

Arbeitspapier Nr. 25 / 2004

**Gesundheitswesen und
Gesundheitspolitik in Brasilien**

Ligia Giovanella*

Marcelo Firpo de Souza Porto**

*Ph. D. Public Health, Physician, Researcher at National School of Public Health –
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasilien
Gastwissenschaftlerin im Institut für Medizinische Soziologie, vom 04.2003 bis 03.2004

** Ph. D. Researcher at National School of Public Health –
Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasilien
Gastwissenschaftler im Institut für Medizinische Soziologie, vom 11.2001 bis 10.2003

**Klinikum der Johann Wolfgang Goethe -Universität, Frankfurt am Main
Zentrum der Psychosozialen Grundlagen der Medizin
Institut für Medizinische Soziologie
Januar 2004**

INHALTSVERZEICHNIS

EINFÜHRUNG	4
I. ALLGEMEINE MERKMALE BRASILIENS.....	6
1. SOZIOÖKONOMISCHE MERKMALE BRASILIENS	6
2. ZUR GESUNDHEITSSITUATION IN BRASILIEN.....	11
II. GESUNDHEITSPOLITIK IN BRASILIEN	16
1. HISTORISCHE ENTWICKLUNG.....	16
2. GESUNDHEITSBEWEGUNG: GESUNDHEIT ALS SOZIALES RECHT	18
3. PRINZIPIEN DES NEUEN EINHEITLICHEN GESUNDHEITSSYSTEMS – SUS	18
4. IMPLEMENTIERUNG DES SUS IN DEN 90ER JAHREN.....	21
5. FINANZIERUNG DES SUS.....	23
6. GRUNDMERKMALE DES AMBULANTEN SEKTORS.....	26
7. GRUNDMERKMALE DES STATIONÄREN SEKTORS	31
III. PERSPEKTIVEN DER AKTUELLEN REGIERUNG.....	34
1. PRIORITÄTEN.....	34
2. PROBLEME UND HERAUSFORDERUNGEN.....	36
LITERATURVERZEICHNIS.....	40

EINFÜHRUNG

Seit den Präsidentschaftswahlen Ende 2002 befindet sich Brasilien im Aufbruch. Auch die gesundheitspolitische Debatte dieses Landes wirft interessante Perspektiven auf. Unser Beitrag gibt einen Überblick über die Sozial- und Gesundheitspolitik in Brasilien sowie die aktuellen Probleme und Herausforderungen der Regierung von Präsident Luiz Inácio Lula da Silva.

Als typisches semi-peripheres Land reproduziert Brasilien im Landesinneren die gleichen Asymmetrien die auch die gegenwärtige internationale Arbeitsteilung global aufweist. Das Land prägen starke soziale Ungleichheiten, die sich in Folge der neoliberalen Anpassungspolitik der letzten Jahre weiter verstärkt haben. Nach wie vor bestehen innerhalb Brasiliens soziale Unterschiede wie zwischen Deutschland und einem armen afrikanischen Land.

Unter derartigen Bedingungen ist es überaus schwierig, eine einheitliche Gesundheitsversorgung für alle Bürger zu gewährleisten. Ende der 80er Jahre fand im Zusammenhang mit der Gesundheitsbewegung, die Teil des gesamtgesellschaftlichen Demokratisierungsprozesses nach der Militärdiktatur war, eine wichtige strukturelle Reform im brasilianischen Gesundheitswesen statt: die Umwandlung eines Sozialversicherungsmodells Bismarckscher Prägung in ein steuerfinanziertes Versorgungssystem mit uneingeschränktem universellem Zugang für alle Bürger zu einem Einheitlichen Gesundheitssystem (Sistema Único de Saúde - SUS). Das Grundprinzip des gegenwärtigen brasilianischen Gesundheitssystems ist die soziale Gleichbehandlung aller Bürger in Anbetracht der weit reichenden Informalität der Arbeitsbeziehungen, in denen ein Großteil der Bevölkerung kein formales Anrecht auf Versorgung über an den Lohn gekoppelte Beiträge erwerben kann. Damit sollten die großen Versorgungs-Ungleichheiten zwischen den Mitgliedern der ehemaligen gesetzlichen Krankenversicherung und den nicht versicherten Bürgern überwunden werden, ebenso die Ungleichheiten zwischen städtischen und ländlichen Arbeitern, da auf dem Land geringere gesetzliche Ansprüche bestanden. Die organisatorischen Grundmerkmale des SUS-Systems sind die integrale Versorgung, die soziale Partizipation und die Dezentralisierung, d.h. die Verlagerung der gesundheitspolitischen Verantwortlichkeiten von der Bundesebene auf die regionale bzw. lokale Ebene.

Das vorliegende Arbeitspapier ist in drei Abschnitte unterteilt. Zunächst erfolgt eine Darstellung der allgemeinen sozioökonomischen Merkmale Brasiliens. Kapitel II geht auf die brasilianische Gesundheitspolitik ein. Die Herausforderungen, denen die neue Regierung der linken Arbeitspartei (PT) im Gesundheitssektor gegenüber steht, sind nicht ohne die

geschichtliche Entwicklung und die Besonderheiten des SUS möglich. Deshalb besteht dieses Kapitel aus folgenden Teilen: Zuerst erfolgt ein kurzer historischer Abriss über die Gesundheitspolitik in Brasilien von der Entstehung einer Sozialversicherung nach Bismarckschem Vorbild in den 30er Jahren bis zur Gesundheitsbewegung der 80er Jahre. Danach werden wir die Implementierung des SUS und den Dezentralisierungsprozess der 90er Jahre analysieren und im Anschluss die Grundmerkmale des Gesundheitssystems im Hinblick auf die Organisation des ambulanten und des stationären Sektors, die Finanzierungsmodalitäten und die Transfermechanismen zwischen den verschiedenen föderalen Ebenen darstellen.

Im dritten Kapitel werden wir die Herausforderungen und Probleme diskutieren, die auf die neue Regierung zukommen. Trotz der Erweiterung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung seit den 80er Jahren besteht weiterhin das Problem starker Ungleichheit beim Angebot und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in den verschiedenen Regionen, der ungenügenden Integration zwischen verschiedenen Versorgungsebenen, erheblicher Qualitätsmängel, der Fragmentierung des Gesundheitssystems und der Segmentierung des Versichertenkreises.

Besonderes Augenmerk wollen wir dabei auf das Familiengesundheitsprogramm richten, ein *Primary Care Program*, das zurzeit implementiert wird und eine grundsätzlich andere Denkweise im Gesundheitswesen offenbart. Das Programm beabsichtigt die Nachfrage in einem neuen Versorgungsmodell besser zu organisieren. Bestimmte Bevölkerungs- und Patientengruppen bekommen dabei vorrangigen Zugang zur Versorgung. Ein weiteres Grundprinzip liegt auf der Prävention: Gesundheitsversorgung soll nicht erst im Krankheitsfall beginnen, sondern Vorsorge und Gesundheitsförderung sollen einen höheren Stellenwert bekommen.

Die neue Regierung steht vor dem grundsätzlichen Widerspruch, sozialpolitische Maßnahmen auszubauen und gleichzeitig die restriktive Wirtschafts- und Finanzpolitik fortzusetzen. In den ersten neun Monaten ihrer Amtszeit konnte sie die ökonomischen Stabilitätsziele (Steuerüberschuss, Exportsteigerung, Inflationskontrolle) recht erfolgreich umsetzen, obwohl die gleichzeitige starke Kontrolle der Staatsausgaben den nötigen Ausbau der Sozialpolitik erschwerte. In Zeiten von Globalisierung und Neoliberalismus kann jede Regierung in dieses Dilemma geraten, die den Anspruch verfolgt, unter dem Druck von IWF und Weltbank sozialdemokratische Politik zu machen und den Sozialstaat auszubauen. Deshalb ist das Beispiel Brasilien im Moment auch für die westeuropäischen Länder interessant.¹

¹ Unser Dank gilt Dr Nadja Rakowitz und Dr Jens Holst für die Hilfe bei der Revision.

I. ALLGEMEINE MERKMALE BRASILIENS

Nach seiner Unabhängigkeit von Portugal im Jahr 1822 blieb Brasilien eine konservative, landwirtschaftlich geprägte, im Sinne der Dependenztheorie abhängige Gesellschaft. In der Geschichte Lateinamerikas sind Mechanismen von Patrimonialismus (private Besitzergreifung von öffentlichen Gütern seitens einer Elite), Populismus und sozialer Exklusion (den ärmsten Leuten werden Bürger- und soziale Rechte vorenthalten) miteinander verwoben. Als Folge zeichnet sich Lateinamerika durch seine sehr autoritäre politische Kultur und die weltweit größte Ungleichheit in der Einkommensverteilung aus (Fleury 2001).

1. Sozioökonomische Merkmale Brasiliens

Während des 20. Jahrhunderts durchlief die brasilianische Wirtschaft einen tiefen Wandel von einer agrarexportierenden zu einer ständig wachsenden und chaotisch urbanisierten Industriegesellschaft. Bei einem jährlichen Wachstum der industriellen Produktion von fast 7 % zwischen 1950 und 1980 verdoppelte sich in Brasilien der Anteil der industriellen Arbeit an der Gesamtbeschäftigung – und wuchs damit stärker als in den meisten anderen Ländern der Welt. Dies führte auch zu einer allmählichen Erstarkung der organisierten und politisch aktiven Arbeiterklasse.

Soziale Ungleichheit und die chaotisch verlaufende Urbanisierung sind wichtige Ursachen für die vielen heutigen Gesundheitsprobleme Brasiliens. Von 1940 bis 2000 hat sich die brasilianische Bevölkerung von 41 auf fast 180 Millionen mehr als vervierfacht. Von 1940 bis 1980 stieg die Zahl der Großstädte mit mehr als 100.000 Einwohnern von 18 auf 142.² Heute leben mehr als 47 Millionen Menschen in den zehn großen Metropolen des Landes, mit besonderer Konzentration in São Paulo und Rio de Janeiro. Das unkontrollierte Wachstum der großen Metropolen bot vielen Arbeitern mit niedrigen, unregelmäßigen oder ohne Einkommen nur die Möglichkeit, öffentliche und private Grundstücke zu besetzen und sich dort anzusiedeln. Daraus entstanden die *favelas* genannten Armensiedlungen, die es in allen größeren Städten in Brasilien gibt und häufig besondere Risikogebiete ohne städtische Infrastruktur darstellen.

Die landesweite Bevölkerungsdichte von 20 Einwohnern pro km² ist niedrig im Vergleich zu Deutschland mit 232 Einwohnern pro km². Allerdings weist das südamerikanische Land extreme Unterschiede zwischen 2,9 Einwohner pro km² im Norden und 72,3 im Südosten auf.

Tabelle 1. Demografische Merkmale Brasiliens und Deutschland, 2000³

Merkmale	Brasilien	Deutschland
Fläche	8 547 803 km ²	357 022 km ²
Einwohner	176 Mio.	83 Mio.
Bevölkerungsdichte	20 pro km ²	232 pro km ²
Bevölkerungswachstum	1,3 % (Tendenz ?)	0,27 %
Bevölkerungsverteilung	Stadt 81 % Land 19 %	Stadt 87 % Land 13 %
Altersverteilung	Bis 14 Jahre: 29,6 % Über 60 Jahre: 8,5 % (Tendenz ?)	Bis 14 Jahre: 14,4 % Über 60 Jahre: 23,6 %
Lebenserwartung	69 Jahre (1970: 53 Jahre) (71 im Süden, 66 im Nordosten) Frauen: 72 Jahre Männer: 65 Jahre	77 Jahre Frauen: 81 Jahre Männer: 75 Jahre

Quelle: IBGE 2003; Statistisches Bundesamt 2002

Brasilien kann als ein typisches semi-peripheres Land angesehen werden; es reproduziert im Inneren die Asymmetrien, die die gegenwärtige internationale Arbeitsteilung aufweist. Die ausgeprägte starke Ungleichheit des Pro-Kopf-Einkommens ist ein grundlegendes Merkmal aller brasilianischen Städte und nimmt selbst die reichsten Städte des Landes nicht aus. Nach wie vor besteht in Brasilien ein starker Kontrast zwischen Zentrum und Peripherie, den das Wirtschaftswachstum der letzten Jahrzehnte eher verstärkt hat. Der abhängige Kapitalismus in Brasilien erzeugte in Verbindung mit der politischen und kulturellen Einkommens- und Machtkonzentration ein Bevölkerungswachstum, das eine große Zahl von abhängig Beschäftigten mit niedrigen und instabilen Einkommen hervorbrachte.

² Zurzeit haben 226 Städte mehr als 100.000 Einwohner (2000).

