

3

GESUNDHEIT GLOBAL



# latein amerika



# Experimentierfeld für Reformen

Chile bietet seiner Bevölkerung seit fast hundert Jahren Krankenversicherungsschutz nach dem Bismarckschen Modell. Doch marktorientierte Reformen haben den Sozialstaat geschwächt. Ähnliche Entwicklungen durchliefen auch Mexiko und Kolumbien. **Jens Holst** und **Jean-Olivier Schmidt** schildern im dritten Teil ihrer Serie, wie Länder in Lateinamerika ihre sozialen Sicherungssysteme nachjustieren.

**Viele Jahre bestimmten** Diktaturen und Bürgerkriege das Bild von Mittel- und Südamerika. Doch jenseits des Kalten Krieges, der sich auch im „Hinterhof der USA“ abspielte, begann dort schon Ende der 1970er Jahre ein gigantischer sozialpolitischer Umbruch. Seine ganze Tragweite wurde erst viel später erkennbar. Lateinamerika war Experimentierfeld für marktorientierte Reformen der Sozialsysteme. So führte Chile bereits 1981 den Krankenkassenwettbewerb ein und strebte die Privatisierung des gesamten Gesundheitswesens an – lange bevor solche Ideen Deutschland und andere europäische Länder erreichten.

**Reformen verschärfen soziale Ungleichheit.** Nahezu alle Staaten in Lateinamerika folgten in den 1980er und 1990er Jahren mehr oder weniger dem chilenischen Vorbild. Selbst Costa Rica, das sein soziales Krankenversicherungssystem schrittweise ausweitete, geriet unter Privatisierungsdruck. Mit ihren Struktur Anpassungsmaßnahmen und den Auflagen bei der Kreditvergabe drängten Entwicklungsinstitutionen, allen voran Weltbank und Internationaler Währungsfonds, verschuldete Entwicklungsländer zu marktorientierten Reformen. Nur wenige Regierungen widersetzten sich anfangs dem Sog des Neoliberalismus. Neben Kuba war das vor allem Brasilien, das 1988 ein staatliches

Gesundheitssystem einführte. Nach 25 Jahren kämpft das größte Land Südamerikas trotz seines beachtlichen sozialen Sicherungssystems mit unübersehbaren Mängeln und Versorgungsengpässen der bisherigen Entwicklungsstrategie. Die anderen Länder der Region betreiben heute mit großem Aufwand Schadensbegrenzung. Die marktorientierten Reformen vergangener Jahrzehnte haben die Lage vieler Menschen in den betroffenen Ländern kaum verbessert, dafür aber die sozialen Ungleichheiten verstärkt. Seit einigen Jahren stehen nun universelle Absicherung im Krankheitsfall und mehr soziale Gerechtigkeit ganz oben auf der gesundheitspolitischen Tagesordnung.

**Minenarbeiter kämpfen für ihre Rechte.** Anders als die meisten Länder in Afrika, Südostasien und Indochina streiften die Staaten Lateinamerikas die Kolonialherrschaft schon vor mehr als 200 Jahren ab. Bevor in Mittel- und Südamerika die ersten Sozialsysteme entstanden, mussten allerdings noch einmal mehr als hundert Jahre vergehen. Pionierland war bereits damals Chile, das 1918 mit dem Aufbau eines Gesundheitswesens begann und 1924/25 die erste Sozialgesetzgebung verabschiedete. Mit dem Nitratboom – der Grundstoff für Dünger und Sprengstoff war in der Zeit des 1. Weltkriegs überaus begehrt – entstand



## „Brasilien fördert die Bürgerbeteiligung“

**Lígia Giovanella** ist Gesundheitswissenschaftlerin an der Nationalen School of Public Health in Rio de Janeiro und berät das regierungsübergreifende südamerikanische Institut ISAGS.

Als Beraterin von ISAGS haben Sie einen Überblick über die Gesundheitssysteme in Südamerika. Wo sehen Sie im Moment die wichtigsten Reformansätze auf dem Subkontinent?

