationäre Behandlung. Wer indes ohne ID Poor-Karte behandelt wurde, zahlte 17 US\$ während der ambulanten und 190 US\$ während der stationären Behandlung (ebd.: 3). Dabei dürften die Ausgaben der ID Poor-NutzerInnen vor allem für den Eigenanteil im Falle hoher (und nicht voll erstatteter) Transportkosten zur Behandlung erfolgt sein und für Zusatzaufwendungen für die Kranken wie Getränke, Snacks etc.

Ferner fand die Studie heraus, allerdings ohne konkrete Zahlen vorzulegen, dass bei schwereren Erkrankungen die Betroffenen beider Gruppen eher die Leistungen staatlicher Einrichtungen als privater Anbieter in Anspruch nehmen (ebd.: 30). Dies bedeutet unserer Erkenntnis nach für HEF-PatientInnen zweierlei: Erstens, sie erhalten auch in schweren Fällen eine relativ gute Versorgung kostenlos und zweitens, sie erhalten eine Versorgung, die sie ohne HEF zumindest teilweise gar nicht in Anspruch nehmen könnten, dann sicherlich mit schweren Folgen für Leib und Leben. Genau dies wurde von GesprächspartnerInnen in mehreren Gesundheitszentren bzw. *Referral Hospitals* bestätigt, die angaben, nur zum

Zentrum gekommen zu sein, weil die Versorgung für sie kostenfrei sei. Andernfalls hätten sie sich „irgendwie behelfen müssen“.

Entsprechend kommt die Weltbankstudie wie auch diese Untersuchung zu der Schlussfolgerung, dass die Einführung des HEF ein substanzieller Beitrag gegen die Verarmung von Haushalten ist, wenn es in der Familie zu einer ernsthaften Erkrankung mit dringendem Behandlungsbedarf des betreffenden Mitgliedes kommt. Zu ergänzen ist hier noch, dass die Folgen um so schwerer sind, je stärker erwerbstätige Haushaltsmitglieder betroffen sind, d.h. dass in solchen Fällen den in der Regel erheblichen Ausgaben immer fatalerweise auch verminderte Einnahmen gegenüberstehen.

Eine wichtige potenzielle Wirkung, die aber noch nicht im Detail erfasst wurde, kann von den Beiträgen ausgehen, die vor allem die Gesundheitszentren zur Verbesserung der Ernährungssicherung leisten. Die Beratung in den Zentren richtet sich derzeit allerdings nur an diejenigen, die die Zentren als PatientInnen aufsuchen bzw. an Mütter vor und nach einer Geburt. Zu Hause werden Familien durch die Beratung so gut wie nie erreicht. Bei den Befragungen von HEF-PartientInnen wurde unisono festgestellt, dass das Personal der Gesundheitszentren – von Ausnahmen wie nationalen Kampagnen abgesehen – nicht bis in die Dörfer reist. Entsprechend wichtig wäre es, neben der erweiterten Ausstattung der Zentren mit gutem Schulungsmaterial dem Personal Mittel zur Verfügung zu stellen, um ihren durchaus bestehenden Auftrag der gesundheitlichen Aufklärung auch nach außen hin wahrnehmen zu können. Heute gibt es dafür weder Transport- noch Betriebsmittel.¹³

Gender ist ein wichtiges Thema im Rahmen der HEF-Planung wie auch der Implementierung, da positive Wirkungen überproportional auf Seite von Frauen erwartet werden. Die deutsche EZ stuft ihren Beitrag zum HEF (über H-EQIP) bezogen auf *Gender*-Wirkungen als G1¹⁴ ein. Ohne explizit *Gender*-Ziele auf Indikatorenebene formuliert zu haben, wird dies begründet mit der Tatsache, dass Männer und Frauen in gleichem Maße von den HEF-Leistungen profitierten. Gleichzeitig stehe die Verbesserung der Mutter-Kind-Gesundheit im Fokus des kambodschanischen Gesundheitsstrategieplans. Zudem trügen die Maßnahmen zu verbesserten Lebensbedingungen von Frauen bei. Die Weltbank geht ebenfalls in ihrem *Appraisal*-Dokument für H-EQIP (und damit den HEF als wichtigster Einzelmaßnahme des Paketes) von positiven *Gender*-Wirkungen aus, möchte aber *Gender* generell im Rahmen des *Monitorings* verfolgen, um ggf. steuernd eingreifen zu können (World Bank 2016a: 21f).

¹³ Hinsichtlich der Materialerstellung im Ernährungsbereich engagiert sich seit 2017 auch die deutsche TZ in Kambodscha. Die Arbeit in den Dörfern soll nach Hinweis des Projektkoordinators der Weltbank in Phnom Penh im Rahmen des H-EQIP gefördert werden.

¹⁴ G0 = keine Gender-Wirkungen beabsichtigt, G1= Gender-Wirkungen als Nebenziel, G2 = Gender-Wirkungen sind Hauptziel.

Box 1: Traditionelle Medizin und Arme in Kambodscha

In vielen Ländern bzw. Regionen wie z.B. Indochina, Indien, China oder Westafrika spielt traditionelle Medizin (TM) gerade für Arme eine weiterhin wichtige Rolle. Die Informationen zur gegenwärtigen Bedeutung der TM in Kambodscha sind widersprüchlich. Anfragen in den Gesundheitszentren und bei ihren PatientInnen deuten darauf hin, dass eine z.B. auf Waldnebenprodukten basierende traditionelle Apotheke hier keine wirkliche Konkurrenz zur privaten oder staatlichen Schulmedizin darstellt. Ein kurzer Beitrag von Stéphanie Gée ging dagegen 2008 von einer großen Bedeutung von TM in ländlichen Gegenden aus und sprach sogar von ihrer zunehmenden Verwendung bei der städtischen Bevölkerung. Allein 800 Medizinalpflanzen seien bekannt (vgl. Gée 2008). Allerdings sei die Seltenheit einzelner Pflanzen und vor allem von ebenfalls verwendeten Tieren und ihr hoher Preis dafür verantwortlich, dass nur wohlhabendere KambodschanerInnen auf diese Produkte zurückgreifen würden, argumentieren Walston und Ashwell in ihrem Beitrag aus dem gleichen Jahr (2008). Wenn also Arme heute TM in Anspruch nehmen, müssen sie sich offenkundig mit den weniger „wirksamen“, aber häufiger verfügbaren Naturprodukten begnügen.

Die „traditionelle“ Apotheke gibt es als spezialisierte Läden, vor etwa zehn Jahren an die 100 allein in Phnom Penh (vgl. Walston / Ashwell 2008), oder aber als Nebenprodukte auf Märkten, z.B. bei GewürzhändlerInnen oder zusammen mit Lebensmittelangeboten. Einige der verwendeten Heilpflanzen sind den auch in Deutschland bekannten Hausmitteln, wie Minze, Kamille, Anis oder bestimmte Gewürze (Ingwer), sehr ähnlich. Andere entsprechen dem, was die AutorInnen Bliss und Gaesing Anfang der 1990er Jahre in der Côte d'Ivoire, in Mali oder Burkina Faso in Form von Wurzeln, Rinden, Lianenfrüchten oder ihren Extrakten vorfanden (1996). Um solche Produkte dürfte es sich handeln, wenn eine sehr arme Patientin darauf verweist, dass sie ohne die HEF-Unterstützung auch bei schwerer Erkrankung nicht zum Arzt gehen könnte, sondern sich „anderweitig behelfen“ müsse.

