Uta Gerhardt

# Private Krankheitsausgaben, Armut und Ungleichheit in den USA

## I.

Armut angesichts eines verhältnismäßig hohen durchschnittlichen Lebensstandards ist ein Merkmal der Klassengesellschaft westlicher Industrieländer[1]. Im reichsten Land der Erde, den USA, betrug der offiziell als arm klassifizierte Bevölkerungsanteil 1972 zwölf Prozent, d. h. er umfaßte etwa 24 Millionen Menschen[2]. 1972 lag die „Armutsgrenze" bei 4274 Dollar mittleres Jahreseinkommen eines Vier-Personen-Haushalts[3]. In demselben Jahr war das mittlere Jahreseinkommen aller Erwerbstätigen dreimal so hoch[4]. Wie groß der als arm definierte Bevölkerungsanteil ist, hängt vom Verhältnis zwischen mittlerem Jahreseinkommen der Gesamtbevölkerung und der als Armutsgrenze jährlich neu definierten Einkommensschwelle ab. 1972 wurde die Armutsgrenze bei 38 Prozent des mittleren Jahreseinkommens angesetzt. 13 Jahre früher, als die ersten Untersuchungen über die Armutsbevölkerung veröffentlicht wurden, lag die Armutsgrenze bei 55 Prozent des mittleren Familieneinkommens.

In den frühen siebziger Jahren wurde die Armutsgrenze also höher angesetzt als Ende der 50er Jahre. Wäre der Anteil am mittleren Jahreseinkommen, der die Armutsgrenze definiert, bei 50 Prozent konstant gehalten worden, hätte der für 1972 ausgewiesene Anteil der Armutsbevölkerung die 12-Prozent-Marke überschritten. Da die bei der Schätzung der Armutszahlen verwandten Maßeinheiten sich direkt auf die Ergebnisse der Berechnung auswirken[5], ist die Angabe des Armutsanteils im Wirtschaftsbericht des Amerikanischen Präsidenten von 1973 nur eine ungenaue Schätzung der tatsächlich im Lande vorhandenen Armut. Wahrscheinlich treffen die 1964 vom Council of Economic Advisers angeführten Zahlen noch immer zu, nach denen nämlich ein Fünftel der amerikanischen Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze lebt.

Diese Zahlen sind wichtig, weil sie die Ideologie des Wohlfahrtsstaates, nach der eine Umverteilung des Einkommens zusammen mit der Abschaffung von Armut und Not stattfinden soll, in ein kritisches Licht rücken. Angesichts der hohen Investitionen von Steuergeldern in den Bereich der Wohlfahrt wird die Frage dringend, welche Faktoren für die Stabilität des Armutsanteils in der Bevölkerung verantwortlich sind. Programme der sozialen Sicherung wie Medicare und Medicaid wurden in den Senatsdebatten vor ihrer Einführung damit begründet, daß sie die Ungleichheit in der Gesellschaft vermindern und dazu beitragen, daß die medizinische Versorgung des einzelnen nicht von seinem Einkommen abhängt. Dieses Ziel ist nie erreicht worden. Die Frage drängt sich auf, ob der „Wohlfahrtsstaat" als Mit-

tel im Kampf gegen die Ungleichheit in der Klassengesellschaft überhaupt eine Rolle spielt, oder ob er diese nicht vielmehr perpetuiert.

## II.

In den USA beruht die Finanzierung individueller Gesundheitssicherung traditionell auf zwei Grundlagen:

1. Private Barzahlungen machen zwischen 35 und 50 % aller Ausgaben für medizinische Behandlung aus;

2. private Versicherungsleistungen decken zwischen 25 und 30 % der Gesamtsumme aller Arztrechnungen[6].