**Giovanella:** In fast allen Ländern geht es in den letzten Jahren um die gesetzliche und verfassungsmäßige Verankerung des Rechts auf Gesundheit und um universelle Absicherung im Krankheitsfall. Der Ansatz ist sektorenübergreifend. Im Mittelpunkt steht die Verantwortung der öffentlichen Hand für die Gesundheit der Bürger. Grundlage ist ein umfassenderes Verständnis von Gesundheit, und zwar als Recht auf ein gutes Leben. Das ist in den Verfassungen von Bolivien und Ecuador bereits berücksichtigt. Die Gesundheitsreformen der letzten Jahre bringen die Suche nach neuen Modellen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge und den ausdrücklichen Wunsch nach sozial gerechtem Wirtschaftswachstum zum Ausdruck. Denn eine Verringerung der großen sozialen Ungleichheit in Südamerika wirkt sich positiv auf die Gesundheit der Bevölkerung aus.

Gibt es grundlegende Unterschiede zwischen der gesundheitspolitischen Debatte in Europa und Lateinamerika?

**Giovanella:** Ja, selbstverständlich. Die europäischen Länder haben die universelle Absicherung bei relativ großer sozialer Gerechtigkeit erreicht. In Südamerika entstanden dagegen segmentierte Systeme, die verschiedenen Bevölkerungsgruppen einkommensabhängig unterschiedlichen Zugang erlaubten. Im Rahmen der Rotstiftpolitik in Folge der aktuellen Krise sind in Europa Ausgabenkürzungen der wichtigste Grund zur Sorge. In Lateinamerika besteht die größte Herausforderung darin, wirklich universelle Gesundheitssysteme aufzubauen. Das erfordert eine Steigerung der öffentlichen Ausgaben und den Aufbau integrierter Versorgungsnetzwerke.

Sie kennen das deutsche System sehr gut. Was können wir von Brasilien lernen?

**Giovanella:** In Brasilien ist die Beteiligung der Bevölkerung sehr weit gediehen. Institutionell ist die Partizipation im Nationalen Gesundheitsrat, in 26 Gesundheitsräten auf Bundesstaatsebene und in mehr als 5.000 kommunalen Gesundheitsräten verankert. Vertreter der Behörden, der Leistungserbringer und der Zivilgesellschaft treffen dort gesundheitspolitische Entscheidungen. Auch die Primärversorgung scheint mir in Brasilien weiter entwickelt zu sein als in Deutschland, denn wir haben über mehrere Jahre systematisch interdisziplinäre Teams aufgebaut und die Bürgerbeteiligung gefördert.

Die Fragen stellte Jens Holst.

in der nordchilenischen Atacama-Wüste eine starke Arbeiterbewegung, die für mehr Lohn, bessere Arbeitsbedingungen und soziale Absicherung kämpfte. Ganz im Stil von Reichskanzler Otto von Bismarck begegneten die Minenbesitzer den streikenden Arbeitern mit einer Mischung aus Zuckerbrot und Peitsche: Einerseits ließen sie Arbeitskämpfe brutal zusammenknüpfeln, andererseits kamen sie den Forderungen nach. So entstand in den 1920er Jahren ein Sozialversicherungssystem Bismarckscher Prägung für Arbeiter und Angestellte.

**Größere Gruppen ausgeschlossen.** Im Zuge der allmählichen Industrialisierung entstanden zunächst in den größeren Küstenstädten der anderen Länder Lateinamerikas Sozialversicherungen, meistens für Bedienstete des öffentlichen Sektors wie Eisenbahn- und Hafenarbeiter in Brasilien und Argentinien, aber auch für formal Beschäftigte in größeren Privatunternehmen. Dabei übernahmen die europäisch geprägten Eliten die Sozialversicherungsmodelle des Alten Kontinents. Trotz einer schrittweisen Ausweitung auf neue Arbeitnehmergruppen blieben allerdings größere Bevölkerungsteile von den Sozialsystemen ausgeschlossen. Die Aufnahme von informell Beschäftigten wie Kleinbauern, selbstständigen Handwerkern, ambulanten Händlern, Tagelöhnern und aller Armen in eine Sozialversicherung ist schwierig und nur mit staatlicher Unterstützung möglich. Auch in Deutschland dauerte es 80 Jahre, bis Landwirte, Studierende sowie freischaffende Künstler und Journalisten in die gesetzliche Krankenversicherung kamen. In Entwicklungs- und Schwellenländern ist der Bevölkerungsanteil, der von informeller Beschäftigung lebt, ungleich größer als in einem Industrieland. In Lateinamerika haben bis heute nicht alle Bürger Zugang zu bezahlbarer Krankenversicherung.