Also ist auch die TM in Kambodscha zweigeteilt: die wirksamen seltenen und daher teuren Produkte für die Reichen und die einfachen Hausmittel auf pflanzlicher Basis für diejenigen, die arm sind und trotzdem keine HEF-Unterstützung bekommen – oder für die, die der Schulmedizin nicht trauen bzw. sicherheitshalber beide Methoden und ihre Verordnungen nebeneinander verwenden.

Medizinische Versorgung Armer ohne ID Poor-Status

In vielen Gesundheitszentren Kambodschas findet sich an prominenter Stelle ein Emaille-schild mit dem Hinweis auf eine Rede des Gesundheitsministers Dr. Mam Bunheng, der 2014 darauf hinwies, das für alle Gesundheitseinrichtungen im Land das Prinzip gelte, „Niemals sagen: kein Geld, (daher) kein Service“ (Foto 9). Konkret bedeutet diese als Anweisung zu verstehende Aussage, dass Menschen, die kein Geld für eine notwendige Behandlung haben und dies glaubhaft machen können – mit oder ohne bestätigtem Armutsstatus – von einer Gesundheitseinrichtung nicht abgewiesen werden dürfen. Die finanzielle Ausstattung der Gesundheitszentren und *Referral Hospitals* (vgl. Abschnitt 2.2.1) stellt die Umsetzung der Anweisung indes vor erhebliche Probleme. Vor allem die geringe Basisfinanzierung der Einrichtungen durch die *Provincial Departments of Health* (PDoH) ist durch die damit indirekt verbundene Bedingung einer kostenfreien Behandlung von Militärangehörigen, Mönchen und weiterer Gruppen von PatientInnen (vgl. Anlage 2) mehr als aufgebraucht.

Während die im Rahmen der Studie besuchten Gesundheitszentren fast durchgängig belegen konnten, dass ein Teil ihrer PatientInnen aus Armutsgründen (zusätzlich zu den genannten befreiten Gruppen) tatsächlich kostenfrei behandelt wurde, waren aus den *Referral Hospitals* hierzu keine eindeutigen Zahlen zu erhalten. Viele solcher Ausnahmefälle können es allerdings nicht sein, da man für Arme mit kostenloser Behandlung ohne ID Poor-Status keine eigene Statistik zu führen scheint,¹⁵ während dies in den meisten Gesundheitszentren der Fall ist. Aus dem Zahlenmaterial, das dem Untersuchungsteam vorgelegt wurde, ging hervor, dass z.B. in einem Zentrum im Norden Kambodschas ungewöhnlich hohe 90% aller PatientInnen (abzügl. der HEF-finanzierten Fälle) zu dieser Gruppe gehörten. Auch machten die LeiterInnen der Gesundheitszentren im Gegensatz zu den vagen Auskünften ihrer KollegInnen in den Krankenhäusern durchaus konkrete Aussagen über die Probleme dieser PatientInnen und ihren sozio-ökonomischen Hintergrund.

Aus den Gesprächen wurde zudem deutlich, dass bei der kostenfreien Behandlung Armer ohne ID Poor-Status der HEF zwar keine direkte, wohl aber eine wichtige mittelbare Rolle



Foto 10: Impfung eines Babies in einem Gesundheitszentrum als Bestandteil des postnatalen Vorsorgepaketes

spielt. Da in armen Gegenden auch die Zahl der KarteninhaberInnen von ID Poor eher überdurchschnittlich groß ist und entsprechend auch die HEF-Zahlungen zumindest relativ hoch ausfallen, ersetzen HEF-PatientInnen einen Teil der sonst üblichen SelbstzahlerInnen, wodurch die Gesundheitszentren zumindest etwas von den dringend benötigten Zusatzeinnahmen doch erhalten und auch das Personal aus seinen 60% Gebührenanteil einige (bescheidene) Bonizahlungen und damit eine gewisse Motivation erhält, die

ohne HEF ganz entfallen würde. Der Direktor eines Zentrums bestätigte sogar, dass sein Zentrum nur durch den HEF gerade noch betriebsbereit gehalten werden könne. Damit trägt der HEF in bescheidenem Umfang mittelbar also auch zum Erhalt der Basisgesundheitsleistungen für die nichtzahlenden Armen ohne ID Poor-Status bei.

Zumindest vor einigen Jahren spielten buddhistische Einrichtungen, vor allem größere Tempel mit angegliederten Klöstern, eine gewisse Rolle bei der Krankenversorgung armer Personen. Zum einen ist bis heute der Eintritt in ein Kloster ja bereits ein Beitrag zur Armutsreduzierung für einen Angehörigen eines armen Haushaltes, der dadurch ggf. lebenslang mit Unterhalt und auch kostenfreier medizinischer Versorgung belohnt wird. Auf der anderen Seite verfügen die genannten Einrichtungen zum Teil selbst über medizinische Fazilitäten, die z.B. die in ihnen lebende Mönche und Nonnen versorgen. Dieser Umstand kommt auch heimatlosen Menschen (vor allem alten Frauen ohne Angehörige) zugute, die zumindest zeitweise in solchen Klöstern zu leben pflegen.

¹⁵ Zumindest konnten in keinem der Hospitäler zu dieser PatientInnengruppe Zahlen genannt werden.

Widersprüchlich sind dagegen Hinweise, dass in den Klöstern Armen Almosen zugesteckt würden, die damit ggf. medizinische Behandlungen bezahlen können. Selbst InformantInnen mit Empathie für buddhistische Institutionen betrachten Klostergemeinschaften in Kambodscha eher als geldgierig und mit geringen Neigungen zur Mildtätigkeit. Eher sei das Gegenteil der Fall, denn Mönche und Nonnen würden ihrerseits selbst den Armen Almosen abnehmen.

Wirkungen auf die Institutionen und ihre MitarbeiterInnen

Bis in die jüngste Vergangenheit, die mit der flächendeckenden Einführung der HEF-Erstattungen an die Einrichtungen etwa 2014-2016 korrespondiert, hatten staatliche Gesundheitseinrichtungen einen schlechten Ruf bezüglich ihrer Ausstattung, vor allem aber hinsichtlich des geringen Engagements des Personals zum Wohle der PatientInnen. Letzteres drückte sich vor allem in der Anwesenheits- bzw. besser gesagt Abwesenheitsrate in Gesundheitszentren und *Referral Hospitals* aus, die zu Gunsten des sehr viel lukrativeren Betriebs der eigenen privaten Gesundheitseinrichtungen durch ebendieses Personal bemerkenswert hoch war. Wer den mitunter langen und teilweise teuren Anreiseweg zu einem Gesundheitszentrum auf sich nahm oder den noch weiteren zu einem städtischen Hospital und dort keine GesundheitsassistentInnen bzw. ÄrztInnen antraf und unverrichteter Weise wieder ins Dorf zurückkehren musste, überlegt sich die Inanspruchnahme eines staatlichen Gesundheitsdienstes das nächste Mal sicher sehr genau. Stattdessen ging oder fuhr man lieber gleich zu einer oft sogar nähergelegenen privaten „Klinik“ oder ließ sich – mehr schlecht als recht – von einer „Apotheke“ im Dorf selbst behandeln. Die durch diese Missstände bedingte geringe Frequentierung der staatlichen Einrichtungen verstärkte wiederum das Desinteresse an einer Verbesserung der Leistungen, auch noch nachdem die Aufteilung der PatientInnengebühren im Verhältnis von 60 zu 40 für das Personal bzw. den Betrieb der Gesundheitseinrichtungen eingeführt worden war. Dies sei zumindest überall dort zu beobachten gewesen, wo es noch keine HEF-Förderung für Arme gegeben habe, wurde von mehreren GesprächspartnerInnen berichtet.