3. Der dritte Faktor hat erst während des letzten Jahrzehnts nennenswert an Bedeutung gewonnen: Mitte der sechziger Jahre wurde eine Sozialversicherung im medizinischen Sektor eingeführt, die aus Steuerbeiträgen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern finanziert wird. Das bekannteste Programm dieser Art ist Medicare (OASD-HI = Old Age and Survivors' Insurance plus Disability and Health Insurance). Die meisten von der Regierung verwalteten Wohlfahrtsprogramme – mit Ausnahme der an Medicare gekoppelten Operations- und medizinischen Versicherung (SMI = Surgical and Medical Insurance) – werden allein durch die Wohlfahrtssteuern getragen, d. h. sie erfordern keine Ausgleichszahlungen aus dem allgemeinen Steuerfundus[7]. Dieser so finanzierte Regierungsanteil an den medizinischen Gesamtausgaben der Bevölkerung betrug 1971 allein für Medicare zwanzig Prozent. Insgesamt kamen 37 Prozent der für private Krankenversorgung ausgegebenen 65 Milliarden Dollar aus Mitteln der staatlichen Wohlfahrtprogramme[8]. Im fiskalischen Jahr 1973 wurden medizinische Leistungen für 10,6 Millionen Menschen aus dem Medicare-Programm bezahlt; in demselben Jahr erhielten etwa 23,5 Millionen Menschen Unterstützung aus Medicaid-Mitteln für medizinische Versorgung[9].

Wenn etwa ein Drittel der jährlichen Gesamtausgaben für private Gesundheitsversorgung aus Regierungsgeldern finanziert wird (1971 belief sich diese Summe bereits auf über 20 Milliarden Dollar), dann scheint die Tatsache, daß dadurch kein Fortschritt in der Verwirklichung der Gleichheitschance aller Bürger bei der Finanzierung ärztlicher Leistungen erreicht wurde, ein ihrerseits erklärungsbedürftiges Phänomen, das auf die Funktionen staatlicher Wohlfahrtsinstitutionen in einer privatkapitalistisch aufgebauten Klassengesellschaft ein kritisches Licht wirft.

## III.

Trotz der hohen bundes- und einzelstaatlichen Ausgaben für die Subsidierung der medizinischen Versorgung bilden die Gesundheitsausgaben noch immer einen Hauptfaktor bei der finanziellen Belastung von Familien mit niedrigem Einkommen. Die am meisten benachteiligte Gruppe ist die der Familien mit Einkommen knapp über der Armutsgrenze: Sie haben keinen Anspruch auf freie medizinische Behandlung aus den Wohlfahrtsprogrammen (Medicaid), sind jedoch zu arm, um diese allein zu finanzieren. In vielen Fällen führt diese Situation dazu, daß im Krankheitsfall kein Arzt mehr aufgesucht wird. 1970 trugen 41 Prozent der Familien des Landes zu nur

5 Prozent der Ausgaben für nicht frei gewährte private Krankenversorgung bei; unter diesen Familien – so nimmt man an – dürfte ein großer Teil überhaupt keine oder nur unzureichende ärztliche Leistungen in Anspruch genommen haben[10].

Je höher das Einkommen steigt, desto niedriger gerät der Anteil, der für die Gesundheitssicherung ausgegeben wird. Während 1970 Familien mit einem jährlichen Einkommen unter 2000 Dollar 17,5 % davon für Krankheitskosten ausgaben, wendeten Familien, deren Jahreseinkommen 15 000 Dollar betrug, nur 6,5 % dafür auf[11]. Diese Diskrepanz war in den frühen sechziger Jahren größer als ein Jahrzehnt später; damals betrugen die relativen Kosten bei armen Familien das Vierfache derjenigen bei wohlhabenden Familien[12].

Zu den direkten kommen indirekte Krankheitskosten, die aus einem regressiven Besteuerungssatz für die Sozialversicherung entstehen. Der Sozialversicherungsbeitrag für Medicare und Medicaid, der über Steuerabzüge bei der Lohn- und Gehaltszahlung erhoben wird, beträgt (bis 1974) bis zu einer Einkommensgrenze von 9000 Dollar 5 Prozent des Bruttoeinkommens. Oberhalb dieser Grenze bleibt der Steuerbetrag bei 450 Dollar unabhängig von der tatsächlichen Einkommenshöhe konstant. Daher zahlt die niedrigste Einkommensgruppe die relativ höchsten Sozialversicherungssteuern. Wird der Steuerabzug für die Sozialversicherung zu den persönlichen Gesundheitsausgaben addiert – somit die Gesamtsumme der vom Individuum aufgewendeten Zahlungen für ärztliche Leistungen gewürdigt – ist der relative Ausgabenanteil für medizinische Versorgung bei Familien mit niedrigem Einkommen doppelt so hoch wie bei Familien mit gehobenem Einkommen.