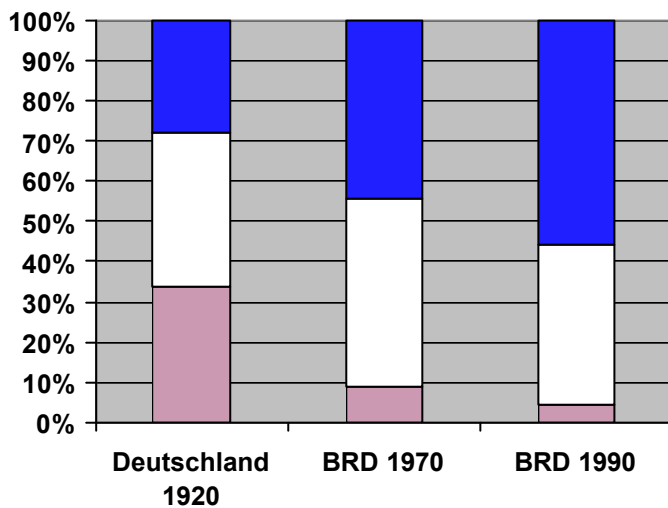
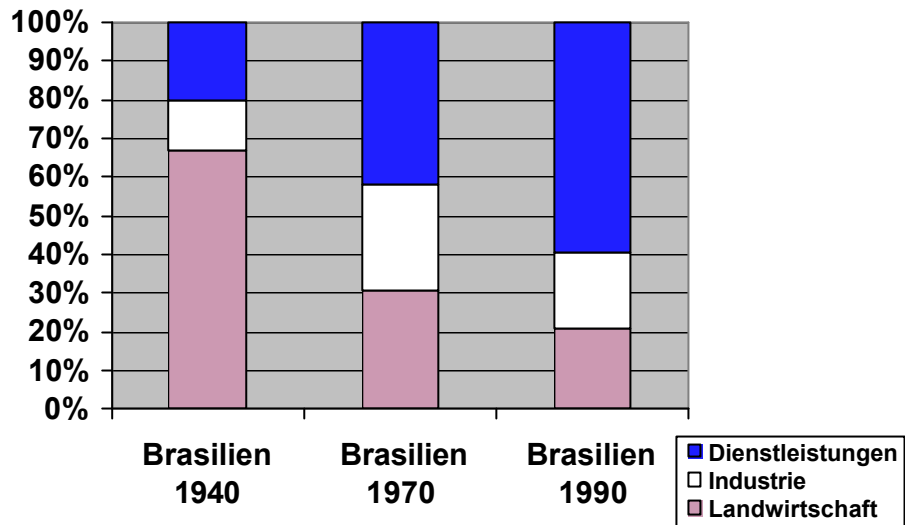
³ Die Gegenüberstellung dieser Daten aus Brasilien und Deutschland dienen lediglich der Veranschaulichung. Grundsätzlich ist ein Vergleich zwischen diese beiden Ländern nur mittelbar aussagekräftig.

Tabelle 2. Ökonomische Merkmale Brasiliens und Deutschland, 2000

Indikator	Brasilien	Deutschland
BIP pro Einwohner (2002)	2.600 US\$ (São Paulo: 5.700 US\$)	25.720 US\$
Gini-Index zur Einkommenskonzentration (2000)	0,63 (1960: 0,50)	0,30
BIP nach Wirtschaftssektoren (2000)	Industrie: 32 % Dienstleistungen: 60 % Landwirtschaft: 8 %	Industrie: 28,4 % Dienstleistungen: 70,6 % Landwirtschaft: 1,1 %
Wichtige Exportprodukte (2002)	Soja: 10 % Autos und Autoteile: 9 % Metallurgische Produkte: 5 % Eisen: 5 % Flugzeuge: 4 % Zucker: 3 % Elektronische Produkte: 3 %	Autos und Autoteile: 19 % Maschinen: 14 % Chemische Produkte: 12 % Elektronische Produkte: 5 % Eisen, Stahl, a. Metall: 4 % Wissenschaftliche Geräte: 4 % Nahrungsprodukte: 3 %
Erwerbspersonen (2000)	77,5 Mio. (Stadt: 83 %, Land: 16,7 %) 47 Mio. Erwerbspersonen verdienen bis 150 Euro/Monat, 5 Mio. mehr als 750 Euro/Monat	41,5 Mio.
Arbeitslosigkeit (2003)	13 % (1975: 1,7 %)	10,4 % Große Unterschiede zwischen Ost und West Baden-Württemberg: 5,5 %, Sachsen-Anhalt: 20,9 %

Quelle: IBGE 2003; Statistisches Bundesamt 2002

Grafik 1. Verteilung der Beschäftigten in den verschiedenen Wirtschaftssektoren in Brasilien und Deutschland, 1920/40, 1970 und 1990



Quelle: Pochmann 2001 und IBGE 2003

Von 1964 bis 1984 herrschte in Brasilien eine Militärdiktatur. Verschiedene Prozesse der 70er und 80er Jahre führten zum Ende der militärischen Gewaltherrschaft in Brasilien sowie in anderen Gesellschaften Lateinamerikas. Von großer Bedeutung waren die brasilianischen

Bewegungen für die Wiedereinführung der Demokratie (Re-Demokratisierungsbewegung), vor allem in den 70er Jahren, von denen mehrere zumindest in ihrer Anfangsphase im Untergrund arbeiteten. Von besonderer Relevanz war dabei der so genannte „neue Syndikalismus“, der vor allem in den industrialisierten Gebieten des Landes aus den politischen Kämpfen und der Mobilisierung der Arbeiter entstand.

Der Demokratisierungsprozess nach dem Ende der Militärdiktatur rief eine besondere Dynamik und vielfältige gesellschaftliche Entwicklungen ins Leben, die sich in der zunehmenden Mobilisierung politischer Kräfte in der nationalen und lokalen Politik niederschlug. Es entstanden neue politische Parteien, Gewerkschaftsorganisationen, Nachbarschaftsorganisationen in Elendsgebieten, Frauengruppen, Umweltorganisationen und ethnische Gruppen z.B. von Indigenen und Schwarzen. Gleichzeitig kam es zunehmend zu Konflikten über die Landfrage, in denen es letztlich um eine radikale Agrarreform ging.

Mit der Demokratisierung erlebt Brasilien einen widersprüchlichen Prozess zwischen progressiver und konservativer Politik. Am Ende der Militärregierung entwickelten sich bestimmte Formen fortschrittlicher Sozial- und Arbeitspolitik wie die Einführung des Gesundheitssystems und von Arbeitslosengeld für entlassene, zuvor formal beschäftigte Arbeiter. Derartige Fortschritte ergaben sich unter den Bedingungen einer Wirtschaftskrise, die sich aus der Umkehrung der wirtschaftlichen und insbesondere industriellen Wachstumsdynamik der vorangegangenen Jahrzehnte ergab. Das Negativwachstum schlug sich auf verschiedene Ebenen nieder: (i) die ökonomischen Wachstumsraten gingen zurück; (ii) die Pro-Kopf-Einkommen blieben immer weiter hinter denen der kapitalistischen Industrieländer zurück; (iii) die Zahl industrieller Arbeitsplätze insgesamt sowie vor allem der vertraglich abgesicherten Arbeitsplätze sank und (iv) nahmen Arbeitslosigkeit, Umfang unqualifizierter Arbeitsplätze, sowie prekäre und informelle Arbeitsverhältnisse zu.

Vor dem Hintergrund des gemeinhin als Globalisierung bezeichneten politischen und ökonomischen Wandels der internationalen Zusammenhänge in den 90er Jahren verschärfte sich diese Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt. Die neoliberal orientierten Bundesregierungen in Brasília befolgten mehr oder weniger die festgeschriebenen Vorgaben, die von den internationalen Finanz-Institutionen wie dem IWF und der Weltbank und damit von den zentralen kapitalistischen Ländern auferlegt wurden. Im letzten Jahrzehnt des 20. Jahrhunderts nahmen die Informalisierung der Arbeit und die Aushöhlung der Arbeitsverhältnisse in Brasilien auf dramatische Weise zu. Es kam gleichzeitig zu einer Reduzierung des Angebots an formalen und vertraglich abgesicherten Beschäftigungsverhältnissen bzw. zu einer Erhöhung der Zahl von ohne Arbeitsvertrag Beschäftigten bzw. von Scheinselbständigen und Tagelöhnern.

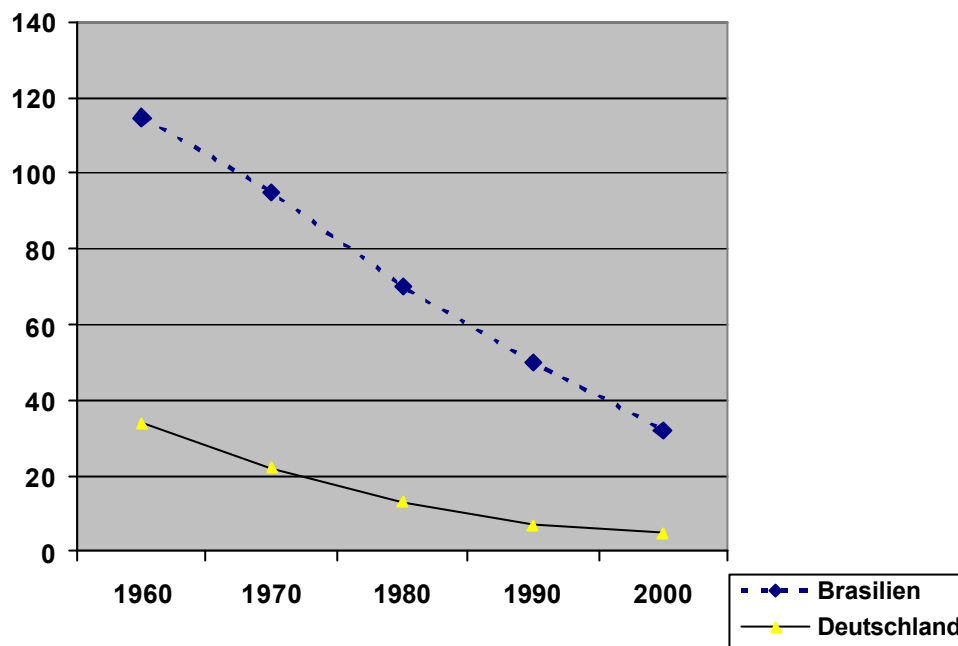
Von 1989 bis 1999 sank die Anzahl von formal beschäftigten Arbeitern von 25,5 auf 22,3 Millionen. Diese Entwicklung kehrte die seit den 40er bis in die 70er Jahre herrschende Tendenz zu einer zunehmenden Formalisierung der Lohnarbeit um. Der Anteil vertraglich geregelter Beschäftigungsverhältnisse unter den neu geschaffenen Arbeitsplätzen betrug in dieser Zeit fast 70 %. Indizien für diesen Informalisierungsprozess sind die Zunahme der Arbeitslosigkeit, von Arbeitern mit Subsistenztätigkeit ohne Bezahlung und von nicht sozialversicherten Selbständigen. In den zehn Jahren zwischen 1989 und 1999 stieg deren Anteil von 31,8 % auf 39,7 %, zwei von fünf wirtschaftlich aktiven Brasilianern gehen also heute keiner geregelten Beschäftigung nach (Pochmann 2001; IBGE 2003).

2. Zur Gesundheitssituation in Brasilien

Die brasilianischen Gesundheitsindikatoren zeigen trotz der ungünstigen ökonomischen Entwicklung seit Mitte der 80er Jahre eine allmähliche Tendenz zur leichten Besserung. Die Lebenserwartung steigt, aber es bestehen weiterhin starke Ungleichheiten bei der Morbidität und Mortalität zwischen der Bevölkerung der verschiedenen Regionen und sozialen Klassen; außerdem nimmt die Zahl von gewalt-bedingten Verletzungen und Erkrankungen zu.

Die folgende Grafik zeigt eine kontinuierliche Verbesserung der Säuglingssterblichkeit. Dabei bestehen große Ungleichheiten zwischen verschiedenen Regionen Brasiliens. Der Unterschied zwischen Rio Grande do Sul (7,3/1000 Lebendgeborene) und Alagoas (66/1000) erreicht die Diskrepanz zwischen Deutschland und einem armen afrikanischen Land.

Grafik 2. Säuglingssterblichkeit* in Brasilien und Deutschland, 1960 - 2000



Quelle: BMG 2001; MS/DATASUS/IDB 2003
*Säuglingssterbefälle je 1000 Lebendgeborenen

Armut und ungleiche Einkommensverteilung haben erhebliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand einer Bevölkerung. In den sozial schwächeren Schichten haben die meisten Krankheiten stärkere Auswirkungen, treten chronische Krankheiten bereits in früheren Lebensphasen auf und ist die durchschnittliche Lebenserwartung geringer. Der Vergleich der ärmeren mit den reicheren Landesteilen belegt diese Unterschiede sehr deutlich.

Die nächste Tabelle zeigt die Säuglingssterblichkeit in zwei Bundesländern Brasiliens. Maranhão ist eines der ärmsten Bundesländer: 60 % der Bevölkerung leben in Armut, die Säuglingssterblichkeit liegt bei 55: von 1000 Lebendgeborenen sterben 55 im ersten Lebensjahr. In São Paulo, dem reichsten Bundesland, leben 12 % in Armut, die Säuglingssterblichkeit liegt bei 19,8. In Deutschland hingegen liegt sie nur bei 4,5 je 1000 Lebendgeborene.

Tabelle 3. Armutsanteil und Säuglingssterblichkeit in den Bundesländern Maranhão und São Paulo, 1998

Bundesland	Armutsanteil*	Säuglingssterblichkeit
Maranhão	60 %	55,7
São Paulo	12 %	19,8

Quelle: IDB 2000, ausgearbeitet von *Rita Barradas*

* Anteil der Bevölkerung mit einem monatlichen Haushaltseinkommen eines halben Mindestlohns von 38 US\$ pro Person.