Durch die flächendeckende Einführung der HEF-Erstattungen und vor allem die dadurch bewirkte deutlich zunehmende Frequentierung der staatlichen Dienste durch Arme, die heute in einzelnen Hospitälern 40 bis 50% der Gesamtfallzahlen betragen, wurden die Zusatzeinnahmen, die nach dem gleichen Schema wie die Gebühreneingänge von den SelbstzahlerInnen aufgeteilt werden, auf einmal für die MitarbeiterInnen der jeweiligen Institution interessant. Dies sei am Beispiel eines *Provincial Referral Hospitals* (H1) gezeigt: Das Basisbudget der Einrichtung betrug 2017 200 Mio. Riel (50.000 US\$). An PatientInnengebühren wurden 130 Mio. Riel eingenommen, davon 100 Mio. (25.000 US\$) von SelbstzahlerInnen und 30 Mio. Riel (7.500 US\$) über den HEF, wobei die HEF-geförderten PatientInnen etwa 15% aller behandelten Fälle ausmachten. Dies ist im Vergleich mit anderen Krankenhäusern eher wenig.

In H1 betrugen die Einnahmen zusammen also 230 Mio. Riel bzw. 82.500 US\$. Von den 130 Mio. Riel gingen 60% (19.500 US\$) als Boni an das Personal. Berücksichtigt werden muss, dass im Krankenhaus je SelbstzahlerIn in etwa noch einmal eine weitere Person (weil z.B. Soldat oder Mönch) kostenfrei behandelt werden muss (siehe Liste in Anlage 2). Dies erhöht erkennbar die Bedeutung der Gelder aus dem HEF, da hierdurch bei der Annahme gleicher Gebühren von HEF und SelbstzahlerIn-Tarifen die Einnahmen des Personals als Boni bei den

HEF-PatientInnen den doppelten Wert haben.¹⁶ Interessant wurde diese Entwicklung für das Personal von H1 durch die Bonus-Zahlungen, die von weniger als 5.000 US\$ p.a. 2010 bis 2015 oder 38,5 US\$ p.a. pro Person auf nunmehr durchschnittlich 132 US\$ anstiegen, weil a) insgesamt mehr PatientInnen kamen, zwischen 2012 und 2017 etwa 100% mehr, und b) ein Großteil der zusätzlich kommenden armen PatientInnen zuletzt mit HEF-Erstattungen einherging.

In einem zweiten *Provincial Referral Hospital* (H2) sehen aus Sicht des Personals die Relationen zwischen allgemeinen und HEF-PatientInnen sehr viel besser aus. Hier setzt sich die Finanzierung des Betriebes (ohne Gehälter) zusammen aus 300 Mio. Riel p.a. vom Staat, 360 Mio. Riel von SelbstzahlerInnen, aber 600 Mio. Riel aus HEF-Zahlungen. D.h. von den 1.260 Mio. Riel (315.000 US\$) Gesamteinnahmen stammen 47,6% aus dem HEF (150.000 US\$) und von 1.260 Mio. Riel sind hier 900 Mio. für die Bonusverteilung relevant. 60%

dieses Betrages sind 540 Mio. Riel oder 135.000 US\$, die als Boni an das Personal fließen. Bei insgesamt 164 Personen sind dies im Durchschnitt jährlich 823 US\$.¹⁷ Dabei hat sich die alte Praxis der Verteilung „informeller“ Zahlungen, bei denen der Großteil des Geldes an die Hausleitung und wenige ÄrztInnen ging, grundlegend geändert.

Interessant ist die heute gültige große Gerechtigkeit bei der internen Verteilung der Gelder. Anders als in westlichen Betrieben, bei denen die Boni der Vorstandsmitglieder oft das Mehrhundertfache der „normalen“ Angestellten betragen, spielt sich in H2 (wie in ähnlichem Umfang auch andernorts) alles in einem Bereich von ca. 60 bis 100 Punkten ab. In H2 erhält der Krankenhausdirektor mit einem Anteil von 100 Punkten rund 1.200 US\$ p.a., während eine einfache Köchin oder eine Hilfspflegekraft, immer noch mit dem Anteil von 60 Punkten einen Bonus von gut 600 US\$ erhält. Beide können ihr Monatsgehalt auf diese Weise um rund ein Drittel aufstocken.

Angesichts dieser Boni ist die Motivation nach allgemeinen Aussagen erheblich gestiegen und damit auch die Qualität vor allem der Pflege. Die PatientInnen bestätigen dies unisono und nur in einem Ausnahmefall wurde im Rahmen unserer ID Poor-Studie (vgl. Bliss / Hennecke 2018) berichtet, dass hierfür noch eine zusätzliche Zahlung unter der Hand not-



Foto 11: Apotheke mit den „essential drugs“ in einem gut geführten *Health Center*

¹⁶ Wie allerdings auch jede/r zusätzliche selbstzahlende/r PatientIn, die/den zu werben sich ggf. also durchaus lohnt.

¹⁷ Wahrscheinlich sind es im Durchschnitt sogar mehr pro Person, da von den 164 Menschen 37 MitarbeiterInnen als „contracted“ und nicht als Kernpersonal geführt werden, die alleine an den Bonuszahlungen partizipieren dürfte.

wendig war. Vor allem sei auch der Respekt gegenüber armen PatientInnen erheblich gewachsen. Der vormals fehlende Respekt sei ein Nebengrund gewesen, die staatlichen Strukturen zu meiden.

Ein weiteres Moment der Motivation kommt für die Hebammen in den staatlichen Einrichtungen hinzu. Um diese quasi zur aktiven Werbung für Geburten in Hospitälern und Gesundheitszentren zu motivieren, erhalten sie zusätzlich zu den Boni aus Gebühren der SelbstzahlerInnen und des HEF noch einmal 10 bzw. 15 US\$ Prämie vom Staat für jede Lebendgeburt.