## IV.

Im folgenden soll am Beispiel der verschiedenen Finanzierungsquellen medizinischer Versorgung gezeigt werden, daß es in den USA durch Wohlfahrtsprogramme nicht zu einer Angleichung der Versorgung unterer und höherer Einkommensklassen gekommen ist.

a) Privatzahlungen aus eigener Tasche

1970 wurde fast die Hälfte aller Arztrechnungen aus eigener Tasche bezahlt. Familien mit einem Jahreseinkommen unter 2000 Dollar zahlten 37 Prozent ihrer medizinischen Ausgaben selbst, während Familien mit jährlich 15 000 Dollar Einkommen und mehr durchschnittlich 57 Prozent ihrer Arztrechnungen aus eigener Tasche bezahlten[13]. Für die niedrige Einkommensgruppe stellte dies ein Zehntel ihres Gesamteinkommens dar. Für die höhere Einkommensgruppe war es nur ein Dreißigstel von dem, was sie verdienten. Die höhere Belastung der Armen geht vor allem auf zwei Faktoren zurück:

1. Im amerikanischen System privatwirtschaftlich organisierter Medizin werden ärztliche Leistungen einzeln honoriert, es werden ohne Rücksicht auf das Einkommen der Patienten feste Preise für jede spezifische Leistungen berechnet. So entsteht eine Situation, in der „ein 50- oder 100-Dollarhonorar für einen Arztbesuch plus Laborleistung und Röntgenuntersu-

chung eine Katastrophe für die Armen, eine Härte für Leute aus der Arbeiterschicht und eine ärgerliche Kleinigkeit für die Reichen ist"[14].

2. Die weniger Wohlhabenden zahlen höhere Anteile ihrer Krankenhausrechnungen aus eigener Tasche, weil ihre Versicherung in der Regel weniger Leistungen deckt als bei höheren Einkommensgruppen. Dieser Zusammenhang wird im nächsten Abschnitt noch einmal diskutiert.

Besonders beunruhigend ist, daß die ärmere Bevölkerung höhere absolute und relative Preise für Krankenhausbetten und -pflege zu zahlen hat. Die Krankenhaustagesätze zwischen 1935 und 1958 stiegen um etwa 300 Prozent; bei getrennter Betrachtung der Wachstumsraten in den verschiedenen Bettenkategorien (Preisklassen) fällt auf, daß die Tagessätze in der einfachsten Klasse für Männer nahezu zweimal so schnell stiegen wie bei halbprivaten und privaten Betten[15]. Selbst der absolute Preis für den Krankenhausaufenthalt scheint für Patienten aus ärmeren Bevölkerungsschichten höher als für wohlhabendere zu liegen. Hollingshead und Redlich fanden in psychiatrischen Stationen in New Haven, daß wohlhabenden Patienten ein Diskont gewährt wurde, der von der Krankenhausverwaltung als Anreiz deklariert wurde, die Klinik für bessergestellte Patienten attraktiv zu machen. Patienten der Sozialschicht I bekamen durchschnittlich einen Diskont von 30 Prozent auf die Krankenhausrechnung, während Patienten der Sozialschicht IV nur 3 Prozent erhielten. Durchschnittlich zahlte ein Schicht-I-Patient 24 Dollar pro Tag und ein Schicht-IV-Patient 31 Dollar pro Tag[16]. Die Armen hatten also um circa 30 Prozent höhere Ausgaben für die Pflege in demselben Krankenhaus. Darüberhinaus waren es zumeist die Wohlhabenden, die eine Psychotherapie erhielten, während die Patienten aus den unteren Sozialschichten lediglich in Verwahrung genommen und keiner Therapie zugeführt wurden.