Tabelle 4 zeigt nebeneinander die Haupttodesursachen in Brasilien und Deutschland. Ein simpler Vergleich zwischen beiden Ländern ist aufgrund der nackten Zahlen selbstverständlich nicht aussagekräftig. Aber sie zeigen, dass der epidemiologische Wandel in Brasilien bei aller Komplexität ein zentrales Merkmal aufweist. Zum einen bestehen die „klassischen“ infektiösen und parasitären Krankheiten fort bzw. treten aufgrund von Armut und unzureichenden sanitären Bedingungen erneut auf, und gleichzeitig haben „moderne“ Krankheiten wie Neubildungen, Krankheiten des Herzkreislaufsystems, Arbeits- und Verkehrsunfälle und andere Gewaltfolgen eine große Bedeutung.

Wie soziale und umweltbedingte Ungerechtigkeit den Gesundheitszustand der brasilianischen Bevölkerung beeinflussen, lässt sich an zwei ausgewählten Aspekten zeigen. Der erste auffällige Aspekt ist in Brasilien die hohe Zahl ungeklärter Todesursachen: in Brasilien im Jahr 2000 135.000 bzw. 14,3 % aller Todesfälle wurden unter dem Hauptkapitel XVIII klassifiziert, also als Folge von nicht näher bestimmbar Symptomen und abnormalen klinischen und Laborbefunden ohne anderweitige Klassifizierung. Damit taucht diese Todesursache in brasilianischen Statistiken fünf Mal häufiger auf als in Deutschland. Im Nordosten machen unzureichend klassifizierte Ursachen sogar 35 % der gesamten Todesfälle aus. Diese hohe Zahl zeigt in erster Linie die Mängel des Informationssystems, indirekt aber auch Defizite in der medizinischen Versorgung. So besagen Schätzungen, dass in Brasilien mehr als die Hälfte dieser unbestimmten Todesfälle (7%) eintreten, ohne dass die Betroffenen zuvor irgendeine Art von medizinischer Versorgung erhalten hätten.

Tabelle 4. Haupttodesursachen nach ICD10 in Brasilien und Deutschland, 2000

Todesursache	Brasilien		Deutschland	
	Anzahl	Anteil	Anzahl	Anteil
Alle Todesursachen	946.392	100,0%	838.797	100,0 %
Krankheiten des Kreislaufsystems	260.555	27,5 %	395.043	47,1 %
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die a. nicht klassifiziert sind	135.699	14,3 %	23.789	2,8 %
Neubildungen	120.493	12,7 %	216.419	25,8 %
Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen	118.367	12,5 %	34.523	4,1 %
Krankheiten des Atmungs-Systems	91.919	9,7 %	51.806	6,1 %
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	47.278	5,0 %	23.671	2,8 %
Bestimmte infektiöse und parasitäre Krankheiten	44.496	4,7 %	10.129	1,2 %
Krankheiten des Verdauungs-Systems	43.014	4,5 %	40.712	4,8 %
Bestimmte Zustände, die Ihren Ursprung in der Perinatalperiode haben	36.544	3,8 %	1.474	0,2 %

Quelle: Ministério da Saúde/DATASUS 2003; Statistisches Bundesamt Deutschland, 2002

Eine zweite schwerwiegende Folge der sozialen Ungleichheit ist der Anstieg der Gewalt, In den lateinamerikanischen Gesellschaften ist die Zahl der Gewalttaten in den vergangenen Jahren stark angestiegen, die Opfer sind überwiegend junge Männer aus den unteren sozialen Schichten (OPS/OMS 2001). Verletzungen und Vergiftungen und alle durch äußere Ursachen hervorgerufenen Beeinträchtigungen der Gesundheit, darunter auch U nfälle und Mord, sind häufige Todesursachen in Brasilien. von denen eine große Zahl von Jugendlichen betroffen ist.

Diese äußeren Einwirkungen auf den Gesundheitszustand sind mittlerweile wichtiger als chronisch-degenerative Krankheiten. Die aufgrund von externen Todesursachen verloren gegangenen potenziellen Lebensjahre belaufen sich allein im Zeitraum von 1993 bis 1995 auf schätzungsweise mehr als neun Millionen Jahre (9.369.027). Das sind fast drei Mal so viele Lebensjahre, wie durch infektiöse und übertragbare Krankheiten verloren gehen, und fast sechs Mal mehr als durch Krebserkrankungen.

Die Zahl der gewaltsamen Todesfälle nimmt in den letzten zwanzig Jahren in Brasilien beständig zu. Sie betreffen hauptsächlich arme junge Männer, die in den Randsiedlungen der großen Städte oder in Gebieten mit schwelenden Landkonflikten leben. Für die Altersgruppe der 15 bis 19-jährigen Männer ist die Anzahl der Todesfälle durch Mord zwischen 1979/81 und 1991/93 um fast 250 % von 3.685 auf 12.647 angestiegen (vgl.

Gotlieb 2000). Verkehrsunfälle sind die zweithäufigste äußerliche Todesursache, die in erster Linie Arbeiter sowie Familien mit niedrigem Einkommen betrifft.

II. GESUNDHEITSPOLITIK IN BRASILIEN

1. Historische Entwicklung

Ende der 80er Jahre fand im brasilianischen Gesundheitswesen eine wichtige strukturelle Reform statt: der Wechsel von einem Sozialversicherungsmodell wie in Deutschland zu einem steuerfinanzierten Versorgungssystem mit freiem universellem Zugang für alle Bürger.

Die Gesundheitsversorgung lag seit den 30er Jahren in Brasilien in der Verantwortung der sozialen Rentenversicherung, die unter Präsident Getúlio Vargas im Rahmen eines autoritären und modernisierenden Regimes entstand. Die Gesetzgebung reglementierte gleichzeitig die Berufe und Gewerkschaften und gründete in Anlehnung an das Bismarcksche Modell Rentenkassen für die wichtigsten städtischen Berufe. In diesem System war das Recht auf Alters- und Gesundheitsversorgung streng auf den Kreis der versicherten Personen begrenzt. Ausschließlich Lohnarbeiter in formal reglementierten Berufen und Zwangsmitglieder der vom Staat autorisierten und kontrollierten Gewerkschaften konnten Mitglied werden.

Am Anfang war der Mitgliederkreis begrenzt auf die wichtigsten Berufe für den Export wie Bahnbeschäftigte und Hafentarbeiter. Erst allmählich schloss die Sozialversicherung weitere Arbeitsgruppen wie Einzelhandelsmitarbeiter, Industriearbeiter und Bankangestellte ein. In Folge dessen waren in den 50er Jahren, einer früheren demokratischen Phase, die meisten städtischen Lohnabhängigen (Arbeiter und Angestellte) in Gewerkschaften organisiert und somit sozialversichert, was allerdings nur auf ein Drittel der Bevölkerung zutraf (Oliveira & Teixeira 1986).

Die Sozialversicherung war nach Berufsbranchen pluralistisch in acht paritätisch von Arbeitgebern und –nehmern finanzierte Renteninstitute gegliedert, und nach dem Vorbild der deutschen Sozialversicherung gab es Selbstverwaltungsorgane mit Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretern. Die Beteiligung der Gewerkschaften an den Selbstverwaltungsorganen stärkte politisch die führenden Gewerkschafter, die sich allerdings nicht selten klientelistisch verhielten.

Die Leistungskataloge und die Beitragssätze der verschiedenen Renteninstitute waren recht unterschiedlich. Abhängig von der Bedeutung der Berufe für den Akkumulationsprozess und von der politischen Kraft bzw. Durchsetzungsfähigkeit der jeweiligen Interessenvertretung hatte jede Berufssparte Anspruch auf ein unterschiedliches Leistungsspektrum: Je mehr politische Kraft desto umfassender der Leistungskatalog des Renteninstituts der jeweiligen Branche. Erst 1960 trat ein Gesetz in Kraft, das Gesundheitsversorgung zu einer

Pflichtleistung aller Renteninstitute machte und gleiche Leistungen für alle Versicherten festlegte.

Nach dem Militärputsch 1964 und der Amtsübernahme eines autoritär bürokratischen Regimes kam es zur erneuten Umstrukturierung der sozialen Rentenversicherung: Die Selbstverwaltungsorgane wurden abgeschafft und die Arbeitnehmer aus der Verwaltung ausgeschlossen. In einem Zentralisationsprozess wurden die Renteninstitute in ein einziges direktes staatliches Bundesrenteninstitut (*Instituto Nacional de Previdência Social- INPS*) zusammengefasst. Trotzdem ging der Inklusions-Prozess während der 70er Jahre zur Legitimierung der Militärdiktatur weiter. Es entstand ein Renteninstitut für Landarbeiter und die Mitgliedschaft beim Bundesrenteninstitut erweiterte sich um Hausangestellte und Selbständige. Jedoch bestand für diese Gruppen keine Versicherungspflicht, und nur ein kleiner Teil dieser Arbeitnehmer hat sich versichert. Ende der 70er Jahre waren trotz der Ausweitung des Mitgliederkreises fast nur Arbeitnehmer des formalen Arbeitsmarktes in den Städten im Besitz einer Sozialversicherung.

Ein Grundmerkmal der wirtschaftlichen Entwicklung in Lateinamerika ist die strukturelle Heterogenität des Arbeitsmarktes. Fast die Hälfte (1999: 48 %) aller Arbeitnehmer ist ohne formalen Arbeitsvertrag tätig. Auch in Brasilien arbeitet bis heute ein großer Teil der Bevölkerung im informellen Sektor, wie erwähnt ist die Tendenz steigend. Danach ist nicht einmal die Hälfte der Bevölkerung in der Lage, eine soziale bzw. gesetzliche Krankenversicherung in Anspruch zu nehmen.

Dessen ungeachtet, erfolgte in den 70er Jahren eine Ausweitung der medizinischen Versorgung der Rentenversicherten, was zu einer Vervierfachung der durch die Sozialversicherung finanzierten Arztbesuche führte. Grundcharakteristiken der Erweiterung der medizinischen Versorgung durch das Bundesrenteninstitut waren die Privatisierung der Leistungserbringung im Krankenhaussektor durch Verträge mit Privatanbietern und die Vernachlässigung der Prävention und der Gesundheitsförderung (Oliveira & Teixeira, 1986). Das Bundesrenteninstitut gab den Vertragsabschlüssen mit privaten Krankenhäusern Vorrang vor dem Bau neuer eigener Krankenhäuser wie vorher üblich. Die Eigentumsverhältnisse im Krankenhausbereich veränderten sich so weit, dass Ende der 80er Jahre 70 % der Betten in privater Hand waren, was später erhebliche Auswirkungen auf die Organisation des einheitlichen Gesundheitssystems hatte. Prävention und Gesundheitsförderung sowie andere Public-Health-Bereiche waren traditionelle Aufgaben des Bundesministeriums für Gesundheit. Das entsprechende Budget wurde aber in den 70er Jahren drastisch gekürzt.

2. Gesundheitsbewegung: Gesundheit als soziales Recht

Gleichzeitig wuchs der Widerstand gegen die Militärdiktatur und seit Ende der 70er Jahre entstand eine demokratische Bewegung für Gesundheit. Zur so genannten „Gesundheitsbewegung“ (*movimento sanitário*) gehörten Intellektuelle, Studenten, Bürgerbewegungen, die Demokratische Ärztebewegung, Nachbarschaftsvereine und Gewerkschaften. Die Bewegung plädierte für einen universellen Zugang zur Gesundheitsversorgung und thematisierte in der politischen Debatte die Beziehungen zwischen gesellschaftlichen Lebensbedingungen und Gesundheit bzw. Krankheit (Escorel, 1999). Diese starke soziale Bewegung im Gesundheitsbereich erlebte 1986 ihren Höhepunkt auf der 8. *Bundeskongress für Gesundheit* mit Vertretern hunderter Organisationen der Zivilgesellschaft, die bei dieser Gelegenheit ein Modell für eine strukturelle Gesundheitsreform formulierten.

Während des Demokratisierungsprozesses in den 80er Jahren begann der Aufbau eines landesweiten Gesundheitsdienstes mit teilweiser Integration zwischen den Gesundheitseinrichtungen öffentlicher Träger und des Bundesrenteninstituts, das den Weg zu einem grundsätzlich anderen Modell bahnte.

1988 erfolgte die Verabschiedung einer neuen Bundesverfassung, die Gesundheit als soziales Grundrecht festschrieb und den Staat verpflichtete, generellen Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu gewährleisten. Seither gilt das Recht auf medizinische Behandlung als Sozialrecht und öffentliche Aufgabe. Damit war die rechtliche Grundlage für den Aufbau des so genannten Einheitlichen Gesundheitssystems (*Sistema Único de Saúde - SUS*) in staatlicher Verantwortung geschaffen.