Die bereits angesprochenen unterschiedlichen Präferenzen der ländlichen und städtischen PatientInnen mit ID Poor-Status haben allerdings verschiedene Wirkungen auf die Höhe der Zusatzeinkommen (Boni) des Personals der Gesundheitseinrichtungen. So werden die Ge-



Foto 12: Extern finanziertes Labor in einem *Provincial Referral Hospital*

sundheitszentren in den Städten so gut wie gar nicht von HEF-geförderten Personen frequentiert (z.B. nur null bis drei Prozent der gelisteten Fallzahlen; vgl. Anlage 1). Dies führt dazu, dass die Einnahmen der urbanen Zentren im Vergleich zum Durchschnitt aller Gesundheitszentren mitunter erheblich niedriger sind und damit auch die Boni. Dagegen verzeichnen die *Referral Hospitals* in den Provinzzentren einen überdurchschnittlich großen Anteil an HEF-PatientInnen und entsprechend steigt die Bedeutung der Boni hier erheblich – und damit das Interesse, diese Klientel noch stärker an sich zu binden, was wiederum den Trend verstärkt, die urbanen Gesundheitszentren zu meiden. So lassen sich in Kampong Thom, in Kratie und in Kampot in den urbanen Zentren die HEF-PatientInnen oft an zwei Hän-

den im Monat abzählen, während bei rund 20% ID Poor-Armen im Landesdurchschnitt an der Gesamtbevölkerung ihr PatientInnen-Anteil in den Hospitälern zwischen 15 und über 50% liegt.

Trotzdem kann mit Blick auf die 28 in unserer Studie erfassten Gesundheitseinrichtungen gefolgert werden, dass das HEF-gestützte Versorgungssystem die Motivation des Personals auch dort hat ansteigen lassen, wo die Boni eher gering waren. Hier wolle man bewusst um PatientInnen mit ID Poor-Status werben, hieß es in einem Gesundheitszentrum in Kampot.

Schließlich sei noch auf die Wirkung der nicht an das Personal ausgezahlten Teile sowohl der SelbstzahlerInnen-Einnahmen wie der HEF-Zuwendung verwiesen. Insgesamt 39% der eingehenden Beträge (d.h. von dem Geld, das nicht als Boni an das Personal ausgezahlt wird) gehen in den Betrieb der Gesundheitsinstitutionen, also u.a. den Unterhalt der Gebäude, des medizinischen Geräts, und in die Verpflegung der PatientInnen. Auch wenn die diesbezüglichen Beträge weit davon entfernt sind, den tatsächlichen Bedarf zu decken (etwa die

Gelder, die für einen preisgünstigen Betrieb der Ambulanzfahrzeuge benötigt würden), flicken sie doch die größten und am meisten den Betrieb hemmenden Löcher im Budget. Dies wiederum trägt dazu bei, dass die MitarbeiterInnen der Gesundheitseinrichtungen bessere Arbeitsbedingungen vorfinden und etwas motivierter arbeiten (bzw. weniger stark demotiviert werden, wie in einigen Interviews deutlich wurde).

2.2.6 Bestehende Herausforderungen innerhalb der Gesundheitsversorgung

Auch wenn es bei diesem Beitrag primär um die Wirkungen des HEF auf Arme als Good Practice einer Entwicklungskooperation der internationalen Gebergemeinschaft mit einem relativ (wenn auch nicht extrem) armen Land geht, ist es sicher nicht uninteressant, die Zusammenhänge zwischen den Systemproblemen im kambodschanischen Gesundheitswesen und einer zukünftig verbesserten Versorgung der Bevölkerung allgemein und der Armen im Besonderen zusammenzufassen. Hierbei steht auf der Problemskala an erster Stelle wie bereits mehrfach angedeutet die Finanzierung des öffentlichen Gesundheitswesens.

Trotz der genannten Steigerungsraten bei den Ausgaben und Beiträgen des H-EQIP sowie anderer Geber-finanzierter Vorhaben¹⁸ ist die Gesundheitsinfrastruktur weiterhin erheblich unterfinanziert. Vor allem moderne Diagnose-technik ist auf die *Provincial Referral Hospitals*, einzelne Krankenhäuser mit Sonderprojekten von Geberorganisationen und die „großen“ Hospitäler in Phnom Penh beschränkt. Daneben sind die verfügbaren Gelder für den Betrieb der Einrichtungen (Unterhalt und Wartung von Gebäuden und Gerät, medizinische Verbrauchsmittel für OP, Labor / Diagnostik, Hygiene, Verbandsmaterial)¹⁹ deutlich zu niedrig angesetzt und die Gehälter des Personals sind zumindest für den Unterhalt einer Familie nicht auskömmlich. Selbst unter Berücksichtigung der Zusatzeinnahmen aus den PatientInnen-gebühren und dem HEF ist vor allem in den Städten die Ausübung eines Nebenjobs üblich



Foto 13: Ambulanzfahrzeug in einem urbanen *Health Center* (zumeist von ausländischen Organisationen gestiftet)

¹⁸ Hierzu gehört u.a. auch eine Maßnahme der deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ), die in einigen Provinzen die Krankenhäuser unterstützt. Fast alle *Referral Hospitals* auf Gesundheitsdistrikt- und Provinzebene erhalten punktuelle Förderung seitens multilateraler und bilateraler Geber oder (internationaler) NRO. Auch einige private Stiftungen sind in Kambodscha aktiv, so z.B. beim Betrieb und Unterhalt des über die Stadtgrenzen hinaus berühmten Kinderkrankenhauses von Siem Reap.

¹⁹ Hiervon zu unterscheiden ist die Versorgung mit Medikamenten. Diese ist zum Zeitpunkt der Untersuchung mit Blick auf „essential drugs“ relativ gut gewesen und wird nicht auf die staatlichen Betriebskostenzuschüsse an die Gesundheitszentren und *Referral Hospitals* angerechnet. Allerdings sind im Basissortiment nicht alle ggf. benötigten Medikamente enthalten.

und notwendig. Immerhin sind nach fast übereinstimmenden Aussagen der TeilnehmerInnen von Fokusgruppendifkussionen unserer parallel durchgeführten Studie zu ID Poor (vgl. Bliss / Hennecke 2018) die „freiwilligen Zuzahlungen“ zumindest bei den armen PatientInnen selbst bei umfangreicheren Leistungen nicht mehr üblich.

Ein Problem bleibt, dass sich die (extrem) armen (also jene mit ID Poor-Status) und die vulnerablen (d.h. nicht als arm eingestuft) Bevölkerungsgruppen in Kambodscha von ihrer sozio-ökonomischen Lage her nur unwesentlich unterscheiden. Während die ersteren durch den HEF eine völlige Kostenbefreiung von Gesundheitsdienstleistungen genießen, müssen die anderen den vollen Tarif staatlicher Einrichtungen bezahlen (und ggf. noch höhere Gelder im Falle privater Behandlungen).

Für die große Mehrheit der Haushalte, die keinen ID Poor-Status haben, bleiben Gesundheitskosten also oft weiterhin ruinös. Krankenversicherungen erreichen bisher erst einen kleinen Anteil der MitarbeiterInnen im formellen Sektor, ganz zu schweigen von den Hunderttausenden Beschäftigten im informellen Bereich. Auch das „National Social Protection Policy Framework“ bleibt in diesem Kontext relativ unverbindlich (vgl. KoC 2017). Zwar sind die Diagnose- und Behandlungskosten in den Distrikt- und Provinzkrankenhäusern mit 4.000 bis 100.000 Riel (ein bis 25 US\$) eher moderat und liegen damit oft auch weit unterhalb der Kostendeckung. Jedoch kann die Behandlung schwerer Fälle, die oft nur in Phnom Penh möglich ist, schnell einige Hundert US\$ und damit das Mehrfache eines durchschnittlichen Monatseinkommens kosten.