---

### CHILE

---

Nicht immer bestimmte die Forderung nach sozialer Absicherung und größerer Zugangs- beziehungsweise Finanzierungsgerechtigkeit die Gesundheitspolitik in Lateinamerika. In den 1980er und 1990er Jahren herrschte ein anderer Wind auf dem Subkontinent, der seinen Ausgang in Chile nahm. Dort ließ sich die damalige Regierung von Diktator Augusto Pinochet von marktliberalen Vertretern der Chicagoer Schule beraten, die bedingungslos auf die Kräfte des Marktes setzten. Ebenso wie das Rentensystem krepelten die „Chicago-Boys“ das Gesundheitswesen des südamerikanischen Landes grundlegend um, das dank kombinierter Beitrags- und Steuerfinanzierung allen Chilenen bezahlbaren Zugang zu medizinischen Leistungen geboten hatte. Dabei hielten sie zwar an allgemeiner Krankenversicherungspflicht und einkommensabhängigen Beiträgen fest, schafften aber den Arbeitgeberanteil ab. Vor allem öffneten sie den Sozialversicherungsmarkt für Privatkassen. Diese stehen seit 1981 untereinander und mit der einzigen öffentlichen Krankenkasse im Wettbewerb um Versicherte. Nach jahrelanger Rotstiftpolitik der Regierung waren öffentliche Gesundheitsposten und Krankenhäuser teilweise in erbärmlichem Zustand, sodass jedermann eine Privatpolice anstrebte, sofern er sie sich leisten konnte. Das war und ist allerdings den Besserverdienenden vorbe-

halten. Trotz staatlicher Subventionen lag der Marktanteil der privaten Krankenversicherungswirtschaft nie über 30 Prozent. Heute kann sich nur noch jeder sechste Chilene eine Privatversicherung leisten.

**Privatkassen betreiben Rosinenpickerei.** Chile ist neben Deutschland das einzige Land der Organisation für Wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) mit allgemeiner Versicherungspflicht, das ein Ausscheren aus der öffentlichen in eine private Vollversicherung (PKV) erlaubt. Anders als hierzulande richtet sich der PKV-Beitrag in Chile aber nicht bloß nach dem individuellen Risiko bei Versicherungsabschluss, sondern passt sich zeitlebens dem jeweiligen Risikoprofil an. Spätestens bei Eintritt ins Rentenalter werden die Beiträge für die allermeisten unbezahlbar. Das lässt der chilenischen Privatversicherung Raum für Risikoselektion und Rosinenpickerei. Die öffentliche Kasse sichert die Versorgung derjenigen, die für das Geschäftsmodell der Privatkassen nicht lukrativ sind. Daraus ergeben sich große Herausforderungen im Hinblick auf soziale Gerechtigkeit und Umverteilung. Privater und öffentlicher Sektor sind nicht nur bei der Finanzierung, sondern auch bei der Versorgung weitgehend voneinander getrennt.

**Risikostrukturausgleich scheiterte.** Knappe öffentliche Ressourcen führen trotz umfangreicher Investitionen der letzten Jahre zu langen Wartezeiten und Engpässen. Das Hauptproblem im Privatsektor sind hingegen unvorhersehbare, teilweise sehr hohe und sozial ungerechte Zuzahlungen. Die bisher umfangreichste Re-Reform des chilenischen Gesundheitswesens, der Plan AUGE, soll diese Schieflagen beheben. Er legt Behandlungsgarantien für häufige Erkrankungen fest, indem er die maximale Wartezeit auf zwei Monate und die höchst zulässige Zuzahlung auf zwei Monatsgehälter beschränkt. Bei Verstoß können die Patienten ihre Rechte einklagen.