3. Prinzipien des neuen Einheitlichen Gesundheitssystems – SUS

In diesem neuen Modell hat jede Bürgerin und jeder Bürger das Recht auf steuerfinanzierte Gesundheitsversorgung. Universeller Zugang, Gerechtigkeit, Dezentralisierung, Beteiligung der Bevölkerung, soziale Partizipation und die integrale wie integrierte Versorgung sind Prinzipien dieses Systems. Hinter dieser strukturellen Gesundheitsreform, die zur Gründung eines aus Steuermitteln finanzierten Versorgungssystems mit freiem Zugang für alle Bürger führte, steckte der Grundgedanke von sozialer Gleichberechtigung in einem Land, in dem ein Großteil der Bevölkerung von jedem formalen Anspruch auf Versorgung über lohnabhängige Beiträge ausgeschlossen ist. Dies sollte zur Überwindung der großen Versorgungsungerechtigkeiten zwischen den gesetzlich Krankenversicherten und der armen Bevölkerung beitragen. Überwunden werden sollten auch die Ungleichheiten zwischen

städtischen und landwirtschaftlichen Arbeitern, weil letztere geringere gesetzliche Ansprüche hatten.

Das Einheitliche Gesundheitssystem SUS hat schrittweise die Gesundheitseinrichtungen der Sozialversicherung und des Gesundheitsministeriums zusammengeführt, das für Leistungen vor allem im Bereich der Vorsorge und Gesundheitsaufsicht verantwortlich war. Anfang der 90er Jahre standen schließlich sämtliche Gesundheitseinrichtungen des Bundesrenteninstituts und die privaten Krankenhäuser, die von der öffentlichen Hand unter Vertrag genommen wurden, der gesamten Bevölkerung offen. Die nächsten Schritte waren die Dezentralisierung der Versorgung, eine stärkere Beteiligung der Bevölkerung und die Organisation des Systems im Dienste einer integralen und integrierten Versorgung.

Integrale Versorgung bedeutet, die Patienten in ihrer biopsychosozialen Gesamtheit zu betrachten und einen umfassenden Leistungskatalog mit Gesundheitsförderung, Prävention, Krankenbehandlung und Rehabilitations-Maßnahmen anzubieten. Die Gesundheitsförderung soll Vorrang haben, und kollektive bzw. Public-Health-Strategien müssen mit individuellen Maßnahmen im Einklang stehen.

Es besteht kein detaillierter Leistungskatalog. Das Angebot umfasst alle präventiven und gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie alle Komplexitätsebenen der ambulanten und stationären Versorgung: von Impfungen bis zu Organtransplantationen. Die öffentlichen Versorgungseinrichtungen geben Arzneimittel nur in begrenztem Umfang kostenlos ab, stehen aber für bestimmte Public-Health-Programme wie zum Beispiel für Aidspatienten zur Verfügung. Gerade die Aidspolitik hat sich in Brasilien unter starker Beteiligung der Betroffenen entwickelt. Die HIV-Infizierten aus verschiedenen Bevölkerungsschichten haben sich in Brasilien seit den 80er Jahren zu einer Bewegung zusammengeschlossen, die den allgemeinen Zugang zu Aidsmedikamenten erreicht hat. Das entsprechende Programm garantiert heutzutage allen Betroffenen den Zugang zu retroviralen Medikamenten. Mit seinem Aids-Programm nimmt Brasilien heute in der südlichen Hemisphäre eine Sonderstellung ein. Für die Zahnversorgung bestehen indes nur sehr unzureichende Angebote, das Krankengeld zahlt die Rentenversicherung.

Die soziale Partizipation im Gesundheitswesen bedeutet die Beteiligung der Bevölkerung an den Entscheidungsprozessen und schlägt sich in der Bildung von Gesundheitsräten auf der Gemeinde-, der Bundesstaat- und schließlich auf nationaler Ebene nieder. Die Gesundheitsräte setzen sich paritätisch aus Benutzern und Leistungsträgern zusammen. Die Zivilgesellschaft ist dabei auf ganz verschiedene Weise vertreten. Heute gibt es in den meisten Gemeinden Gesundheitsräte. Alle zwei Jahre finden auf allen drei

Regierungsebenen zur Evaluierung und Beratung der Gesundheitspolitik so genannte Gesundheitskonferenzen statt.

Dezentralisierung bedeutet die Einbeziehung der Gemeinden und Bundesländer in die Gesundheitsversorgung. Die Gemeinden haben allmählich die Verantwortung für die Versorgung ihrer Bürger übernommen. Inzwischen bezieht die Dezentralisierung praktisch 99 % der 5.561 Gemeinden in das System ein (nur 23 kleine Gemeinden nehmen nicht am SUS teil).

Die Umstrukturierung des Gesundheitswesens hat zu wichtigen Änderungen in der politischen Machtverteilung und Verantwortlichkeit zwischen den Regierungsebenen geführt. Die forcierte Dezentralisierung übertrug Kompetenzen und Entscheidungsverantwortung auf die unteren Ebenen der Föderation. Die Gesundheitsbewegung verfolgte die Strategie einer Verlagerung der Verantwortung für die Gesundheitsversorgung auf die Gemeinde-Ebene, um sie damit dem starken Einfluss der überwiegend politisch konservativen Gouverneure in den einzelnen Bundesstaaten zu entziehen. Dabei ging man davon aus, dass die Verwaltung auf lokaler Ebene einen größeren Einfluss der Nutzer und eine Demokratisierung des Systems möglich macht.

Die Kompetenzbeschneidung auf Bundesstaatsebene brachte jedoch Probleme mit sich, insbesondere die Fragmentierung in verschiedene kleine kommunale Gesundheitssysteme und deren unzureichende Integration (Costa, Silva & Ribeiro 1999). Ein hierarchischer Aufbau des Gesundheitswesens nach Komplexitätsebenen ist ohne adäquate Beteiligung der Länder nur schwer zu gewährleisten.

Brasilien ist eine Bundesrepublik mit drei direkt gewählten Regierungsebenen: Bund, 26 Bundesstaaten (*estados*) und 5.561 Kommunen (*municípios*). Jede Regierungsebene hat eine Gesundheitsautorität sowie entsprechende Behörden, die für die Organisation des Gesundheitswesens auf ihrem Territorium verantwortlich sind, und verfügt über ein eigenes Gesundheitsbudget. Die meisten Gemeinden sind sehr klein: 73 % haben weniger als 20.000 Einwohner und sind nicht in der Lage, ein umfangreiches Leistungsspektrum anzubieten. Dafür ist zum einen die Kooperation zwischen den Kommunen und zum anderen auch die Koordination und die Beteiligung der Bundesstaaten erforderlich.

Die kommunale Selbständigkeit in der SUS-Verwaltung wird vom Bundesgesundheitsministerium in zwei Stufen reglementiert: die erste Stufe umfasst nur das Management der ambulanten Grundversorgung (*gestão da atenção básica*) und die zweite Stufe umfasst zusätzlich die Verwaltung der komplexeren Teile des Gesundheitssystems (*gestão plena do sistema municipal*). Die Kommunen bekommen finanzielle Transfers der Bundesregierung gemäß ihrer Management-Stufe.

Neun von zehn brasilianischen Kommunen (4.952 von 5.561), in denen allerdings nicht einmal die Hälfte der Bevölkerung lebt, beschränken ihr Angebot auf die erste Stufe und verwalten und bieten nur die medizinische Grundversorgung. Für die Einwohner dieser Kommunen erhalten die Staaten vom Bund Mittel zur Krankenhausversorgung und übernehmen die Bezahlung der entsprechenden Leistungsträger. Heute gibt es praktisch einen flächendeckenden Basisgesundheitsdienst mit Gesundheitsposten und -zentren, die zum größten Teil den Gemeinden gehören. Neben Präventionsmaßnahmen haben die Bürger dort Zugang zu kinderärztlichen, gynäkologischen und allgemeinmedizinischen Behandlungen.

586 größere Städte sind in der zweiten Management Stufe und verwalten sowohl den ambulanten als auch den stationären Teil des Gesundheitswesens. Sie bieten ihren Einwohnern auch komplexere medizinische Leistungen, wofür sie entsprechende Transfers vom Bund erhalten.

Um politische Kompromisse zwischen den drei Verwaltungsebenen zu ermöglichen und die Kooperation im Gesundheitssektor zu fördern, wurden ein Interinstitutioneller Dreiparteienausschuss (*Comissão Intergestores Tripartite*) und in jedem Bundesstaat zweigliedrige Ausschüsse gegründet. Der Dreiparteienausschuss ist paritätisch zusammengesetzt mit Vertretern des Bundesministeriums für Gesundheit, den Vorsitzenden des Nationalrates der Gesundheitsminister der Länder (CONASS) und den Vorsitzenden des Nationalrats der Gemeindegesundheits-Sekretäre (CONASEMS). Diese Räte der Gesundheitssekretäre sind wichtige, neue soziale Akteure, die während der Einführung des SUS entstanden sind. Der dreigliedrige Ausschuss bestimmt den Umfang der Bundestransfers an jedes Bundesland und entscheidet über die Autonomie der einzelnen Gemeinden in der SUS-Verwaltung.

4. Implementierung des SUS in den 90er Jahren

Die Einführung des Einheitlichen Gesundheitssystems SUS erleichterte den Zugang benachteiligter gesellschaftlicher Gruppen zur gesundheitlichen Versorgung, brachte neue gesellschaftliche Instanzen auf den Plan und stärkte die Position der Zivilgesellschaft. Aber die Implementierung des am britischen National Health Service orientierten SUS in den 90er Jahren fand unter politisch und ökonomisch ungünstigen Bedingungen statt. Die Ausweitung des Mitgliederkreises war nicht ausreichend finanziert, so dass gravierende Probleme beim Leistungsangebot und der Qualität bestehen blieben.

Im Jahrzehnt neoliberaler Reformen genossen das Stabilitätsprogramm sowie die strukturelle Anpassung an die globalisierte Weltwirtschaft absoluten Vorrang in der Regierungspolitik. Dazu gehörten der Abbau der Handelsschranken und die finanzielle Öffnung des Landes, eine monetaristische Geld- sowie eine Hochzinspolitik zum Anziehen von Auslandskapital, die Privatisierung staatlicher Betriebe und Einrichtungen sowie öffentlicher Dienste wie Telekommunikation und Energieversorgung. Der Staat zog sich immer mehr aus bestimmten Bereichen zurück und reduzierte die öffentlichen Ausgaben vor allem im Sozial- und Gesundheitswesen. In Folge der Hochzinspolitik sind die Schulden der öffentlichen Hand stark gestiegen, und die angefallenen Zinszahlungen haben die Einnahmen aus der Privatisierung staatlicher Betriebe aufgeessen.

Ende der 80er Jahre erfolgte eine starke Erhöhung des Gesundheitsbudgets, doch in der ersten Hälfte der 90er Jahre gingen die öffentlichen Ausgaben für Gesundheit im Zuge der Strukturanpassungspolitik wieder zurück. Erst ab 1995 begannen sie langsam wieder zu steigen.

Dieser Anpassungspolitik zum Trotz konnte sich das SUS in Brasilien unter den unterschiedlichen Regierungen weiter entwickeln, allerdings in wechselnder Geschwindigkeit und mit Rückschlägen. In jedem Fall betrachtet heute jede Gemeinde das Gesundheitswesen als wesentlichen Bestandteil ihrer Aufgaben. Einige Kommunen, die eine Regierung mit sozialer Verantwortung haben, zeigen trotz knapper Mittel Initiative, indem sie die Versorgung in den armen Stadtvierteln ausbauen, stärker in den Gesundheitssektor investieren, das Gesundheitswesen besser organisieren und sich bemühen, bedürftigen Menschen den Zugang zu allen Ebenen der Versorgung, zu Fachärzten und kostenintensiven Untersuchungen zu ermöglichen. Allerdings verursachte der wachsende Anteil von Bürgern mit zusätzlicher privater Krankenversicherung gleichzeitig eine neue Segmentierung.

Segmentierung und Privatisierung

Zurzeit besitzt ein Teil der formal Beschäftigten einen privaten Krankenversicherungsvertrag, so genannte *planos de saúde*, ein großer Teil davon bei einer Art *Health Maintenance Organisation* (HMO). Die meisten privat Versicherten (65 %) sind über ihren Arbeitsplatz abgesichert, das heißt, der Arbeitgeber schließt für die gesamte Belegschaft einen Kollektivvertrag mit einem Versicherungsunternehmen ab und bezahlt in der Regel einen Teil der Beiträge, in manchen Fällen zahlen aber auch die Arbeitnehmer alleine. Ein kleinerer Teil der Privatversicherten versichert sich individuell, unabhängig vom Beschäftigungsverhältnis. Heute sind etwa 22 % der brasilianischen Bevölkerung privat krankenversichert,⁴ wobei

⁴ 37 Millionen Einwohner sind bei 2.304 Gesundheits-Versicherungsträgern versichert.

große Unterschiede zwischen den einzelnen Bundesstaaten und Kommunen bestehen. Die Steuerabzugsfähigkeit der Prämie zu den Privatversicherungen stellt einen indirekten staatlichen Anreiz für die Nachfrage nach privaten Krankenversicherungspolice dar. In Folge neuer Regelungen für Krankenversicherungen und steigender Arbeitslosigkeit ist die Zahl der Kunden privater Assekuranzunternehmen allerdings seit kurzem tendenziell rückläufig.