b) Privatversicherung

Die amerikanische Privatversicherung umfaßt drei Hauptkategorien, nämlich eine Krankenhausversicherung, die normalerweise 80 Prozent der Krankenhauskosten deckt, eine Operationsversicherung, die die Honorare der im Krankenhaus in Anspruch genommenen Spezialisten deckt, und eine medizinische Versicherung, die die Kosten privater Arztbesuche bezahlt[17]. Die Verteilung der privaten Versicherung ist schichtenspezifisch: 1963 besaßen in der niedrigsten Einkommensgruppe 34 Prozent eine Krankenhausversicherung und 28 Prozent eine Operationsversicherung. Für die höchste Einkommensgruppe waren die Zahlen 87 und 83 Prozent[18]. Das heißt, daß annähernd drei Viertel der Armen keine Versicherung besaßen, gegenüber etwas über einem Zehntel der Familien mit hohen Einkommen. Da die Breite der Versicherungsdeckung davon abhängt, wie hoch man sich versichert, haben Familien mit geringem Einkommen weniger umfassenden Versicherungsschutz, und sie erhalten geringere Rückerstattungen. 1970 beispielsweise wurden in der höchsten Einkommenskategorie 386 Dollar für Versicherungsbeiträge aufgewendet, während in der niedrigsten Einkommenskategorie nur 49 Dollar dafür ausgegeben wurden. Entsprechend differierten die von der Versicherung getragenen Rechnungsanteile der Krankenkosten. Daten aus den frühen sechziger Jahren zeigen, daß die Privatversicherung

Arztrechnungen für doppelt so viele Patienten mit hohem als mit niedrigem Einkommen bezahlte. Nur 30 % der ärmeren gegenüber 60 % der wohlhabenden Patienten bekamen drei Viertel ihrer Rechnungen von der Versicherung erstattet[19].

Die Privatversicherung schützt demnach vor allem die Gruppen mit höherem Einkommen vor der Gefahr der Verarmung durch überhöhte Krankenkosten. Die ärmeren Familien, deren Versicherungsschutz unzureichend ist, haben zumeist nur Anspruch auf geringe Versicherungsleistungen. Sie sind daher vornehmlich auf die beiden anderen Quellen der Gesundheitsfinanzierung angewiesen, nämlich Zahlungen aus eigener Tasche und die Sozialversicherungsprogramme Medicare und Medicaid.

Neben diesen direkten Benachteiligungen einkommensschwacher Gruppen besteht eine indirekte durch den Beschäftigungsstatus. Große Firmen schließen für Angestellte und Arbeiter mit dauerhaftem Beschäftigungsverhältnis (permanent employment) Verträge mit privaten Versicherungsgesellschaften, die es ermöglichen, werksgebunden verbilligte Krankenversicherung als betriebliche Sozialleistung anzubieten. Die Gewerkschaften folgen demselben Muster, wenn sie ihren Mitgliedern mit dauerhaftem Beschäftigungsstatus Gruppenversicherungen (Krankenversicherungen mit verbilligten Prämien) besorgen. Arbeitslosen und Angestellten oder Arbeitern in ungesichertem Beschäftigungsverhältnis (temporary employment) ist der Zugang zu den billigeren Raten der werks- oder gewerkschaftsgebundenen Gruppenversicherung versperrt. Da die Gruppen mit ungesichertem Beschäftigungsstatus sich in der Regel aus sozial Benachteiligten zusammensetzen, sind insbesondere die Familien einkommensschwacher Schichten vom Zugang zu den verbilligten Prämien werks- oder gewerkschaftsgebundener Krankenversicherung ausgeschlossen. Ghettobewohner und Wanderarbeiter in der Landwirtschaft haben kaum eine Chance, jemals eine feste Beschäftigung zu finden und in den Genuß einer Gruppenversicherung zu kommen: Sie sind auf die teuren Einzelprämien der Privatversicherung verwiesen, wenn sie sie bezahlen können. Wird ein Arbeiter erwerbslos oder findet er Arbeit in einer kleinen Firma, die keine Gruppenversicherung anbietet, kann er privat eine Krankenversicherung abschließen. Prämien für Einzelverträge liegen aber um ein bis zu zwei Dritteln über denen für Gruppenversicherung[20]. Gruppen mit günstigem Beschäftigungsstatus zahlen also weniger für ihre Krankenversicherung als benachteiligte Gruppen, und zugleich gewähren ihnen die Versicherungsgesellschaften eine bessere Kostendeckung im Krankheitsfall.