Der viel gelobte Plan AUGE verbessert zwar die Lage vor allem für chronisch Kranke, aber er verdeutlicht zugleich die

Beschränkungen nachholender Reformen. Vor der Einführung von Behandlungsgarantien war die damalige sozialdemokratisch geführte Koalitionsregierung 2003 mit dem Versuch gescheitert, einen Risikostrukturausgleich zwischen der öffentlichen und den privaten Versicherungen einzuführen. Zu stark war der politische Widerstand von Privatwirtschaft und Konservativen. Von dem ehrgeizigen Reformprojekt blieben nur die gesetzliche Deckelung von Wartezeiten und Selbstbeteiligungen für ausgewählte Behandlungen. Aber solche vertikalen Ansätze bergen die Gefahr, nicht erfasste Erkrankungen hintanzustellen und Parallelmärkte für die ausgewählten Therapien zu fördern: Anstatt in ihren Krankenhäusern zu operieren, haben Augenärzte öffentlicher Kliniken in unmittelbarer Nachbarschaft Praxen zur Behandlung des Grauen Stars, einer der ersten Erkrankungen des Plan AUGE, aufgemacht und arbeiten nun in die eigene Tasche.

---

## KOLUMBIEN

---

Auch andere Länder, die einst den chilenischen Weg in Richtung Deregulierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens einschlugen, bemühen sich heute um Nachbesserungen und die Abmilderung der unerwünschten Folgen marktorientierter Reformen. Kolumbien hatte vor 20 Jahren ebenfalls den Wettbewerb zwischen privatwirtschaftlich agierenden Krankenversicherungen eingeführt. Jeder Kolumbianer, der ein Einkommen von mehr als zwei gesetzlichen Mindestlöhnen erzielt, muss seither zwölf Prozent davon für seinen Versicherungsschutz an die Krankenkasse seiner Wahl abführen. Die Versorgung der Armen und Mittellosen erfolgt im subventionierten System, das vorwiegend über Steuermittel finanziert ist, aber nur ein eingeschränktes Leistungspaket vorhält.

**Solidarfonds für Arme.** Anders als die chilenischen Liberalisierer versuchten die Gesundheitsreformer in Kolumbien allerdings, die sozialen Verwerfungen des Wettbewerbs zwischen prinzipiell gewinnorientierten Krankenkassen zu kontrollieren. So hielten sie am Arbeitgeberbeitrag fest – bei abhängig Beschäftigten immerhin zwei Drittel des Gesamtbeitrags. Zudem führten sie zur Vermeidung rücksichtsloser Selektion mit dem Kassenwettbewerb einen Risikostrukturausgleich ein. Und mit einem Zwölftel ihres Beitrags unterstützen Verdienende über einen Solidarfonds die beitragsfrei im subventionierten System abgesicherte arme Bevölkerung des Landes.

Die Auswirkungen der kolumbianischen Reform von 1993 sind zwar nicht so dramatisch wie in Chile, aber auch nach 20 Jahren weist das dortige Gesundheitswesen erhebliche Mängel auf. „Noch immer genießen nicht alle Kolumbianer Krankenversicherungsschutz. Verschiedene Bevölkerungsgruppen haben Anspruch auf unterschiedliche Leistungspakete, die für Mitglieder des subventionierten Systems unzureichend sind. Zudem müssen Patienten teilweise hohe Zuzahlungen aufbringen“, sagt Gesundheitswissenschaftler Ramón Castaño aus Kolumbien. Die gewinnorientierten Krankenversicherungen verweigern bei vielen Behandlungen die Kostenübernahme. Und die Trennung zwischen beitragsbasiertem und beitragsfreiem System führt zur

### Globale Allianzen für soziale Sicherung

Wirtschaftswachstum in aufstrebenden Entwicklungs- und Schwellenländern geht oft mit einer Zunahme von sozialen Ungleichheiten und politischen Konflikten einher. Soziale Sicherung und die Anpassung der Sozialsysteme an die neuen Herausforderungen gewinnt an Bedeutung. Bei ihren sozialpolitischen Bemühungen und auf der Suche nach inhaltlichen und organisatorischen Anregungen wünschen sich diese Länder einen stärkeren Austausch untereinander.

Um die Kooperation zwischen und mit den aufstrebenden Ländern zu unterstützen, plant das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (BMZ) das Projekt „Globale Allianzen für Soziale Sicherung“. In dessen Rahmen wird die Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) den Erfahrungsaustausch unter anderem zwischen Indien, Indonesien, Brasilien und Mexiko aber auch China, Chile, Peru und Südafrika fördern. Das Hauptaugenmerk liegt dabei auf dem sozialpolitischen Dialog zwischen interessierten Ländern und einem problemorientierten Wissenstransfer, in den auch Erfahrungen aus Deutschland einfließen werden. Dies soll in konkrete gemeinsame Maßnahmen münden.