Dieses Problem betrifft ganz besonders schwer die „*near poor*“, d.h. die Menschen, deren Einkommen nur knapp oberhalb der Armutsgrenze liegt, also einen erheblichen Anteil der rund 35% der Bevölkerung, die nicht mehr als arm mit ID Poor-Status eingestuft sind, aber wegen ihrer Nähe zur Armutsgrenze als sehr vulnerabel angesehen werden müssen. Viele von ihnen fallen in jedem Jahr in extreme Armut zurück. Hier würde als Lösung entweder eine Ausweitung des HEF in Frage kommen oder die Einführung einer Krankenversicherung mit breiter Mitgliedschaft auf einer einkommensbezogenen Beitragsbasis, die sich auch die weniger bemittelten Haushalte oberhalb der ID Poor-Grenze leisten können. Dies würde wiederum staatliche Zuschüsse erforderlich machen, wäre aber bei gleichem Leistungsniveau wahrscheinlich billiger als eine HEF-Ausweitung.

Bei einer Reform sind neben den Behandlungskosten aber auch die Aufwendungen für den Krankentransport zu berücksichtigen. Dieses Problem darf in Kambodscha mit seiner schlechten Verkehrsinfrastruktur vor allem im ländlichen Raum nicht unterschätzt werden. So wurden die hohen Ausgaben für den Krankentransport in einer Untersuchung des INEF bei der Frage nach den drückendsten Problemen ländlicher bäuerlicher Haushalte in Neusiedlungsgebieten häufig an erster Stelle genannt (vgl. Hennecke et al. 2018). In Kambodscha kann angesichts der dauerhaften Bargeldnot armer Haushalte ein für Krankenfahrten benötigter Betrag von 20 bis 50 US\$ kaum anders als durch lokale Geldverleiher (*money lenders*) beschafft werden, was angesichts von bis zu 50% Zinsen im Monat (!) einen Haushalt vollends ruinieren kann, vor allem dann, wenn die Erkrankung oder ein Unfall den / die HauptverdienerIn selbst betrifft.

Für den allgemeinen Krankentransport, dessen Kosten für PatientInnen mit ID Poor-Status zumindest teilweise erstattet werden, ist auch die Ausstattung der *Referral Hospitals* sowie vieler abgelegener Gesundheitszentren mit Krankenwagen unter den gegenwärtigen Bedingungen keine tragbare Lösung. Die Tarife für den Fahrzeugeinsatz sind zwar fast auf Selbstkostenbasis kalkuliert, aber dennoch so hoch angesetzt, dass sie oft den Kosten privat zu mietender Fahrzeuge entsprechen (100.000 bis 150.000 Riel, was 25 bis 37,50 US\$ entspricht)

oder diese sogar übertreffen. Nur wer einen Krankenwagen zu einer Stelle weit entfernt von einer Gesundheitseinrichtung benötigt, wird den Pauschalbetrag als preiswert betrachten und das Fahrzeug anfordern. Wer näher an der Einrichtung wohnt – und das ist die Mehrheit – wird eher eine private Transportlösung bevorzugen, die weniger als der Pauschaltarif kostet. Entsprechend stehen die Fahrzeuge zumeist ungenutzt in den Zentren, deren Budgets eine andere Lösung (d.h. deutliche Tarifsenkungen) nicht hergeben.

Eine im ländlichen Raum sinnvolle Lösung wäre die Trennung der Betriebskosten für die Fahrzeuge vom Budget der Gesundheitszentren und ihre separate (d.h. zusätzliche) Finanzierung durch den staatlichen Gesundheitsapparat. Alternativ könnten für HEF-PatientInnen die Transportkostenerstattungen ausgeweitet und auf die Entfernung bezogen ausgezahlt werden, was aber wiederum den vulnerablen Haushalten nichts nützen würde.

3. Bewertung und allgemeine Schlussfolgerungen

Durch den Health Equity Fund wird der Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen für arme PatientInnen mit ID Poor-Status signifikant erhöht. Die Vor- und Nachsorge bei Schwangerschaft und Geburt ist in diesem Kontext besonders hervorzuheben. Die Zufriedenheit der befragten PatientInnen ist im Allgemeinen groß, besonders, was allgemeine Behandlungen, die Zuteilung von Medikamenten, die stationäre Geburtshilfe und die Nachbetreuung nach Geburten betrifft. Frauen vor und nach einer Geburt sowie die Babies und Kleinkinder werden auch hinsichtlich einer guten Ernährung von Mutter und Kind beraten.

Dagegen erfolgt die Aufklärung über gesunde Ernährung in den Institutionen für die große Masse der Bevölkerung zumeist nur unregelmäßig oder gar nicht, obwohl diese zu den allgemeinen Aufgaben des Gesundheitspersonals vor allem in den Gesundheitszentren gehört. Vor allem öffentliche Informationsrunden in den Dörfern und insbesondere in den Haushalten selbst finden außerhalb von Sondermaßnahmen (EZ-Projekten) so gut wie niemals statt. Dies ist nicht auf mangelnde Bereitschaft oder unzureichende Motivation des Personals zurückzuführen, sondern schlichtweg die Folge fehlender Budgets, die weder die benötigten Transportmittel für die Gesundheitszentren berücksichtigen noch ein hinreichendes Zeitdeputat für dafür benötigte Feldarbeit (Außendienst) des Personals.

Durch den HEF kommt es zu sehr deutlichen finanziellen Entlastungen bei den Gesundheitsausgaben der Armen mit ID Poor-Status. So fallen für sie alle medizinischen Ausgaben ausnahmslos weg sowie die Transportkosten zum Krankenhaus oder zumindest ein relevanter Teil dieser Kosten. Viele Angehörige jener Haushalte, die als Ultra-Arme (d.h. in der Regel ohne ein einziges erwerbsfähiges Haushaltsmitglied) auch keinen Zugang zu Krediten erhalten, selbst nicht durch die dörflichen GeldverleiherInnen mit ihren in der Regel exorbitanten Zinsen, dürften daher erstmals überhaupt in der Lage sein, professionelle Gesundheitsdienstleistungen in Anspruch nehmen zu können. Obwohl es bisher keine empirische Evidenz gibt, kann davon ausgegangen werden, dass es daher auch zu einer Reduzierung von schwereren Erkrankungen und Todesfällen kommt, wenn Menschen sich schon bei „leichteren“ Erkrankungen oder Unfällen in medizinische Obhut begeben können, da sie dies nicht mehr finanziell ruiniert. Bezeichnend ist die Aussage einer Frau, die sagte, wenn man kein Geld habe, müsse man sich ohne HEF „irgendwie behelfen“. Ohne Geld und bei einer wenig ausgeprägten (billigen) traditionellen Heilkunde ist dies allerdings nur schwer möglich.