Die Erhöhung des Anteils der Privatversicherten durch indirekte staatliche Anreize bedeutet auch eine teilweise Privatisierung der Gesundheitsversorgung. Die Privatisierung drückt sich weiterhin in einer Verringerung der Anzahl von öffentlichen Angestellten und Beamten in Gesundheitsbereich aus. Neben *contracting out*, geringen Löhnen und 7 Jahren Nullrunden für die Beschäftigten im öffentlichen Dienst wurden in vielen Gemeinden Zeitverträge mit sehr beschränkten Arbeitsrechten abgeschlossen. Schließlich haben einige der Krankenhäuser ihre Verwaltungsform verändert. Sie wurden in autonome Organisationen verwandelt, die nun eigene Geldmittel sicherstellen müssen und somit Leistungen auf dem Markt anbieten. Dies ist eine weitere allgemeine Tendenz der Gesundheitsreformen in Lateinamerika. Die neuen Verwaltungsformen führen jedoch nicht zu mehr Effizienz, wie beabsichtigt, sondern erschweren den Zugang, schaffen Ungerechtigkeit und Diskriminierung. Denn ein Teil der Betten wird für die Privatpatienten reserviert. So entstehen zwei verschiedene Aufnahmetüren in einigen Krankenhäuser, eine besser ausgestattete für die Privatversicherten und eine für die SUS-Benutzer. In Brasilien wurde im SUS jedoch nicht die Selbstbeteiligung eingeführt, wie in vielen Ländern Lateinamerikas. Indessen bestehen weiterhin große Versorgungsungleichheiten, Zugangs- und Finanzprobleme, die in den nächsten Abschnitten analysiert werden.

5. Finanzierung des SUS

Für die Finanzierung des SUS sind die drei Verwaltungsebenen zuständig.⁵ Mit dem Demokratisierungsprozess erfolgte eine partielle Dezentralisierung der öffentlichen Einnahmestruktur, die Kommunen erhielten einen größeren Anteil und gleichzeitig mehr Verantwortung. Heutzutage nimmt der Bund die meisten Steuern ein und verteilt sie unter den Bundesstaaten und Gemeinden. Gut die Hälfte der gesamten Steuereinnahmen (58 %) bleibt beim Bund, 25 % erhalten die Länder und 16 % gehen an die Kommunen. Zurzeit entfallen 54 % der Ausgaben des Einheitlichen Gesundheitssystems SUS auf den Bund, 19 % auf die Bundesstaaten und 28 % auf die Gemeinden.

⁵Das Steuereinnahmen-System ist in Brasilien zentralisiert.

Tabelle 5. Verteilung der gesamten öffentlichen Einnahmen und der Gesundheitsausgaben des SUS pro Regierungsebene in %, Brasilien, 1980, 1993, 1996

Regierungsebene	% öffentliche Einnahmen Insgesamt		% SUS - Gesundheitsausgaben
	1980	1993	1996
Bund	69	58	54
Länder	22	26	19
Kommunen	9	16	28
Insgesamt	100	100	100

Quelle: Costa et al. 2001; Piola & Biasoto 2001: 229

Die Finanzierung des Einheitlichen Gesundheitssystems aus verschiedenen Steuermitteln beruht in erster Linie auf den sozialen Beiträgen von Betrieben auf deren Erlösen (26 %) und Gewinnen (8 %) und einem provisorischen Beitrag auf alle Finanz/Banktransaktionen (37 %). Diese letzte Sonderabgabe schuf die Regierung speziell zur Finanzierung der Gesundheitsversorgung, gibt die Einnahmen aber auch für andere Zwecke aus.

Der Bund führt die SUS-Mittel nach verschiedenen Kriterien und auf verschiedenen Wegen an die Bundesstaaten und Gemeinden ab.

Bis Mitte der 90er Jahre richtete sich die Höhe der Überweisungen nach erbrachten Leistungen. Je größer das Leistungsangebot einer Gemeinde und die Inanspruchnahme ihrer Bürger war, desto mehr Bundesmittel erhielt die Kommunalverwaltung. Dies führte zu erheblichen Ungleichheiten in der Ressourcenallokation, so dass in der Folgezeit für jeden Bundesstaat eine allmähliche Anpassung der Budgets nach unterschiedlichen Leistungsbereichen stattfand. Heute ist zumindest teilweise eine andere, gerechtere Modalität in Kraft: Die Überweisung der Mittel für die Grundversorgung richtet sich nach der Einwohnerzahl und erfolgt auf der Grundlage einer jährlich festgelegten kleinen Kopfpauschale.

Tabelle 6. Indikatoren von Gesundheitsausgaben in Brasilien und Deutschland, 2000

Indikatoren	Brasilien	Deutschland
Gesundheitsausgaben SUS/GKV*	40 Milliarden Real (14,3 Milliarden Euro)	131 Milliarden Euro
Anteil der öffentlichen Gesundheitsausgaben an den gesamten Gesundheitsausgaben	60 %	72 %
Ausgaben von SUS und GKV in % des BIP	3,2	6,2
Ausgaben des SUS je Einwohner und der GKV je Versichertem	100 Euro	1 800 Euro

Quelle: Piola & Biasoto 2001; BMG 2001 - Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001

* GKV-Gesetzliche Krankenversicherung

Die öffentlichen Gesundheitsausgaben in Brasilien sind vergleichsweise niedrig. Im Jahr 2002 beliefen sich die SUS-Ausgaben auf rund 40 Milliarden Real, umgerechnet 14 Milliarden Euro. Damit machen die öffentlichen Ausgaben für das Gesundheitswesen etwa 3,2 % des Bruttoinlandsprodukts aus (Piola & Biasoto 2001: 229) und die Pro-Kopf-Ausgaben des SUS liegen unter 100 US-\$ (bzw. 260 Real von 2002). Bisher gibt es keine umfassende Statistik über die gesamten Gesundheitsausgaben, doch Schätzungen beziffern die öffentlichen Ausgaben auf rund 60 % der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen.⁶

Eine Verfassungsänderung (EC 29) koppelt seit 2000 die Entwicklung der Ausgaben des Bundesministeriums für Gesundheit an das jährliche Wirtschaftswachstum bzw. das Bruttoinlandsprodukt und schreibt ab 2004 eine enge Anlehnung der Gesundheitsausgaben von Ländern und Gemeinden an deren Einnahmesituation fest. Die Gemeinden sind dann verpflichtet, über die Bundestransfers hinaus mindestens 15 % und die Bundesstaaten 12 % ihrer eigenen Einnahmen für die Gesundheitsversorgung aufzuwenden. Damit sind die subnationalen Regierungsebenen verpflichtet, einige Ressourcen für die Gesundheitsversorgung zu verwenden.

Nach dieser Formel richten sich feste Einnahmen zur Gewährleistung der Ausgaben des SUS und sie trägt dazu bei, die Gesundheitspolitik gegenüber dem wirtschaftlichen Anpassungsprogramm zu verteidigen. Wenn dieses Gesetz wirklich in Kraft tritt, ist die Finanzierung des SUS sogar auf etwas höherem Niveau gesichert. Bis jetzt versuchte die Bundesregierung allerdings, durch eine umstrittene Interpretation der Gesetze ihrer Verantwortung auszuweichen. Bisher muss der Bundesgesundheitsminister jedes Jahr an der Auseinandersetzung über den Staatshaushalt und die Verteilung der fiskalischen Ressourcen teilnehmen und heftige Debatten mit dem Finanzminister führen. Dies zeigte sich auch in der jüngsten Auseinandersetzung zwischen Gesundheits- und

Finanzministerium über den Haushalt 2004, in der der Finanzminister die Mittel für das „Null-Hunger-Programm“ (*Fome Zero*) unter SUS-Ausgaben verbuchen und damit weniger Ressourcen für die Gesundheitsversorgung zur Verfügung stellen wollte, als im neuen Finanzierungsgesetz (Verfassungsänderung EC 29) vorgesehen. Der Gesundheitsbundesrat und die Gremien der Gesundheitsstaatssekretäre verteidigten die Einnahmen des SUS in ihrem vorgesehenen Umfang.

Es bleibt zu hoffen, dass die neue Regierung das Budget des Bundesgesundheitsministeriums erhöht. Es gehörte zu den Wahlversprechen der Arbeiterpartei (*Partido dos Trabalhadores - PT*), die neuen Verfassungsregeln für die Finanzierung des SUS einzuhalten.

6. Grundmerkmale des ambulanten Sektors

Die ambulante Versorgung in Brasilien zeichnet sich durch eine heterogene Angebotsstruktur aus. Beim SUS ist das Angebot durch Gesundheitszentren und Polikliniken bestimmt, die überwiegend (zu 76 %) in öffentlichem und zu 96 % in Gemeindebesitz sind. In diesen Einrichtungen sind Ärzte und Beschäftigte anderer Gesundheitsberufe Angestellte des öffentlichen Dienstes. Der Privatsektor besteht überwiegend aus Privatpraxen und -kliniken, die mehrheitlich Verträge mit privaten Krankenversicherungen abschließen.

Ohne Privatpraxen sicherten 2000 in Brasilien insgesamt 46.428 Gesundheitsposten bzw. -zentren und Polikliniken die ambulante Versorgung, 79 % davon im Rahmen des SUS. Die Arztdichte in Brasilien liegt im internationalen Vergleich im Mittelfeld und ist annähernd der in Großbritannien vergleichbar. Es gibt 1,9 Ärzte pro 1 000 Einwohner – allerdings bestehen auch hier enorme Unterschiede zwischen den verschiedenen Landesteilen und eine starke Konzentration in den großen Städten. So gibt es beispielsweise in Pará 0,6 und in der Bundeshauptstadt Brasília 5,5 Ärzte je 1.000 Einwohner. Besonders im Norden und in den ländlichen Gebieten des südamerikanischen Landes ist das Arztangebot ungenügend.

Labor-Untersuchungen und andere Diagnoseleistungen wie Röntgen und Ultraschall bieten in Brasilien überwiegend Spezialeinrichtungen und Labors an. Den Nutzern des SUS stehen Labors in Krankenhäusern und Gesundheitszentren sowie in privaten Einrichtungen zur Verfügung, die von der kommunalen Gesundheitsbehörde unter Vertrag genommen sind. Bei der Diagnostik ist das SUS-Angebot ungenügend und stellt seine Nutzer vor zunehmende Zugangsbarrieren. Im Unterschied zu den übrigen ambulanten Einrichtungen sind die Labors überwiegend privat (94 %) und nur ein Teil von ihnen (ca. 38 %) hat einen Vertrag mit dem

⁶ Nach anderen Schätzungen liegt der Anteil der öffentlichen Ausgaben nur bei 45 %.

SUS. Der Zugang zu den meisten Labors steht damit nur Bürgern mit einer privaten Zusatzversicherung oder für solche, die direkt bezahlen können, offen. Im Diagnosemethoden-Sektor ist das Entgeltsystem für private Anbieter entsprechend einzelner erbrachter Leistungen gestaltet.

Den Preis ambulanter Leistungen legt das Bundesministerium fest, aber die Gesundheitsbehörden der Gemeinde bzw. Städte können höhere Tarife bezahlen, um private Leistungserbringer unter Vertrag nehmen zu können. Viele Privatanbieter betrachten die vorgegebenen Preise als unzureichend und verlangen für einen Vertragsabschluss mit dem SUS bzw. den Gesundheitsämtern der Kommunen höhere Zahlungen. Im öffentlichen Sektor sehen die Gemeindehaushalte gesonderte Budgets für jedes ambulante Gesundheitszentrum und jede Poliklinik vor.

In Folge der Dezentralisation ist heute der größte Teil der öffentlichen Gesundheitseinrichtungen sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich im Besitz der Kommunen. Seit Ende der 80er Jahre wurden die öffentlichen Gesundheitseinrichtungen von Bund und Ländern den lokalen Regierungen der Städte und Gemeinden übertragen. Gleichzeitig schufen die Kommunen neue Leistungserbringer was in den letzten zehn Jahren zu einer deutlichen Ausweitung des öffentlichen Angebots geführt hat. Die Anzahl der öffentlichen ambulanten Versorgungseinrichtungen stieg um 40 %, mehr als zehntausend neue Gesundheitszentren wurden eröffnet, so dass sich ihre Zahl von 24.960 im Jahr 1992 bis 2002 auf 35.086 erhöhte. Das führte insbesondere in den kleinen Städten und ländlichen Gemeinden zu einer spürbaren Verbesserung des Zugangs zur Grundversorgung.

Betrachtet man die Entwicklung zwischen 1989 und 1997, zeigt sich vor allem im Nordosten, der ärmsten Region Brasiliens, eine eindeutige Zugangsverbesserung für das einkommensschwächste Bevölkerungsdrittel (Travassos et al. 1998). An dieser Stelle sei noch einmal auf das dreimal höhere Pro-Kopf-Einkommen im Südosten, der reichsten Region Brasiliens, im Vergleich zum armen Nordosten hingewiesen. Schließlich bestehen zwischen den verschiedenen Bundesstaaten Einkommensunterschiede bis zum Faktor zehn wie z.B. zwischen Brasilia und Maranhão. Wesentliche Merkmale des ambulanten Sektors in Brasilien zeigt die folgende Tabelle.

Tabelle 7. Grundmerkmale und Indikatoren des ambulanten Sektors, Brasilien und Deutschland, 2000 (ca.)