Mehr Infos: [Christof.Kersting@giz.de](mailto:Christof.Kersting@giz.de)



Zweiklassenmedizin – umfassender Schutz ist nur bei privater Zusatzversicherung möglich.

Umgang mit Zahlen und Daten. Erhebliche Probleme bestanden zum einen bei der Zahlungswilligkeit der bisher nicht versicherten Bürger und zum anderen bei der Zahlungsmoral gerade der reicheren Bundesstaaten, die ihren finanziellen Verpflichtungen bis heute nicht in vollem Umfang nachkommen.

**Abkehr vom Kassenwettbewerb?** Anfang dieses Jahres leitete die kolumbianische Regierung eine weitere Gesundheitsreform ein. Kernelement ist der Aufbau eines einheitlichen öffentlichen Kostenträgers, der Beiträge erhebt und die Leistungserbringer bezahlt. Sollte diese Reform in der geplanten Form kommen, bedeutet dies die Abkehr vom Kassenwettbewerb. Weitere Reformbestandteile wären die Einführung einer Versicherungsaufsicht und der Ausbau integrierter Versorgungsstrukturen.

**Kritik am eingeschränkten Leistungspaket.** Zweifellos sind seit Einführung des Seguro Popular deutlich mehr Menschen krankenversichert und haben Zugang zu Gesundheitsleistungen. Doch die Versorgungsstrukturen stoßen an ihre Kapazitätsgrenzen. Ärzte und Pflegekräfte fürchten eine Überlastung, denn sie müssen nun in den bestehenden Einrichtungen und mit unveränderter Personaldecke auch die Versicherten der neuen Krankenkasse behandeln. Auf Kritik stößt vor allem das eingeschränkte Leistungspaket der „Volksversicherung“, die keine Behandlungskosten bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Tumoren, chronischer Nierenschwäche und anderen schweren Krankheiten übernimmt. Dafür steht zwar ein „Fonds zum Schutz vor bedrohlichen Gesundheitsausgaben“ zur Verfügung, aber auf Zahlungen daraus besteht kein rechtlicher Anspruch. „Wer die falsche Krankheit hat, muss aus eigener Tasche zahlen“, meint lapidar der Gesundheitswissenschaftler Jesús del Real Sánchez.

---

MEXIKO

---

Mexiko baute ab 1943 eine soziale Krankenversicherung für formal Beschäftigte nach deutschem Vorbild auf. Der Hamburger Arzt jüdischen Glaubens, Ernst Frenk, flüchtete 1930 vor dem zunehmenden Antisemitismus nach Mexiko, wo er sich aktiv am Aufbau des Sozialversicherungssystems beteiligte. Ein gutes halbes Jahrhundert später sollte sein Enkel, Julio Frenk, als mexikanischer Gesundheitsminister die bisher letzte große Gesundheitsreform einleiten. Ziel dieses ehrgeizigen Vorhabens war die Ausweitung des Krankenversicherungssystems auf die ganze Bevölkerung.

Denn davon war Mexiko vor wenigen Jahren noch weit entfernt: Anfang 2004 hatten elf Millionen mexikanische Familien keine Krankenversicherung. Zu Beginn dieses Jahrhunderts bestand ein zersplittertes Krankenversicherungssystem mit mehreren Sozialversicherungen für die Hälfte der Bürger, einem staatlichem Gesundheitswesen, das jeden dritten Mexikaner versorgte, und einem kleinen Privatsektor. Die verschiedenen Teilsysteme arbeiteten weitgehend getrennt. Mitglieder einer sozialen Krankenkasse können nur deren Gesundheitseinrichtungen und informell Beschäftigte ausschließlich staatliche Gesundheitsposten oder Krankenhäuser in Anspruch nehmen. Das hat zumindest in den Großstädten zu Ressourcen vergeudenden Doppel- und Mehrfachstrukturen geführt: In Großstädten wie Mexiko-Stadt sind staatliche High-Tech-Kliniken der Maximalversorgung nur wenige Kilometer von der auch nach europäischem Standard hervorragend ausgerüsteten Sozialversicherungsklinik entfernt.