Trotzdem bleibt die Erreichbarkeit von Gesundheitszentren und Hospitälern im Rahmen des HEF eine Herausforderung. Die derzeitigen Höchstsätze für den Transport decken nur den Normalfall (Mopedtransport), nicht aber die oft notwendige Boots- bzw. Geländewagenmiete und sie reichen auch nicht aus, um die Gesundheitszentren und *Referral Hospitals* der Distrikte zu motivieren, PatientInnen im Zweifelsfall mit dem eigenen Ambulanzfahrzeug öfter zum *Provincial Referral Hospital* oder gar Hunderte von Kilometern nach Phnom Penh zum Khmer-Soviet Friendship Hospital zu fahren, selbst wenn dies medizinisch geboten wäre.

Für die über 30% vulnerablen Haushalte, die keinen ID Poor-Status haben und damit ihre Behandlungskosten auch im staatlichen Gesundheitsversorgungssystem selbst bezahlen müssen, sollte ebenfalls eine Lösung gefunden werden, um die im Krankheitsfall oft ruinösen Ausgaben reduzieren zu helfen. Hier kann nur eine Krankenversicherung im formellen und möglichst auch im informellen Sektor helfen, oder eine Ausweitung des HEF auf die „*near poor*“, was dann aber jede/n zweiten KambodschanerIn einbeziehen müsste. Wahrscheinlich

wäre dies für den Staat der teurere Weg. Auch ID Poor selbst würde hierdurch vor neue Herausforderungen gestellt werden.



Foto 14: Ärzteteam in einem der großen Provinzhospitäler Kambodschas

Das Ansehen der staatlichen Einrichtungen der Gesundheitsversorgung hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen, wozu gerade auch der HEF beitragen konnte. Die Beispiele vor allem aus *Referral Hospitals* zeigen, dass die Boni aus den Einnahmen der SelbstzahlerInnen und den HEF-Überweisungen bis zu einem Drittel der Gehälter ausmachen können, was wiederum allen Aussagen zufolge die Motivation des Personals gesteigert hat. Sogar MitarbeiterInnen der Gesundheitszentren bestätigten, dass sie auch die ggf. nur 10 US\$ mehr im Monat als eine Anerkennung ihrer Leistung empfinden würden. Da die HEF-Tarife für ein und dieselbe Behandlungsgruppe teilweise sogar über den Beträgen der SelbstzahlerInnen liegen, entfällt zudem ein möglicher Grund für Diskriminierungen dieser Gruppe von

PatientInnen. Wünschenswert wäre natürlich in diesem Kontext auch eine ebenso diskriminierungsfreie Behandlung derjenigen Armen, die keinen ID Poor-Status haben und für die die Institutionen entsprechend keinerlei Extragelder erhalten und damit auch keine Boni zur Verteilung an das Personal.

Dabei ist unstrittig, dass die Gehälter des Personals im Gesundheitsbereich Kambodschas generell angehoben werden müssten, vor allem im teureren urbanen Umfeld und ganz besonders in der Hauptstadt Phnom Penh mit ihren sehr hohen Lebenshaltungskosten. Bei allem Respekt für die relativ egalitäre Entlohnung im System, in dem Ärzte nur maximal knapp das Doppelte der KrankenpflegerInnen erhalten, müsste auch überlegt werden, qualifizierten ÄrztInnen bereits ab den *Referral Hospitals* der Versorgungsbezirke aufwärts höhere Gehälter zu zahlen, um sie stärker an die staatlichen Einrichtungen binden zu können. Dies würde gerade auch den HEF-PatientInnen nützen, die von diesen Einrichtungen hundertprozentig abhängig sind.

Das Thema Ernährungssicherung könnte in den Gesundheitseinrichtungen insgesamt auch über die bisherige Zielgruppe der werdenden Mütter sowie Mütter und Kinder im Rahmen der postnatalen Betreuung stärker thematisiert werden. Besonders wichtig wäre es, die Aufklärungsarbeit aus den Einrichtungen heraus in die Dörfer zu tragen, um auch die Mehrheit der Bevölkerung, die nicht zu den häufigen BesucherInnen der Gesundheitszentren und *Referral Hospitals* gehören, erreichen zu können. Dies würde über die extrem armen Gruppen mit ID Poor-Status hinaus der breiten Gruppe der vulnerablen wie auch der „normal situierten“ Haushalte zugutekommen. Diese sind im besonderes Fall Kambodschas bekanntlich weiterhin trotz des Rückgangs von Armut und Armutstiefe besonders häufig mangel- bzw. fehlernährt und bedürfen diesbezüglich erheblicher (zusätzlicher) Beratung, um ihr Verhalten zu verändern.

Die Weltbank will diesen Aspekt stärker im gesamten H-EQIP einbringen und entspricht damit auch den deutschen Erwartungen an verstärkte Ernährungssicherungswirkungen im Rahmen der Verbesserung der Gesundheitsdienstleistungen. Zu überlegen wäre auch, ob der Ansatz der Weltbank in Laos, Ernährungssicherung als Querschnittsthema im gesamten Portfolio zu verankern, für Kambodscha mit seinen gleichgelagerten Problemen hinsichtlich schlechter Ernährungsindikatoren übertragbar ist.

Was *Gender*-Aspekte des HEF betrifft, so besteht der Eindruck, dass derzeit Frauen angesichts ihrer immanenten Mutterrolle deutlich mehr von den HEF-Leistungen profitieren als Männer. Dies wirft insofern das Problem auf, dass Botschaften zu Hygiene und eben zur Verbesserung der Ernährungssituation in den Haushalten Männer weniger oder gar nicht erreichen und somit der Frau noch mehr alleinige Verantwortung aufgebürdet wird. Wie die INEF-Untersuchungen zum Schulspeisungsprogramm des World Food Programme in Kambodscha nahelegen (vgl. Bliss 2017), müsste sich in den Familien einiges tun, damit sich Ernährungsgewohnheiten wie der Verzicht auf ein Frühstück vor der Schule bzw. Arbeit ändern. Um diese zu erreichen reicht es sicher nicht aus, alleine Frauen anzusprechen.