Merkmale	Brasilien	Deutschland
Angebot	Heterogen	homogen
Leistungsträger	Gesundheitszentren Polikliniken Kliniken Arztpraxen	Arztpraxen (70 % Einzel-Praxen)
Anzahl der Einrichtungen	46.428 Gesundheitszentren und Kliniken	115.445 Vertragsärzte
Eigentum	76 % staatlich, davon 96 % kommunal	privat
Beschäftigungsverhältnis SUS / GKV*	Angestellte des öffentlichen Dienstes	Selbständige, organisiert in KVen **
Anteil SUS / GKV Angebot	79 % von Gesundheitszentren und Kliniken	97 % der im ambulanten Bereich tätigen Ärzte sind niedergelassen
Arztdichte pro 1.000 Einwohner Einwohner je berufstätigem Arzt	1,9/1 000 (0,6 AP - 5,5 DF) ⁷ 526 Einwohner/Arzt	3,7/1.000 279 Einwohner/Arzt (188 Hamburg bis 359 Brandenburg)
Arztbesuch je Einwohner	2,4 (SUS) (1,3 PA – 3,1 RJ)	12,8 (1992 West) 6,5 Fälle/Versichertem
Entgeltssystem	Haushalt/Budget jeder Einrichtung	Einzelleistungen Praxis-Budget
Innovation im Versorgungsmodell	Priorität: Vorsorge Familiengesundheitsprogramm – PSF *** 17.610 PSF-Teams für 55 Millionen Bürger	Hausarztmodell Disease Management Program Integrierte Versorgung

Quelle: MS/Datasus 2003; BMG, 2001.

* GKV – Gesetzliche Krankenversicherung; ** KVen – Kassenärztliche Vereinigungen; PSF – Programa de Saúde da Família (Familiengesundheitsprogramm)

Zurzeit erfolgen verschiedene Neuerungen in der Organisationsstruktur des ambulanten Sektors des SUS. Bis jetzt gibt es kein gut organisiertes *Gatekeeper-System*, aber die Einrichtungen der Grundversorgung (Gesundheitsposten und -zentren) sollen das Eingangstor zum Gesundheitssystem sein. Einige Städte organisieren ihre Gesundheitseinrichtungen in einem integrierten Netz: für Facharztbesuche in einer Poliklinik ist die Überweisung eines Arztes der Grundversorgung erforderlich. Zur Verzahnung der Grund- und Facharztversorgung entstanden Überweisungszentralen die den Einrichtungen der Grundversorgung für die Vereinbarung von Facharztterminen zur Verfügung stehen. Bisher waren die Patienten gezwungen, selber eine Poliklinik zu suchen und sich um einen

⁷ Bundesländer: AP – Amapá; DF – Distrito Federal; Pa – Pará; RJ – Rio de Janeiro

Termin zu kümmern. Dazu müssen die Bürger früh aufstehen, sich in einer langen Schlange einreihen und es oftmals mehrfach versuchen, um überhaupt einen Termin zu bekommen.

In letzter Zeit ist die Zahl der Arztbesuche je Einwohner bei weiterhin niedrigem Niveau im internationalen Vergleich leicht angestiegen. Die durchschnittliche Anzahl der Konsultationen im Rahmen des SUS liegt bei 2,4 pro Einwohner und Jahr (GB: 5,4; BRD: 6,5 Fälle/Versicherter). Es bestehen weiterhin große Unterschiede zwischen unterschiedlichen Landesteilen und Bundesstaaten: 1,3 Arztbesuche je Einwohner im nördlichen Pará stehen 3,1 Konsultationen in Rio de Janeiro gegenüber. Die Inanspruchnahme unterscheidet sich auch deutlich zwischen den verschiedenen sozioökonomischen Bevölkerungsschichten: Je höher die Einkommen, desto häufiger nehmen die Bürger ambulante Versorgungseinrichtungen in Anspruch (MS/Datasus/PNAD 1998). Trotz der Schwierigkeit beim Zugang zu fachärztlichen und Laborleistungen ist mit 73 % aller Arztbesuche der überwiegende Teil der ambulanten Versorgung in Brasilien durch das SUS finanziert (MS/Datasus/AMS, 2003).

Familiengesundheitsprogramm – PSF

Besonderes Gewicht liegt derzeit im Rahmen der Grundversorgung auf dem so genannten Familiengesundheitsprogramm, einem *primary care*– and *Public Health*–Konzept, das eine grundsätzlich andere Denkweise im Gesundheitswesen bedeutet. Das *Programa de Saúde da Família* (PSF) sieht ein neues Versorgungsmodell mit besserer Organisation der Nachfrage vor, das so genannte strukturierte Nachfrageverhalten. Es soll bestimmten Bevölkerungs- und Patientengruppen in der Versorgung Vorrang einräumen sowie die Prävention stärken. Gesundheitsversorgung soll nicht erst bei Krankheit beginnen, sondern im Sinne von Vorbeugung und Gesundheitsförderung bereits vorher einsetzen.

Das Familiengesundheitsprogramm verfolgt das Ziel, das Gesundheitssystem auch für die ärmsten Bevölkerungsteile zu öffnen. Dazu entstehen eigens PSF-Teams, die für jeweils rund 900 Familien in einem Stadtteil verantwortlich sein sollen. Diese Gesundheitsteams setzen sich zusammen aus einer Allgemeinmedizinerin oder einem Allgemeinmediziner (Vollzeit, 40 Stunden pro Woche), einer Krankenschwester, einem Zahnarzt, zwei Krankenpflegehelfern und fünf Gesundheitsarbeitern aus der Gemeinde. Der Arzt soll Hausarzt (Allgemeinmediziner) mit Verantwortung für die ganze Familie sein. Dieses Gesundheitsteam soll als *gatekeeper* oder Lotse den Zugang zum Gesundheitssystem lenken und die Nutzerinnen hindurchleiten. Ziel ist die bessere Verzahnung der Grundversorgung mit den komplexeren Versorgungsebenen – also mit Fachärzten, Krankenhäusern und hoch spezialisierten Einrichtungen – durch ein festgelegtes Überweisungssystem.

Dazu wird eine Übersicht über besondere Gesundheits- und soziale Probleme jedes Stadtviertels erstellt, wobei das Team mit anderen Institutionen des öffentlichen Dienstes wie Schulen, Wasserwerken, Müllabfuhr, Transport, Bauamt und anderen zusammenarbeitet. Die Gesundheitsarbeiter aus der Gemeinde sollen kollektive Public-Health-Arbeiter für die Gemeinschaft sein. Sie besuchen jede Familie einmal pro Monat, klären über präventive Maßnahmen auf, wiegen die Kinder, kontrollieren die Impfungen, begleiten die Schwangeren, DiabetikerInnen sowie BluthochdruckpatientInnen und sollen Patientengruppen gestalten (Escorel et. al. 2002).

Bis 2003 ist das Programm in 90 % aller Gemeinden teilweise implementiert und es gibt 17.610 solcher Teams, die circa 55 Millionen Bürger versorgen sollen. Die neue Bundesregierung will das Familiengesundheitsprogramm in den vier Jahren bis zum Ende ihrer Amtsperiode 2007 so weit ausbauen, dass die Versorgung von 100 Millionen Einwohnern gewährleistet ist. Dafür wurde mit Finanzierung der Weltbank ein Projekt zum Anreiz der Ausweitung des Familiengesundheitsprogramms in den großen Städten durchgesetzt und die bundesfinanziellen Anreize für die Kommunen erhöht.

Eine andere wichtige Maßnahme der Lula-Regierung ist die Forderung nach formalen Beschäftigungsverhältnissen für alle Mitarbeiter des Familiengesundheitsprogramms. Nur Gemeinden, die eine vertragliche Regelung der Arbeitsverhältnisse zusichern, können die finanziellen Fördermittel für dieses Programm in Anspruch nehmen. Viele Stadtverwaltungen haben in den letzten Jahren mit den Beschäftigten im öffentlichen Gesundheitssektor bedenkliche Zeitverträge mit sehr eingeschränkten Arbeitsrechten und vor allem ohne Sozialversicherung abgeschlossen. Da dies unmittelbar die Nachhaltigkeit eines solchen sozialpolitischen Programms gefährdet, dringt die neue Regierung verstärkt darauf, die Arbeitsverhältnisse im öffentlichen Gesundheitsdienst vertraglich zu regeln.

Es bleibt abzuwarten, ob sich das Familiengesundheitsprogramm tatsächlich mit den komplexeren Versorgungsniveaus verzahnen lässt und verbesserten Zugang zu allen erforderlichen medizinischen Behandlungen gewährleisten kann, oder ob es bloß einen geringeren und mageren Leistungskatalog für arme Leute bietet, sozusagen eine Medizin zweiter oder dritter Klasse.

Einige Aspekte des Familiengesundheitsprogramms wie die Priorisierung der Grundversorgung und die Fokussierung auf die ärmsten Bevölkerungsschichten decken sich mit den Vorschlägen multilateraler Organisationen wie z.B. der Weltbank, die einen eingeschränkten Grundleistungskatalog für die Armen empfehlen. Bei Fortsetzung der bisherigen Wirtschaftspolitik und des Strukturanpassungsprogramms ist nicht

auszuschließen, dass vom Familiengesundheitsprogramm nicht mehr als das Weltbankrezept übrig bleibt.

7. Grundmerkmale des stationären Sektors

Das SUS-Angebot im stationären Sektor setzt sich aus öffentlichen wie aus privaten Krankenhäusern zusammen, wobei das Angebot im stationären Bereich im Unterschied zum ambulanten Sektor überwiegend privat ist. 65 % der 7.400 Krankenhäuser und 70 % der 485.000 Klinikbetten waren 2002 unter privater Leitung. Die Privatkliniken müssen einen Vertrag mit der Gesundheitsbehörde ihrer Stadt bzw. ihrer Region schließen. Rund 80 % aller Krankenhäuser in Brasilien beteiligen sich am SUS.

Ähnlich wie in Deutschland fand auch in Brasilien in den letzten Jahrzehnten ein allgemeiner Bettenabbau statt, der allerdings unterschiedliche Auswirkungen auf das private und das staatliche Krankenhausangebot hatte. Die private Bettenzahl sank, während sie im öffentlichen Sektor stieg. Zwischen 1989 und 2002 ist die Zahl öffentlicher Krankenhäuser um 27 % und der öffentlichen Klinikbetten um 22 % gestiegen. In dieser Zeit entstanden annähernd 500 neue öffentliche Krankenhäuser, die meisten mit bis zu 50 Betten (MS/DATASUS/AMS 2002).

Diese Ausweitung der Anzahl kleiner öffentlicher Krankenhäuser ist eine Konsequenz der fortschreitenden Dezentralisation, durch die die Gemeinden die Verantwortung für die Gesundheitsversorgung übernehmen. Die wachsende Zahl kleinerer Krankenhäuser verbessert zwar den Zugang vor allem in ländlichen Gebieten, aber dieser ungeplante Ausbau des stationären Versorgungsnetzes führt bisweilen aufgrund ungenügender Kooperation zwischen den Städte bzw. Gemeinden zu einer Atomisierung des Systems und zu Doppelungen des Angebots.

Es herrscht kein Einvernehmen darüber, ob die Bettendichte, die mit 2,9 pro 1.000 Einwohner international im Mittelfeld liegt, ausreichend ist. Im Vergleich zu Deutschland und anderen westeuropäischen Ländern ist dieser Wert sehr niedrig. Allerdings bestehen in Brasilien die extremen regionalen Unterschiede und eine deutliche Unterversorgung im Norden. Die Bettendichte des SUS schwankt zwischen 1,6 Betten/1.000 Einwohner im Bundesstaat Amazonas und 3,8 im Bundesstaat Rio de Janeiro.

Eine direkte Aufnahme in ein Krankenhaus gestattet das SUS nur in Notfällen. Für sonstige stationäre und insbesondere Elektivaufnahmen beispielsweise für eine planbare chirurgische Operation, ist in aller Regel eine fachärztliche Überweisung und eine vorherige Bewilligung

durch die Gesundheitsbehörde notwendig. In der Praxis nutzen aber viele Patienten den Krankenhausnotdienst für ambulante Behandlungen.

Rund 20 Millionen Patienten werden jedes Jahr im Krankenhaus behandelt. Für 13 Millionen bzw. 68 % übernimmt das SUS die Finanzierung (MS/Datasus/AMS 2002). Die Rate der Krankenhausbehandlungen liegt mit 11,4 pro hundert Einwohner ebenfalls im mittleren Bereich, wobei starke Unterschiede zwischen Bürgern mit privater Zusatzversicherung und ausschließlich auf das SUS angewiesenen Personen bestehen. 100 Brasilianer mit privater Krankenkassenpolice nehmen im Durchschnitt 13,7, die gleiche Zahl von SUS-Nutzern aber nur 9,8 Krankenhausbehandlungen pro Jahr in Anspruch.

Tabelle 8. Grundmerkmale des stationären Sektors (Krankenhäuser), Brasilien und Deutschland, 2000 (ca.)