**Volksversicherung für bisher Nichtversicherte.** Kernelement der unter Minister Julio Frenk ab 2004 eingeleiteten Reform war die Einführung einer weiteren Säule im mehrgliedrigen mexikanischen Gesundheitssystem. Die steuersubventionierte „Volksversicherung“ (Seguro Popular) steht allen bisher nicht versicherten Bürgern des Landes offen und übernimmt die ambulante Versorgung sowie einfachere Krankenhausbehandlungen. Die Finanzierung erfolgt über einkommensabhängige Beiträge der Mitglieder, einen einheitlichen Bundeszuschuss der Regierung pro Familie und einen Sozialanteil der einzelnen Bundesstaaten, der von der Zahl der versicherten Einwohner abhängt.

Zwei Jahre später als geplant feierte Mexiko am 1. April 2012 offiziell die Einführung universeller Absicherung im Krankheitsfall. Möglich war dies nur durch einen sehr kreativen

---

BRASILIEN

---

Auch im größten Land des Subkontinents begann die Geschichte der sozialen Absicherung im Krankheitsfall mit Sozialversicherungen à la Bismarck. Sie erfassten in den 1980er Jahren etwa die Hälfte der Bevölkerung. Doch anders als die Nachbarländer, die der neoklassischen Wirtschaftstheorie aufsaßen und ihre Krankenversicherungssysteme in Richtung Markt und Privatwirtschaft weiterentwickelten, entschied sich die Bundesrepublik Brasilien für einen radikalen Umbruch in Richtung Steuerfinanzierung, um die Ausgrenzung des großen informellen Sektors zu überwinden. Soziale Absicherung im Krankheitsfall wurde zu einem wesentlichen Bestandteil einer umfassenden Sozialpolitik, die sich nicht auf Armutsbekämpfung beschränkt, sondern als Durchsetzung sozialer Rechte versteht.

**Freier Zugang zu Gesundheitsleistungen.** Im Widerstand gegen die Militärdiktaturen, die Brasilien von 1964 bis 1985 beherrschten, spielte die Gesundheitsbewegung eine wichtige Rolle. Ihr Einfluss auf den Demokratisierungsprozess schlug sich in der neuen brasilianischen Verfassung von 1988 nieder, die Gesundheit als soziales Menschenrecht und verpflichtende Aufgabe des Staates festschreibt. Das war ein unübersehbarer Kontrapunkt zu Privatisierung und Rückbau des Staates in den anderen Ländern des Subkontinents. Brasilien vollführte mit der Einführung des Einheitlichen Gesundheitssystems SUS (Sistema Único de Saúde) den Strukturwandel vom Sozialversicherungs- in ein staatliches System.

Eckpunkte der Reform von 1989 waren Universalität, soziale Gerechtigkeit, Dezentralisierung, Subsidiarität, Partizipation sowie integrale und integrierte Versorgung mit dem Ziel, die bisherige Ausgrenzung des informellen Sektors von der sozialen



# latein amerika



|   | Mexiko                     | Chile                            | Brasilien                 | Kolumbien          |
|---|----------------------------|----------------------------------|---------------------------|--------------------|
| Bevölkerungszahl <sup>1)</sup>                      | 120 Millionen              | 17,5 Millionen                   | 198 Millionen             | 47,7 Millionen     |
| Regierungssystem                                    | Föderales Regierungssystem | Präsidentielles Regierungssystem | Föderales Präsidialsystem | Präsidentialsystem |
| Alphabetisierungsrate <sup>2)</sup>                 | 94 Prozent                 | 99 Prozent                       | 90 Prozent                | 94 Prozent         |
| Bruttoinlandsprodukt (BIP) 2012 <sup>1)</sup>       | 1,2 Billionen \$           | 268 Mrd. \$                      | 2,3 Billionen \$          | 370 Mrd. \$        |
| Pro-Kopf-Einkommen 2012 <sup>1)</sup>               | 16.680 \$                  | 21.310 \$                        | 11.720 \$                 | 10.110 \$          |
| Gesundheitsausgaben <sup>2)</sup>                   | 6,3 % des BIP              | 8 % des BIP                      | 9 % des BIP               | 7,6 % des BIP      |
| Lebenserwartung <sup>3)</sup>                       | 77 Jahre                   | 78 Jahre                         | 73 Jahre                  | 75 Jahre           |
| Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten <sup>2)</sup> | 16                         | 7                                | 20                        | 16                 |
| Müttersterblichkeit/100.000 Geburten <sup>2)</sup>  | 50                         | 25                               | 56                        | 92                 |