Literatur

- ADB. Asian Development Bank (2014): Cambodia. Country Poverty Analysis 2014. Manila.
- ADB. Asian Development Bank (2017): Poverty in Cambodia.
www.adb.org/countries/cambodia/poverty [9/2018].
- ADRA. Australian Development Research Award (2016): National coverage and health service utilization by Health Equity Fund members, 2004-2015. ADRA Report 31.
- Bliss, Frank (2017): Home-grown School Feeding as a “Good Practice” for Poverty Alleviation and Nutrition Security in Cambodia. Institut für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen (AVE-Studie 4/2017, Wege aus extremer Armut, Vulnerabilität und Ernährungsunsicherheit).
- Bliss, Frank / Gaesing, Karin (1996): FrauenBäume. Wie Frauen in der Dritten Welt eine lebenswichtige Ressource nutzen und schützen. Beiträge zur Kulturkunde 16. Bonn.
- Bliss, Frank / Hennecke, Rosa (2018): Wer sind die Ärmsten im Dorf? Mit dem ID Poor-Ansatz werden die Armen in Kambodscha partizipativ und transparent identifiziert. Institut für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen (AVE-Studie 9/2018, Wege aus extremer Armut, Vulnerabilität und Ernährungsunsicherheit).
- CIA. Central Intelligence Agency (2017): World Factbook Cambodia. Washington.
- Gée, Stéphanie (2008): Quand la médecine traditionnelle rend malade faune et flore du Cambodge. <http://bit.ly/2GkY1k9> [9/2018].
- Hennecke, Rosa / Bliss, Frank / Schell, Oliver (2018): Landzuteilung für die Ärmsten. Untersuchungen zu Sozialen Landkonzessionen in Kambodscha. Institut für Entwicklung und Frieden (INEF), Universität Duisburg-Essen (AVE-Studie 7/2018, Wege aus extremer Armut, Vulnerabilität und Ernährungsunsicherheit).
- KfW. Kreditanstalt für Wiederaufbau (2016): Cambodia Health Equity and Quality Development Project. Phnom Penh.
- KoC. Kingdom of Cambodia (2017): National Social Protection Policy Framework 2016-2025. Phnom Penh.
- KoC. Kingdom of Cambodia. Cambodian Rehabilitation & Development Board (2017): Cambodia Development Finance Assessment. Phnom Penh.
- KoC. Kingdom of Cambodia. Ministry of Health (2008): Health Strategic Plan 2008 – 2015. Accountability, Efficiency, Quality, Equity. Phnom Penh.
- KoC. Kingdom of Cambodia. Ministry of Health (2015): Health Equity and Quality Improvement Program (H-EQIP), 2016-2020. Supplement Indigenous Peoples’ and Ethnic Minority Consultations. Social Assessment. Phnom Penh.
- KoC. Kingdom of Cambodia. Ministry of Health (2016): Health Equity Fund Operation Manual. Phnom Penh.
- KoC. Kingdom of Cambodia. Ministry of Health (2016): Health Equity Fund Operation Manual. Phnom Penh.
- KoC. Kingdom of Cambodia. Ministry of Planning (2014a): National Strategic Development Plan 2014–2018. Phnom Penh.

- KoC. Kingdom of Cambodia. Ministry of Planning. National Institute of Statistics (2014b): Cambodia Socio-Economic Survey 2014. Phnom Penh.
- Ovesen, Jan / Trankell, Ing-Britt (2010): Cambodians and Their Doctors. A Medical Anthropology of Colonial and Postcolonial Cambodia. NIAS Monographs 117. Copenhagen.
- Parikh, Tej (2015): Index Shows Cambodia Still Weak on Human Development, in: The Cambodia Daily, December 15th Phnom Penh.
- Schenker, Margit (2000): Kambodscha: Die Bevölkerung trägt die Gesundheitskosten. Medicus Mundi Schweiz Bulletin 79, Dezember 2000.
- Tradingeconomics (2018): Cambodia GDP Annual Growth Rate. <https://tradingeconomics.com/cambodia/gdp-growth-annual> [09/2018].
- UNICEF. United Nations International Children's Emergency Fund (2006): Children's Work in Cambodia: A Challenge for Growth and Poverty Reduction. New York (Report No. 38005).
- UNICEF. United Nations International Children's Emergency Fund (2016): The State of the World's Children 2016. A fair chance for every child. New York.
- UNICEF. United Nations International Children's Emergency Fund (2017): Programme Homepage. <https://www.unicef.org/cambodia/> [9/2018].
- USAID. United States Agency for Internationale Development (2016): Social Health Protection. Project Fact Sheet. Phnom Penh.
- Walston, Naomi / Ashwell, David (2008): An Overview of the Use and Trade of Plants and Animals in Traditional Medicine Systems in Cambodia. Traffic Southeast Asia Report. Ha Noi.
- WHO. World Health Organization (2015): The Kingdom of Cambodia Health System Review. Geneva.
- WHO. World Health Organization (2016): Cambodia-WHO. Country Cooperation Strategy 2016-2020. Geneva.
- WHO. World Health Organization / Cambodia. Ministry of Health et al. (2015): Cambodia. Success Factor for Women's and Children's Health. Phnom Penh.
- World Bank (2013): Where have all the poor gone? Cambodia Poverty Assessment 2013. Second Edition April 2014. Washington.
- World Bank (2016a): Health Equity and Quality Improvement Project (H-EQIP). Project Appraisal Document. Report No: PAD1647. Washington.
- World Bank (2016b): Cambodia Health Equity and Quality Improvement Project (H-EQIP). Combined Project Information Documents / Integrated Safeguards Data Sheet (PID/ISDS). Appraisal Stage. Report No.: PIDISDSA18281. Washington.
- World Bank (2016c): Kingdom of Cambodia. Utilization and Impact of Health Equity Funds (HEFs). Improving Entitled Benefits Uptake by the Poor. Report No: AUS17780. Washington.

Anhang

Liste aller 28 in die Untersuchung einbezogener Gesundheitseinrichtungen

Nr.	Institution	Provinz	HEF-PatientInnen in % (Schätzung für 2016 bzw. 1-8 / 2017)
1	Baray Santuk Referral Hospital	Kampong Thom	2016: 60
2	Provincial Referral Hospital	Kampong Thom	2016: 35
3	Loak Health Center	Kampong Thom	2016: 18
4	Protong Health Center	Kampong Thom	2016: 15,8
5	Provincial Referral Hospital	Kampong Chhnang	2016: 35
6	Kampong Chhang Health Center	Kampong Chhnang	2016: 9,3
7	Meanchi Referral Hospital	Kampong Chhnang	2016: 40
8	Kampong Chhnang, Tuk Thla Health Center	Kampong Chhnang	2016: 1-2*
9	Provincial Referral Hospital	Stung Treng	1-8/17: 50
10	Samki Health Center	Stung Treng	1-8/17: 5
11	Sesan Health Center	Stung Treng	1-8/17: 27,7
12	Srei Sambo Health Center	Stung Treng	1-8/17: 6
13	Siem Pang Health Center	Siem Reap	1-8/17: 3
14	Thala Borivat Health Center	Siem Reap	1-8/17: 90**
15	Provincial Referral Hospital	Kratie	1-8/17: 50
16	Kratie Health Center	Kratie	1-8/17: 0***
17	Sandan Health Center	Kratie	1-8/17: 40
18	Sambour Health Center	Kratie	1-8/17: 12,6****
19	Kanhcho Health Center	Kratie	1-8/17: 30
20	Chroy Thmor Health Center	Kratie	1-8/17: 34%
21	Provincial Referral Hospital	Kampot	1-8/17: 30
22	Kampong Kandal Health Center	Kampot	1-8/17: 7,1
23	Tuon Seang Health Center	Kampot	1-8/17: 8,9
24	Cchuk Referral Hospital	Kampot	1-8/17: 11,9
25	Ang Romeas Health Center	Kampot	1-8/17: 28,6

26	Kraing Snay Health Center	Kampot	1-8/17: 14,4
27	Nea Reay Health Center	Kampot	1-8/17: 23,2
28	Khmer-Soviet Friendship Hospital	Phnom Penh	2016: 18,3*****

Anmerkungen: *Im urbanen Bereich bisher so gut wie keine ID Poor-KarteninhaberInnen, daher werden 10-20% der PatientInnen kostenlos betreut; ** Fast alle werden in diesem sehr abgelegenen Zentrum kostenlos behandelt, ob mit oder ohne ID Poor-Karte; *** Health Center liegt im Zentrum der Stadt, daher gingen alle HEF-PatientInnen gleich in das Hospital „nebenan“; **** mindestens zusätzl. 10% Arme werden kostenfrei betreut; ***** nur stationäre Fälle, ambulante Behandlung ist hier eher die Ausnahme.