Merkmale	Brasilien	Deutschland
Krankenhäuser Anzahl	7.397	2.252
Bettenanzahl	484.945(?)	565.270
Eigentum		
% öffentliche Krankenhäuser	35 % (?)	–
% öffentliche Betten	29,6 % (?)	50,8 %
Anteil der Krankenhäuser mit Vertrag mit SUS/GKV	80 %	97 %
Betten je 1 000 Einwohner	2,9/1 000 (1,6 AM – 3,8 RJ)	6,4/1 000
Fallzahlbehandlungen im KH	20.016.739	16.260.854
% finanziert durch SUS	68 %	
Fallzahl je 100 Einwohner	11,4 %	19,8 %
Fallzahl SUS je 100 Einwohner	6,8 %	
Fallzahl je 100 zusätzl. Privatversicherten	13,7 %	–
Fallzahl je 100 ausschließlich SUS-Versicherten	9,8 %	
Vergütungssystem	DRG Budget öffentliche KH	Tagesgleiche Pflegesätze DRG

Quelle: BMG2001 - Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001; MS/DATASUS/AMS 2002; MS/DATASUS/IDB.

Die Zahl der stationären Behandlungen hat in den letzten Jahren beim SUS sogar noch abgenommen. Dazu trug die Festlegung von Krankenhausbudgets für jeden Bundesstaat ebenso bei, wie technische Neuerungen, etwa ambulantes Operieren, die eine Verlagerung bestimmter Leistungen vom Krankenhaus zur Poliklinik ermöglichten.

Es bestehen jedoch Hinweise auf Unterversorgung in einigen Leistungsbereichen beispielsweise bei Katarakt-, Hernien- oder Prostataoperationen. In Zusammenarbeit mit den Fachärztesgesellschaften gab es in den letzten Jahren Kampagnen zur Vergrößerung des Angebots an diesen Operationen. Die Länge der Wartelisten ist allerdings unbekannt, weil

nur wenige Städte schon ein computergestütztes Referenzsystem organisiert haben, mit dessen Hilfe sich Nachfrage und Wartezeit berechnen ließen.

Die Ärzte arbeiten in den Krankenhäusern als Teilzeitangestellte oder Belegärzte, ihre Bezahlung hängt also von der erbrachten Leistung ab. In der Regel hat ein Arzt in Brasilien mehrere Stellen. Seit Mitte der 80er Jahre, also noch in Zeiten des Renteninstituts, bestand im öffentlichen Krankensektor ein prospektives Vergütungssystem in dem die Abrechnung nach Fallpauschalen und diagnosebezogenen Gruppen (DRG) erfolgte. Dieses Honorierungsmodell führte zur Spezialisierung einiger privater Krankenhäuser auf Behandlungen mit höheren Fallpauschalen und zur Schließung von weniger lukrativen, aber medizinisch nicht weniger notwendigen Abteilungen. In den letzten Jahren haben mehrere Privatkrankenhäuser im Süden und Südosten die Verträge mit SUS gekündigt. Sie behandeln seitdem ausschließlich Patienten mit einer privaten Police.

Ein anderes Problem stellt die Ungleichbehandlung von privaten und SUS-Patienten dar, die in etlichen Krankenhäusern zu beobachten ist, wo die Behandlung von Privatpatienten nicht selten in besser ausgestatteten Abteilungen desselben Krankenhauses erfolgt.

Beim SUS besteht im stationären Sektor eine Trennung zwischen Finanzierung und Leistungserbringung, die aber weder mehr Effizienz noch bessere Kontrolle über den Leistungsträger bringt, so wie es die marktorientierten Gesundheitsreformer versprechen. Das überwiegend private Angebot verhindert den Wettbewerb zwischen öffentlichen und privaten Krankenhäusern. In vielen Gemeinden besitzt das einzige private Krankenhaus am Ort das Versorgungsmonopol und erschwert es den lokalen Regierungen, Angebot und Leistungen ausreichend zu regulieren. Daher bemüht sich die neue Regierung um die Überwindung regionaler Ungleichheiten im Angebot bestimmter Versorgungsbereiche des stationären Sektors. So erhielten in diesem Jahr beispielsweise Krankenhäuser in den chronisch unterversorgten Städten des Nordostens zusätzliche Intensivbetten.

III. PERSPEKTIVEN DER AKTUELLEN REGIERUNG

Trotz der vielen Probleme und der neoliberalen Strukturanpassungspolitik konnte sich in Brasilien das Gesundheitssystem unter verschiedenen Regierungen weiterentwickeln. Heute betrachten immerhin 5.500 Gemeinden die Gesundheitsversorgung ihrer Bevölkerung als wesentlichen Bestandteil ihrer Aufgaben. Die gesellschaftliche Partizipation nahm schrittweise zu und die Bürger haben heute erheblich größere Möglichkeiten, an den gesundheitspolitischen Entscheidungen teilzunehmen. Aus einer strukturellen *big-bang*-Reform Ende der 80er Jahre entwickelte sich eine allmähliche und anhaltende Reform des brasilianischen Gesundheitswesens.

Wie oben erwähnt, bestehen weiterhin große Probleme und Herausforderungen für die neue Regierung: knappe Ressourcen, starke Ungleichheiten des Angebots und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in verschiedenen Regionen, ungenügende Verzahnung zwischen Grund-, Facharzt- und Krankenhausversorgung mit Zugangsbarrieren bei der Sekundärversorgung, Qualitätsmängel, geringe Kooperation zwischen den Kommunen und noch unzureichende Betonung von Vorsorge und Gesundheitsförderung im Sinn verstärkter intersektorieller Zusammenarbeit der verschiedenen öffentlichen Verwaltungsbereiche.

Heute bilden engagierte Mitglieder der Gesundheitsbewegung der 80er Jahre das neue Kabinett des Bundesgesundheitsministeriums. Es ist eine Gruppe mit großer Sachkenntnis und Erfahrung in der Verwaltung des Gesundheitssystems, die zudem hinter den Prinzipien des SUS steht. Sowohl Kontinuität (im positiven Sinn) als auch neue Prioritäten lassen sich in der Gesundheitspolitik der Lula-Regierung erkennen, nämlich Kontinuität bei der Durchsetzung der verfassungsmäßigen Prinzipien des SUS und des Vorrangs für eine bessere Gesundheitsversorgung. Die Übernahme der Regierung durch die Arbeiterpartei (Partido dos Trabalhadores – PT) auf Bundesebene bedeutete auch einen wichtigen Machtwechsel im Gesundheitssektor.

1. Prioritäten

Die Prioritäten der neuen Regierung in der Gesundheitspolitik beziehen sich auf vier Bereiche: 1. Verbesserung der Gesundheitsversorgung, 2. Intensivierung der Gesundheitsaufsicht, 3. Stärkung der demokratischen Verwaltung und 4. Formulierung einer adäquaten Personalpolitik für alle SUS-Beschäftigten.

➤ **Ausweitung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung einschließlich Arzneimittelversorgung und Qualitätsverbesserung in der medizinischen Versorgung:**

Zur Verbesserung der Arzneimittelversorgung erfolgen die Ausweitung des Generika-Programms, die Herstellung von Medikamenten durch staatliche Betriebe zur Gewährleistung niedriger Preise zur Regulierung des Marktes sowie die Gründung von Volksapotheken. Gleichzeitig soll das Familiengesundheits-Programm bis 2007 die Versorgung von 100 Millionen Menschen gewährleisten können. Investitionen in die Sekundärversorgung sollen regionale Ungleichheiten des Versorgungsangebots überwinden.

➤ **Intensivierung der Kontrolle von endemischen Krankheiten und Surveillance:**

Eine Prioritätenliste der wichtigsten Gesundheitsprobleme soll die zentralen Herausforderungen aufdecken, und in der Gesundheitsvorsorge soll die sektorübergreifende Zusammenarbeit Vorrang haben.

➤ **Stärkung der demokratischen Verwaltung beim SUS:**

Zur Verbesserung der sozialen Partizipation soll wurde ein neues Referat im Gesundheitsministerium eingerichtet. Im Dezember 2003 fand eine außerordentliche Bundeskonferenz für Gesundheit statt, die Zielsetzungen für das SUS formulierte. Die vom Bundesministerium aufgestellten Thesen wurden auf der lokalen Ebene in den meisten der 5.500 Gemeinden diskutiert. Das Thema lautete „Gesundheit als soziales Recht und staatliche Pflicht: Das SUS, das wir haben, und das SUS, das wir wollen.“

➤ **Formulierung einer Personalpolitik für SUS-Beschäftigte:**

Verschiedene Maßnahmen sollen die Berufslaufbahnen für SUS-Mitarbeiter bundesweit festlegen und vereinheitlichen. Vereinbarungen zwischen den SUS-Arbeitgebern und SUS-Beschäftigten sollen auf Bundesebene verhandelt werden. Zudem sind die Überwindung der prekären Arbeitsverhältnisse beim SUS-Familiengesundheitsprogramm und ein verstärktes Weiterbildungsangebot an die Mitarbeitern vorgesehen.

Die neue Regierung ist erst seit Anfang 2003 im Amt und die Durchsetzung der Maßnahmen erfolgt langsam. Die ersten Monate dienten zu den erforderlichen Änderungen in der Arbeit und Struktur des Bundesgesundheitsministeriums. Die neue Gliederung des Ministeriums

entspricht den oben genannten prioritären vier Politikbereichen und erlaubt zudem eine bessere interne Integration.

2. Probleme und Herausforderungen

Die neue Regierung steht vor dem Widerspruch, ihre Sozialpolitik auszubauen und gleichzeitig die restriktive Wirtschafts- und Finanzpolitik fortzuführen. Zur Erläuterung der aktuellen Perspektiven und Widersprüche der neuen Regierung erscheinen die folgenden Punkte von besonderer Bedeutung.

Erstens ist es wichtig zu verstehen, dass die derzeitige Regierung Brasiliens aus einer Koalition besteht. Im Unterschied zu Deutschland muss sie andauernd politische Verhandlungen mit dem Kongress zu führen, um Mehrheiten für die Gesetzesvorhaben zu erreichen. Das Parlament ist weiterhin von konservativen Kräften dominiert, was die Möglichkeiten radikaler, innovativer Politik begrenzt.

- Es war Lulas vierte Präsidentschaftskandidatur, und er hatte angekündigt, nicht noch einmal kandidieren zu wollen, ohne wirkliche Chancen auf einen Wahlsieg zu haben. Daher bemühte er sich schon frühzeitig um neue Allianzen, um die politische Unterstützung der Mittelschicht zu gewinnen und die Medien nicht in dem Maße gegen sich aufzubringen wie in den drei vergangenen Wahlkämpfen.
- Gleich zu Beginn ihrer Kampagne ging die Koalition aus Arbeiterpartei (PT) und verschiedenen kleinen Linksparteien eine Allianz mit der Liberalpartei ein, die auch den Vizepräsidenten stellt. Dieser brasilianische Industriemanager ist ein Symbol für das Bündnis zwischen der PT und den Vertretern des nationalen Kapitals. Diese Fraktion des brasilianischen Unternehmertums verfolgte während der Globalisierung in den letzten Jahren eine Änderung der Wirtschaftspolitik und war an einer solchen Allianz interessiert, auch wenn damit eine neue Sozialpolitik mit verstärkter Einkommensumverteilung und der Abschaffung vieler angestammter Privilegien verbunden war. Ein wichtiges Motiv für diese Haltung von Teilen der brasilianischen Elite lag in den zunehmenden sozialen Konflikte, die sowohl in organisierter Form auftrat, vor allem von Seiten der Landlosenbewegung (*Movimento Sem Terra* - MST), als auch in Form von allgemeiner Kriminalität und städtischer Gewalt.
- Für den zweiten Wahlgang⁸ waren weitere Allianzen erforderlich, um Lula und seiner Regierung die Mehrheit im Kongress zu sichern. Die Koalition aus Arbeits- (PT) und

⁸ Bei Präsidentschaftswahlen sind in Brasilien zwei Wahlgänge erforderlich, wenn kein Kandidat im ersten Durchgang mehr als 50 % der Stimmen bekommt. Bei der Stichwahl treten jeweils die beiden Kandidaten mit den meisten Stimmen gegeneinander an.

Liberalpartei (PL) unterstützten nunmehr auch die linken Zentrumsparteien, die mit ihren Kandidaten gescheitert waren. Allerdings ist diese Koalition nicht sehr stabil und erfordert für die weitere Regierungszeit ständige Nach- und Neuverhandlungen.