## OECD-Durchschnitt

(Länder der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung)

|   |               |
|---|---------------|
| Pro-Kopf-Einkommen <sup>3)</sup>                    | 29.920 \$     |
| Gesundheitsausgaben <sup>3)</sup>                   | 9,3 % des BIP |
| Lebenserwartung <sup>3)</sup>                       | 80 Jahre      |
| Säuglingssterblichkeit/1.000 Geburten <sup>3)</sup> | 4             |
| Müttersterblichkeit/100.000 Geburten <sup>3)</sup>  | 8             |

Quellen:

<sup>1)</sup> worldbank.org 2012,

<sup>2)</sup> CIA World Factbook 2010/2011,

<sup>3)</sup> stats.oecd.org 2011

(Recherche: Jim Funke-Kaiser)



Sicherung zu überwinden. Seither haben alle Menschen in Brasilien freien Zugang zu steuerfinanzierter Gesundheitsversorgung. Verantwortlichkeiten und Finanzierung verteilen sich nach klar definierten Kriterien auf Bundesregierung, Bundesstaaten und Kommunen. Auf allen drei Ebenen gewährleisten Gesundheitsräte Bürgernähe. Sie haben bei sämtlichen gesundheitspolitischen Entscheidungen ein gewichtiges Wort mitzureden.

**Schwimmende Krankenhäuser auf dem Amazonas.** Die Entstehung des SUS war durch erhebliche Startschwierigkeiten gekennzeichnet. Sie fiel in die Hochzeiten der neoliberalen Politik, die auch an Brasilien nicht spurlos vorüberging und zu Ressourcenmangel und Kapazitätsengpässen in dem von öffentlichen Mitteln abhängigen Gesundheitswesen führte. Immense Herausforderungen bestehen bei der Versorgung strukturschwacher und dünn besiedelter Regionen, denn im armen Hinterland des Nordostens und vor allem im Amazonasbecken ist das medizinische Angebot unzulänglich. Abhilfe sollen hier schwimmende Krankenhäuser schaffen, doch deren Reichweite ist naturgemäß beschränkt.

Ein Kernproblem für die Finanzierungsgerechtigkeit ist bis heute das regressive Steuersystem in Brasilien. Durch Steuerflucht entziehen sich vor allem hohe Einkommen dem Zugriff des Fiskus. Zudem entfallen gut 70 Prozent des Steueraufkommens auf indirekte, vor allem Mehrwertsteuern, die Bezieher niedriger Einkommen anteilig stärker belasten als Gutverdiener. „Was wir unbedingt brauchen ist eine grundlegende Steuerreform“, meint dazu Armando de Negri, Gesundheitswissenschaftler und Mitorganisator der internationalen Sozialforen in Porto Alegre. „Mit einem sozial ungerechten Steuersystem kann man kein gerechtes Gesundheitswesen finanzieren.“

**Mit Privatversicherung Wartelisten umgehen.** Ein anderes grundlegendes Problem sieht die Lígia Giovanella, Professorin an der Nationalen School of Public Health in Rio de Janeiro (siehe Interview auf Seite 28): „Die wachsende Zahl von Bürgern mit privater Zusatzversicherung führt zu einer neuen Segmentierung im brasilianischen Gesundheitswesen.“ Jeder vierte der knapp 200 Millionen Brasilianer nutzt heute eine private Zusatzabsicherung, zwei Drittel davon über ihren Arbeitsplatz. Damit versuchen Besserverdienende, Wartelisten und teilweise bestehende Mängel im öffentlichen Sektor zu umgehen. Allerdings liefern sie sich dabei einem perfiden Geflecht von profitorientierten Privatkassen und -anbietern aus, bei denen Finanzierung und Leistungserbringung in einer Hand liegen. „Für Privatversicherungen besteht die luxuriöse Situation, dass sie für kostspielige Behandlungen nicht aufkommen müssen“, erklärt Lígia Giovanella weiter, „denn die wälzen sie vielfach auf den SUS ab, der schließlich allen Bürgern offen steht.“