c) Sozialversicherungsprogramme Medicare und Medicaid

Die beiden staatlichen Programme, die eine freie Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen erlauben – Medicare und Medicaid – deckten im Jahre 1970 ein Fünftel aller persönlichen Gesundheitsausgaben[21]. Die beiden Programme bezahlten fast die Hälfte aller von Familien der untersten Einkommensgruppe in Anspruch genommenen Krankenversorgung, aber nur 3 Prozent der in der höchsten Einkommensgruppe anfallenden Krankheitskosten. Diese Zahlen scheinen gegen eine Benachteiligung einkommensschwacher Gruppen bei den staatlichen Programmen zu sprechen. Medicare (und Medi-

caid) gelingt es scheinbar, die Bedürfnisse der Armen über jene der Reichen zu stellen. Bei näherer Betrachtung erweist sich aber, daß versteckte Formen der Benachteiligung effektiv die oberflächlichen Züge sozialer Gerechtigkeit neutralisieren bzw. in ihr Gegenteil verkehren. Eine kurze Schilderung der Geschichte des Programms Medidcare soll diesen Zusammenhang illustrieren.

Medicare deckt die Krankheitskosten aller amerikanischen Bürger über 65 Jahre sowie auch einiger Gruppen jüngerer Personen. Die Kostendeckung unter Medicare umfaßt fast alle ärztlichen Leistungen, darf aber einen festgelegten Betrag pro Jahr bzw. Vierteljahr nicht übersteigen und wird zudem durch Abzüge und Kostenbeteiligungen (co-insurance) von den Versicherungsnehmern teilweise mitgetragen. Als Medicare im Jahre 1965 eingeführt wurde (Stichtag 1. Juli 1966), wurde es den zögernden medizinischen Verbänden als ein Programm empfohlen, das einerseits die Kostenbeteiligung des einzelnen an den Krankenkosten vorsieht und andererseits die Interessen des Krankenhaussektors an gleichbleibenden Einkünften sowie besseren Beziehungen zur größten Versicherungsfirma – Blue Cross – gewährleistet. Blue Cross wurde später mit der Abwicklung der finanziellen Seite von Medicare beauftragt[22]. Der politische Ursprung von Medicare – seine Durchsetzung gegen die medizinischen Verbände mit schließlich der errungenen Duldung durch die American Medical Association – zeichnete vor, welche weitere Entwicklung zu erwarten war: Der Krankenhaussektor wurde gestärkt; Blue Cross entwickelte sich zur mächtigsten Versicherungsgesellschaft (mit halbprivatem Status); die privatwirtschaftliche Basis des Honorarsystems blieb unangetastet: Angesichts der durch die Regierung gesicherten Zahlungsbereitschaft des Medicare-Programms hatte dies eine Honorarsteigerung und damit ein Wachstum medizinischer Ausgaben in bisher unbekanntem Ausmaß zur Folge. Im ersten Jahr von Medicare stiegen die Behandlungskosten um fast 15 Prozent. Während der ersten zwei Jahre war die Steigerungsrate für die Patienten über 65 Jahre doppelt so hoch wie für die Unter-65-Jährigen, und selbst 6 Jahre nach Einführung des Programms war sie immer noch höher als für die Jüngeren. Die Folge dieser ungleichen Preisentwicklung war, daß – obwohl der durchschnittliche Rechnungsanteil, der aus eigener Tasche bezahlt wurde, von der Hälfte auf ein Viertel der Rechnung sank – die absolute Summe in Dollars, die von den Alten aufgewendet werden mußte, um nur 9 Dollar während der ersten Jahre Medicare zurückging[23]. Die Inflation bei den Behandlungskosten neutralisierte den Vorteil der Alten aus dem Medicare-Programm fast vollständig. An den Ursachen der während desselben Zeitraums (1965–1971) zu verzeichnenden „reellen" Zunahme der Kosten, d. h. der breiteren Inanspruchnahme und den Verbesserungen in den Gesundheitsdiensten, partizipierten die Alten jedoch am wenigsten; gleichzeitig zahlten sie die höchsten Preise für ärztliche Leistungen. Werden die errechneten Werte für die Kostensteigerung unter Berücksichtigung von Bevölkerungswachstum und Inflationsrate standardisiert und in fiskalischen Dollars mit Wert von 1971 ausgedrückt (wobei die Krankenversorgungsleistungen zugrundegelegt werden, die im Verbraucher-Preisindex 1967 enthalten sind), so errechnet sich für das Jahr 1970/71 eine auf Verbesserung der Inanspruchnahme und Qualität ärztlicher Dienste zu-