- Als die Wahl näher rückte und Lulas klare Favoritenrolle immer unübersehbarer wurde, begann ein regelrechter „Finanzterror“: Die Landeswährung Real verlor gegenüber dem Dollar deutlich an Wert und die öffentlichen Diskussionen über die Gefahr einer drohenden Finanzkrise wie in Argentinien waren allgegenwärtig. Gemeinsam mit den anderen Koalitionsparteien gab die Lula-Partei PT daraufhin eine offizielle Erklärung ab (*Carta ao Povo Brasileiro* – Brief an das brasilianische Volk), in der sie ihre Bereitschaft erklärten, eine Reihe von finanzpolitischen Maßnahmen der Vorgängerregierung beizubehalten und deren vertragliche Bindungen einzuhalten. Damit sicherten sie vor allem eine strenge Inflationskontrolle, Zurückhaltung bei den öffentlichen Ausgaben und die Weiterzahlung von Finanzverträgen, die mit den Staatsschulden assoziiert sind mit hohen, teilweise über 20 % pro Jahr liegenden Zinssätzen.
- Diese politische Vereinbarung ist von zentraler Bedeutung, um die wichtigsten Widersprüche der aktuellen Regierungspolitik zu verstehen. Sie machte nicht nur einen relativ leichten Wahlsieg möglich, sondern verhinderte auch und vor allem die befürchtete große Kapitalflucht aus Brasilien. Die Lula-Regierung trat im Januar 2003 ihr Amt an, und das Kabinett spiegelt das dargestellte Bündnis wider. Ein Großteil der Ministerien besetzen heute sehr engagierte, links orientierte Politiker, so auch im Gesundheits- und Umweltressort.⁹ Gleichzeitig übernahm ein bekannter brasilianischer Unternehmer das Ministerium für Entwicklung, Industrie und Außenhandel, und der Präsident der brasilianischen Zentralbank ist ein ehemaliger Manager einer internationalen Privatbank, der eine marktradikale Politik verfolgt. In den ersten neun Monaten ihrer Amtszeit gab die Regierung der Sanierung der Staatsfinanzen Vorrang gegenüber der Umsetzung des Reformprogramms der Arbeitspartei und konnte dadurch die ökonomischen Stabilitätsziele (Steuerüberschuss, Exportsteigerung, Inflationskontrolle) recht erfolgreich umsetzen und zugleich die Staatsausgaben stark kontrollieren. Dies erschwerte die nötige Ausweitung der Sozialpolitik.
- In den ersten Monaten hat Lulas Regierung entschieden die Steuer- und Rentenreformen weiter mit dem Kongress zu verhandeln. Diese Reform-Agenda stand nicht im Einklang mit den vorrangigen Interessen der Linksparteien, sondern war ein Kompromiss der Vorgängerregierung von Fernando Henrique Cardoso mit dem IWF und zielte auf ökonomische Stabilität für langfristige Investitionen ab. So will die Regierung mit ihrer Steuerreform und Vereinheitlichung der Mehrwertsteuersätze den so genannten

⁹ Von 30 Ministern und Staatssekretären gehören 20 der PT an.

Steuerkrieg zwischen den Bundesstaaten beenden. Gleichzeitig will sie die derzeitige Steuerbelastung beibehalten, um nicht die Sozialausgaben reduzieren zu müssen. Die Steuerbelastung für Grundnahrungsmittel sinkt zwar, aber eine Gegenfinanzierung durch Erhöhung der Erbschaftssteuer lehnten die konservativen Parteien ab. Bei der Rentenreform hat nicht die Ausweitung der sozialen Sicherung und damit der Einschluss von Millionen nicht versicherter Bürger Vorrang, sondern die Erreichung der fiskalischen und Haushaltsvorgaben. Allerdings umfasst die Reform auch die Abschaffung einiger Privilegien wie der Vollrente für Beamte zu Gunsten eines einheitlichen Rentensystems, das zum Abbau der Unterschiede zwischen Beamten bzw. Angestellten des Öffentlichen Dienstes und den Beschäftigten von Privatunternehmen und damit zu Reduzierung des Defizits der Rentenkassen beitragen soll.

- Diese politische Agenda steht im Widerspruch zur Geschichte der PT und zur erwünschten Sozialpolitik, die in relativ kurzer Zeit die sozialen und regionalen Ungleichheiten verringern sollte. Die Regierung verweist darauf, dass ihre Maßnahmen zu einem spürbaren Wirtschaftswachstum ab 2004 führen werden.
- Gleichzeitig kann die Regierung für sich in Anspruch nehmen, beispielsweise mit dem „Fome-Zero-Programm“ zum ersten Mal in der Geschichte Brasiliens so wichtige gesellschaftliche Herausforderungen wie das Thema Hunger auf die Tagesordnung gesetzt und in die Massenmedien gebracht zu haben. Dieses weltweit beachtete Programm stellt etwa 25 Millionen Brasilianern mit unzureichendem Einkommen jeden Monat einen geringen Betrag für Grundnahrungsmittel zur Verfügung. Andere Sozialprogramme tragen zur Überwindung des Analphabetismus, zur Verbesserung der Qualität öffentlicher Grundschulen und zur Verringerung informeller Schwarzarbeit bei.
- Die aktuellen Widersprüche der Regierungsarbeit zu den erklärten Überzeugungen und Zielen der linken Parteien beeinträchtigen die Beziehungen der PT zu den bisherigen politischen Bündnispartnern. So war die PT historisch enger Verbündeter der Landlosenbewegung (MST), steckt aber zurzeit in dem Dilemma, einerseits die Agrarreform voran zu treiben, aber gleichzeitig zur Einhaltung der öffentlichen Ordnung gegen die Besetzungen durch Landlose vorzugehen. Diese Widersprüche haben bereits zum Parteiaustritt einiger linker Politiker geführt.

Zusammenfassend zeichnet sich die Lula-Regierung bisher sowohl durch Kontinuität als auch Innovation im Vergleich zur „sozialdemokratischen“ Vorgängerregierung von Fernando Henrique Cardoso aus. Die Zukunft und der Erfolg dieser Regierung hängen wesentlich von der Entwicklung der brasilianischen Volkswirtschaft ab, insbesondere von einer Entspannung am Arbeitsmarkt und der Erhöhung der Steuereinnahmen, die für eine Steigerung der Sozialausgaben unerlässlich ist. 30 Jahre hat es in Brasilien gedauert, bis ein Vertreter der

Arbeiterklasse das Präsidentenamt übernommen hat. Ein Misserfolg seiner Regierung hätte weitgehende politische und soziale Konsequenzen nicht nur für Brasilien, sondern für ganz Lateinamerika.

LITERATURVERZEICHNIS

- BMG-BUNDESMINISTERIUM FÜR GESUNDHEIT, 2001. *Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe, 2001*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.
- COSTA, N. R.; SIVA, P. L. B. & RIBEIRO, J. M., 1999. A descentralização do sistema de saúde no Brasil. *Revista do Serviço Público*. 50 (3):33-54.
- SCOREL, S., 1999. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- SCOREL, S., GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; MAGALHÃES, R. & SENNA, M., 2002. *Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos. Síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde.
- FLEURY, S., 2001. Dual, Universal or Plural? Health Care Models and Issues in Latin America: Chile, Brazil and Colombia. In: *Health Services in Latin America and Asia* (C. G. Molina, J. Nuñez del Arco eds.). Washington D.C: Inter-American Development Bank.
- GOTLIEB S.L.D., 2000. *As condições de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde/ Editora FIOCRUZ.
- IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003. www.ibge.gov.br.
- MS/DATASUS/AMS, 2002. www.datasus.gov.br Pesquisa Assistência Médico Sanitária.
- MS/DATASUS/IDB, 2003. www.datasus.gov.br Indicadores Básicos
- OLIVEIRA, J. & TEIXEIRA, S. M. F., 1986. *(Im) Previdência Social Brasileira*. Rio de Janeiro: Abrasco/Vozes.
- OPS/OMS 2001. *Situación de Salud en las Américas. Indicadores Básicos 2001*. Washington: Programa Especial de Análisis de la Salud- OPS/OMS.
- PIOLA, S. F. & BIASOTO J., G., 2001. Financiamento do SUS nos anos 90. In: *Brasil. Radiografia da Saúde* (B. Negri & G. de Giovanni, org) pp. 219-32. Campinas: Unicamp/IE.
- POCHMANN, M., 2001. *O emprego na globalização*. São Paulo: Boitempo Editorial.
- STATISTISCHES BUNDESAMT, 2002. *Statistisches Jahrbuch 2002 für die Bundesrepublik Deutschland*. Wiesbaden: StBA, Metzler-Poeschel.
- TRAVASSOS, C., VIACAVA, F., FERNANDES, C. & ALMEIDA, C., 1998. Desigualdades Geográficas e Sociais na Utilização de Serviços de Saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva* 5 (1): 133-49.

VIANA, A. L. d'Á. & DAL POZ, M., 1998. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis. Revista de Saúde Coletiva* 8 (2): 11-18.

Korrespondezadresse Ligia Giovanella E-mail giovanel@ensp.fiocruz.br

In der Reihe
Arbeitspapiere aus dem Institut für Medizinische Soziologie
sind bisher erschienen:

- Nr. 1/1986: Walter Baumann / Hans-Ulrich Deppe: Aspekte der Arbeitsmarktsituation von Ärzten in der Bundesrepublik Deutschland (Januar 1986)
- Nr. 2/1986: Klaus Priester / Hans-Ulrich Deppe: Materialien zur Entwicklung der Ärzte - Einkommen in der Bundesrepublik (Juli 1986)
- Nr. 3/1987: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Modelluntersuchung Ambulante Krankenpflege. Arbeitsweise und Stellung im Gesundheitswesen. Kurzfassung (Oktober 1987)
- Nr. 4/1988: Volker Wanek / Hans-Ulrich Deppe: Ärztestreiks und -proteste in der Bundesrepublik (Februar 1988)
- Nr. 5/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Bevölkerungsentwicklung und Pflegebedürftigkeit in Hessen bis zum Jahre 2009. Ergebnisse einer Modellrechnung (Mai 1989)
- Nr. 6/1989: Hans-Ulrich Deppe / Klaus Priester: Perspektiven ambulanter Pflege in Hessen. Möglichkeiten bedarfsorientierter Angebotsgestaltung. Kursfassung (November 1989)
- Nr. 7/1990: Hans-Ulrich Deppe/Uwe Lenhardt: Gesundheitswesen zwischen supranationalen Politikstrukturen und einzelstaatlicher Regelungskompetenz. Zu einigen gesundheitspolitischen Aspekten der westeuropäischen Integration (Mai 1990)
- Nr. 8/1991: Hans-Ulrich Deppe: Gesellschaftsstruktur und Gesundheitssystem. Zur Einführung für Mediziner (April 1991)
- Nr. 9/1992: Uwe Lenhardt: Regionalanalyse der kassenärztlichen Versorgung in Hessen 1977-1989. Zusammenfassung erster Ergebnisse (Februar 1992)
- Nr. 10/1992: Klaus Stegmüller: Wettbewerb und Solidarprinzip - Determinanten der Unvereinbarkeit in der gesetzlichen Krankenversicherung (Oktober 1992)
- Nr. 11/1992: Hans-Ulrich Deppe: 20 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Oktober 1992)
- Nr. 12/1993: Andrea Antolic / Hans-Ulrich Deppe / Reinhard Schaffert: Umfrage unter MedizinstudentInnen: Daten zur sozialen Lage und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen in Frankfurt a.M. 1989-1992 (März 1993)
- Nr. 13/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: Wettbewerbskonzeptionen und „dritte Stufe der Gesundheitsreform. Positionen zur Zukunft der GKV aus Sicht der Krankenkassen, der KBV, der BDA und des DGB (Januar 1995)
- Nr. 14/1995: Thomas Gerlinger / Klaus Stegmüller: „Nachfrageprivatisierung“ und „Anbieterkonkurrenz“. Zu Positionen für eine zukünftige Wettbewerbsordnung in der GKV (März 1995)
- Nr. 15/1995: Hans-Ulrich Deppe: Zur aktuellen Entwicklung der Gesundheitspolitik in Ungarn (März 1995)

- Nr. 16/1996: Hans-Ulrich Deppe / Stjepan Oreskovic: Back to Europe – Back to Bismarck? Consequences of implementation of a health insurance scheme to the health care systems of Central and Eastern European countries (März 1996)
- Nr. 17/1998: Sebastian Irps / Kerstin Jahn / Hans-Ulrich Deppe: Umfrage unter MedizinstudentInnen, Daten zur sozialen Lage, zur Studienmotivation und zu medizinischen Vorerfahrungen von StudienanfängerInnen und Fortgeschrittenen in Frankfurt am Main 1993 – 1997 (Juli 1998)
- Nr. 18/1998: Hans-Ulrich Deppe: 25 Jahre Medizinische Soziologie an der J.W. Goethe-Universität in Frankfurt am Main (Mai 1998)
- Nr. 19/1998: Alexis Benos / Hans-Ulrich Deppe / Steve Iliffe: Equity and freedom in health care (Mai 1998)
- Nr. 20/2001: Wolfram Burkhardt: Der Ministerwechsel im Bundesgesundheitsministerium 2001 (November 2001)
- Nr. 21/2002: Marcelo Firpo de Souza Porto: Public Health and Environmental (In)justice in Brazil (Juli 2002)
- Nr. 22/2002: Nadja Rakowitz: Zwischen Sozialstaat und Wettbewerb – Gewerkschaften zur Gesundheitsreform (August 2002)
- Nr. 23/2003: Rolf Schmucker: Europäische Integration und Gesundheitspolitik (Januar 2003)
- Nr. 24/2004: Jens Holst: Modalitäten und Effekte von Zuzahlungen im Gesundheitswesen (Januar 2004)
- Nr. 25/2004: Ligia Giovanella / Marcelo Firpo de Souza Porto: Gesundheitswesen und Gesundheitspolitik in Brasilien (Januar 2004)

Die Arbeitspapiere sind gegen eine Schutzgebühr erhältlich bei:

Klinikum der Johann Wolfgang Goethe-Universität
 Institut für Medizinische Soziologie
 Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt a.M.
 Tel. 069/6301-7610 / Fax 069/6301-6621