Preistabelle der Leistungen des Gesundheitszentrums (zu Foto 5)

Nr.	Art der Leistung	Preis der Leistung	
1	Konsultation, Familienplanung, Nachkonsultation, Schwangerschaftsuntersuchung, Wundversorgung	1.000 Riel	
2	Geburtshilfe im Gesundheitszentrum	Erstes Kind	50.000 Riel
		ab dem zweiten Kind	40.000 Riel
3	Blutuntersuchung auf Malaria	2.000 Riel	
4	Patientenüberführung ins Krankenhaus <i>Anmerkung:</i> Transport mit Ambulanzfahrzeug	50.000 Riel	
5	Abszesseröffnung	5.000 Riel	
6	Wundnaht und Verband bis 3 Stiche	10.000 Riel	
7	Wundnaht und Verband ab 4 Stiche aufwärts	20.000 Riel	
8	Schwangerschaftstest	2.000 Riel	
9	Schwangerschaftsabbruch / Fehlgeburt	Bis 1. Monat	100.000 Riel
		Über 1. Monat	150.000 Riel
10	Impfungen aller Art	Kostenfrei	
11	Tuberkulose und Leprabehandlung	Kostenfrei	

Erlass der Leistungserbringung für:

1. Arme
2. Behinderte Menschen
3. Mönche
4. GrundschülerInnen (wenn gebracht von SchülerInnen oder LehrerInnen)
5. Angestellte des Gesundheitszentrums
6. Alle ehrenamtlich Arbeitenden

Der Erlass der Leistungen richtet sich nach den Richtlinien des Gesundheitszentrums.

Bislang in der Reihe erschienen:

AVE-Studie 1/2017	Mahla, Anika / Bliss, Frank / Gaesing, Karin: Wege aus extremer Armut, Vulnerabilität und Ernährungsunsicherheit. Begriffe, Dimensionen, Verbreitung und Zusammenhänge
AVE-Studie 2/2017	Bliss, Frank / Gaesing, Karin / Mahla, Anika: Die Verstetigung von Armut in Entwicklungsländern. Ursachenanalyse und Gegenstrategien
AVE-Studie 3/2017	Hennecke, Rosa / Schell, Oliver / Bliss, Frank: Landsicherheit zur Überlebenssicherung. Eine Studie zum Kommunalen Landtitelprogramm für indigene Bevölkerungsgruppen in Kambodscha
AVE-Studie 4/2017	Bliss, Frank: Home-Grown School Feeding as a "Good Practice" for Poverty Alleviation and Nutrition Security in Cambodia
AVE-Studie 5/2017	Heinz, Marco: Benachteiligte Gruppen in der internationalen Entwicklungszusammenarbeit
AVE-Studie 6/2017	Mahla, Anika / Gaesing, Karin: Der Selbsthilfegruppen-Ansatz am Beispiel von Kitui in Kenia. Armutsbekämpfung durch Empowerment
AVE-Studie 7/2017	Hennecke, Rosa / Bliss, Frank / Schell, Oliver: Landzuteilung für die Ärmsten. Untersuchungen zu Sozialen Landkonzessionen in Kambodscha
AVE-Studie 7b/2017	Hennecke, Rosa / Bliss, Frank / Schell, Oliver: Land Allocation for the Poorest. Investigations into Social Land Concessions in Cambodia
AVE-Studie 8/2018	Mahla, Anika / Gaesing, Karin / Bliss, Frank: Ernährungssicherung: Eine entwicklungspolitische Bewertung ausgewählter Handlungsfelder
AVE-Studie 9/2018	Bliss, Frank / Hennecke, Rosa: Wer sind die Ärmsten im Dorf? Mit dem ID Poor-Ansatz werden die Armen in Kambodscha partizipativ und transparent identifiziert
AVE-Studie 10/2018	Gaesing, Karin / Mahla, Anika: Hunger Safety Net Programme. Soziale Sicherung in Turkana County im Norden Kenias
AVE-Studie 11/2018	Bliss, Frank: Gesundheitsfürsorge für die Ärmsten: Der „Health Equity Fund“ (HEF) in Kambodscha

Das Institut für Entwicklung und Frieden (INEF)

Das Institut für Entwicklung und Frieden (INEF), das im Jahr 1990 gegründet wurde, ist eine Forschungseinrichtung der Fakultät für Gesellschaftswissenschaften der Universität Duisburg-Essen am Campus Duisburg. Es kooperiert eng mit der Stiftung Entwicklung und Frieden (SEF), Bonn, die 1986 auf Initiative des früheren Bundeskanzlers und Friedensnobelpreisträgers Willy Brandt gegründet wurde.

Das INEF verbindet wissenschaftliche Grundlagenforschung mit anwendungsorientierter Forschung und Politikberatung in folgenden Bereichen: Global Governance und menschliche Sicherheit, fragile Staaten, Krisenprävention und zivile Konfliktbearbeitung sowie Entwicklung, Menschenrechte und Unternehmensverantwortung.

Der spezifische Ansatz des INEF, das als einziges Forschungsinstitut in Deutschland Fragen an der Schnittstelle von Entwicklung und Frieden bearbeitet, spiegelt sich auch im breiten Spektrum der Drittmittelgeber wider. Das INEF führt, oft in Kooperation mit nationalen sowie internationalen Partnern, eigene Forschungsprogramme durch und erschließt systematisch internationale Expertise und Weltberichte. Projekte führt das INEF auch für nicht-staatliche Organisationen (NGOs) und NGO-Netzwerke durch. Das Institut ist in ein internationales Forschungsnetzwerk eingebettet.

Leitung und Vorstand

Direktor: Prof. Dr. Tobias Debiel

Wissenschaftliche Geschäftsführerin: Dr. Cornelia Ulbert

Vorstand: Prof. Dr. Tobias Debiel (Sprecher); Prof. Dr. Christof Hartmann (stellv. Sprecher); Prof. Dr. Petra Stein (Dekanin der Fakultät für Gesellschaftswissenschaften); Prof. Dr. Dr. Nele Noesselt; Christian Scheper; Lieselotte Heinz; Ursula Schürmann.

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

FAKULTÄT FÜR
GESELLSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

AVE-Studie 11/2018

Institut für
Entwicklung
und Frieden



Institut für Entwicklung und Frieden (INEF)
Lotharstr. 53 D - 47057 Duisburg
Telefon +49 (203) 379 4420
Fax +49 (203) 379 4425
E-Mail: inef-sek@inef.uni-due.de
Homepage: <http://inef.uni-due.de>

ISSN 2511-5111

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

ub | universitäts
bibliothek

Dieser Text wird via DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt. Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

DOI: 10.17185/duepublico/84360

URN: urn:nbn:de:hbz:465-20250925-082917-3

Alle Rechte vorbehalten.