rückführbare Steigerungsrate bei den Krankheitsausgaben von 3,4 Prozent für die Gruppe der Unter-19-Jährigen, aber nur 1,2 Prozent für Patienten über 65[24]. Eine tatsächliche Verbesserung der Gesundheitsversorgung war also am geringsten bei den Alten, die am meisten unter dem inflationären Preisaufschwung für medizinische Versorgung zu leiden hatten. Im Vergleich zu jüngeren Altersgruppen ist die Qualität der Krankenversorgung für die Alten während der ersten sechs Jahre Medicare also zurückgeblieben. Für die Alten stiegen die Preise um ein Vielfaches über jene für jüngere Altersgruppen, aber die Qualität der ihnen angebotenen ärztlichen Leistungen fiel hinter jene für jüngere Gruppen zurück.

Medicare nutzt vor allem dem ärztlichen Stand, für den eine erhebliche Einnahmesteigerung mit der Einführung von Medicare einsetzte, sowie den Krankenhäusern, deren Tagessätze zwischen 1966 und 1971 um hundert Prozent anstiegen. Die Krankheitskosten, die die Alten aus eigener Tasche bezahlten, blieben dagegen stabil trotz der Tatsache, daß der Anteil der Zahlungen aus eigener Tasche an der Gesamtrechnung um die Hälfte zurückging.

Medicare schützt nicht wirksam vor der Gefahr, daß ein Patient alle Ersparnisse zur Deckung von Krankheitskosten verbraucht und in Schulden gerät. Die allgemeinen Krankheitskosten stiegen in den Jahren 1966 bis 1971 um 80 Prozent, für die Alten um fast 100 Prozent. Da die Selbstbeteiligung der Alten mit 20 Prozent der Rechnungssumme (für Krankenhausaufenthalt; Operationsversicherung ist zusätzlich und – da freiwillig – oft nicht vorhanden) hohe Beträge ausmachen kann, ist das Risiko einer Verarmung durch Krankheitskosten auch unter dem Medicare-Programm nicht ausgeschlossen. Alte Patienten aus höheren Einkommensschichten haben allerdings einen Vorteil, der sie vor der Gefahr der Verarmung eher bewahrt: Zum einen haben sie öfter eine Operationsversicherung unter Medicare (SMI) oder können ihre Selbstbeteiligungssätze aus Ersparnissen oder Zusatzeinkommen bestreiten, zum anderen werden sie aber auch von privaten Versicherungsgesellschaften umworben, die ihnen Zusatzversicherungen für Medicare-Empfänger zu einem billigen Preis anbieten; der Kundenkreis der Privatversicherungen wird dabei vor allem bei Alten der oberen Mittelschicht gesucht. Medicare hat zwar die Belastung einkommensschwacher Gruppen durch Krankheitskosten relativ gemindert, aber die Gefahr ihrer Verarmung trotz der hohen, in dieses Programm fließenden öffentlichen Finanzmittel nicht gebannt.