**„Gutes Leben“ in Bolivien, Ecuador und Venezuela.** Die links orientierten Regierungen in Bolivien, Ecuador und Venezuela folgen im Prinzip dem brasilianischen Vorbild einer steuerfinanzierten sozialen Absicherung im Krankheitsfall. Anders als in Brasilien sind die Gesundheitsreformen in den drei Ländern

Teil eines umfassenderen, Buen Vivir genannten Entwicklungsmodells. Das Recht auf „gutes Leben“ ist in den Verfassungen festgeschrieben. Es beinhaltet den Anspruch auf gute Ernährung, Zugang zu Wasser, Gesundheit und Bildung und verfolgt letztlich eine Abkehr von der wachstumsorientierten Wirtschaftsordnung. Gesundheitsreformen im Rahmen des Buen-Vivir-Modells gehen weit über Verbesserungen der Gesundheitsfinanzierung und Krankenversorgung hinaus und weisen den sozialen Determinanten von Gesundheit vorrangige Bedeutung zu. Ein wichtiger Ansatz in allen drei Ländern ist die Stärkung der hausärztlichen Versorgung, die vorwiegend in Gesundheitszentren erfolgt, wo Ärzte und Pflegekräfte aber auch aktiv an der Gestaltung gesundheitsrelevanter Angelegenheiten ihrer Gemeinde mitwirken und Familien vor Ort betreuen. Allen das gleiche Recht nicht nur auf medizinische Versorgung, sondern auch auf „gutes Leben“ zu gewähren und niemanden auszuschließen – das lässt sich nach Auffassung der linken Regierungen allein durch Steuermittel gewährleisten. Abgesehen vom Ölexporteur Venezuela fällt es den lateinamerikanischen Staaten allerdings nicht leicht, die erforderlichen Mittel bereitzustellen.

**Europa kann von Lateinamerika lernen.** Die aktuellen Reformbemühungen fast überall in Lateinamerika zielen darauf ab, die unerwünschten Folgen früherer Reformen abzumildern. Doch soziale Ungerechtigkeiten und ein Zweiklassensystem lassen sich allenfalls im Schnecken tempo überwinden. Eine Kernerkenntnis der Medizin gilt auch in der Gesundheitspolitik: Vorbeugen ist besser als heilen. Heute dreht sich die Debatte in Lateinamerika in erster Linie um das Recht auf Gesundheit und weit weniger um Markt und Wettbewerb im Gesundheitswesen als in Europa. So hat vor allem Brasilien gezeigt, dass umfassende soziale Absicherung keineswegs das Wirtschaftswachstum bremsen muss, so wie es hierzulande die Debatte über Lohnnebenkosten nahezulegen versucht, sondern zur Formalisierung der Beschäftigungsverhältnisse und höheren Einkommen beitragen kann. Zweifelsohne können lateinamerikanische Sozialsysteme bis heute einiges von der langen Erfahrung europäischer Institutionen lernen. Mittlerweile haben die einstigen europäischen Kolonien aber selber bemerkenswerte gesundheitspolitische Erfahrungen und Erfolge vorzuweisen. Die Zunahme unsteter und prekärer Arbeitsverhältnisse in Europa erfordert auch hierzulande neue sozialpolitische Strategien. Lateinamerika hat auf diesem Gebiet viel zu bieten – internationale Zusammenarbeit muss keine Einbahnstraße sein. ■

**Dr. Dr. Jens Holst**, Internist und Gesundheitswissenschaftler, arbeitet seit fast 15 Jahren als selbstständiger Berater in der Entwicklungszusammenarbeit. **Kontakt:** [drdrjensholst@web.de](mailto:drdrjensholst@web.de)

**Jean-Olivier Schmidt** leitet das Sektorvorhaben P4H (Providing for Health) in der Deutschen Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (giz).

**Kontakt:** [Jean-Olivier.Schmidt@giz.de](mailto:Jean-Olivier.Schmidt@giz.de)

*Dieser Beitrag schließt die dreiteilige G+G-Serie „Gesundheit global“ ab. Teil 1 (Asien) ist in G+G 10/2013 und Teil 2 (Afrika) in G+G 11/2013 erschienen.*