## V.

Thema dieser Skizze ist die strukturelle Beziehung in der amerikanischen Gesellschaft zwischen Honorierung medizinischer Leistungen und Benachteiligung einkommensschwacher Bevölkerungsgruppen. Zwischen diesen beiden Faktoren – Ausgaben für ärztliche Versorgung auf der einen Seite und Ungleichheit als klassengebundener Diskrepanz zwischen Armut und Überfluß auf der anderen Seite – wurde ein dritter intervenierender Faktor benannt, nämlich der Wohlfahrtsstaat, dessen explizite Zielsetzung die Reduktion von Ungleichheit und der Schutz gefährdeter Bevölkerungsgruppen

vor Verarmung ist (bei den medizinischen Sozialprogrammen durch Übernahme von Behandlungskosten). Die hier vorgetragene Argumentation zeigt, daß der Wohlfahrtsstaat in den USA dieses Ziel nicht erfüllt. Tendenzen der Wohlfahrtsprogramme, die die Auswirkungen der Klassengesellschaft neutralisieren könnten, werden ihrerseits durch Faktoren außer Kraft gesetzt, die in die finanziellen Grundlagen des medizinischen Sektors eingebaut sind (privatwirtschaftliche Honorarfreiheit, Prinzip der Honorierung von Einzelleistungen) oder in den Prinzipien staatlicher Steuerhoheit verankert sind (Festsetzung regressiver Steuersätze für Sozialabgaben). Die Schlußfolgerungen aus der vorgetragenen Argumentation betreffen die Diskriminierung einkommensschwacher Gruppen im Wohlfahrtsstaat: Die Formen der Honorarabrechnung im ärztlichen System sowie die Finanzierungsgrundlage wohlfahrtsstaatlicher Einrichungen bewirken hinsichtlich der Belastung verschiedener Bevölkerungsgruppen mit Krankenkosten, daß die armen und einkommensschwachen Gruppen sowie die Alten stärker belastet werden als die wohlhabenderen Schichten.

Anmerkungen

1 J. K. Galbraith: The Affluent Society. New York 1958; James O'Connor: Die fiskalische Krise des Staates. Frankfurt/M. 1975.

2 Economic Report to the President (1973). Transmitted to the Congress February 1974. U.S.Government Printinig Office. Washington D. C. 1974, S. 138.

3 Economic Report, op. cit., S. 161.

4 Ibid., Tabelle 22 C.

5 C. Wilcox: The Measurement of Poverty, in: M. Zeitlin (ed.): American Society, Inc. Chicago 1970.

6 Die Zahlen über das Ausmaß der Zahlungen aus eigener Tasche und der von Privatversicherungen gedeckten Rechnungsanteile differieren in andererseits sorgfältig statistisch recherchierten Arbeiten; da die Berechnungsgrundlagen für die angegebenen Prozentwerte nicht genannt werden, kann nicht nachgeprüft werden, welcher der beiden Zahlenwerte in beiden Fällen richtig ist. Die angegebenen Zahlenwerte wurden entnommen: B. Cooper und N. Worthington: Medical Care Spending for Three Age Groups. Social Security Bulletin, Vol. 35, Mai 1972, S. 3 – 14, sowie R. Andersen, J. Kravits, W. O. Anderson, J. Daley: Expenditures for Personal Health Services. National Trends and Variations 1935 – 1970. Department of Health, Education and Welfare. Washington D. C. 1973.

7 R. J. Myers: Various Proposals to Change the Financing of Social Security. The Journal of Risk and Insurance, Vol. 37, Sept. 1969, S. 355 – 363.

8 T. Bodenheimer: Health Care in the United States: Who Pays? International Journal of Health Services, Vol. 3, Summer 1973, S. 428; B. Cooper und N. Worthington, op. cit., S. 5; R. Andersen et al., op. cit., S. 8.

9 Economic Report, op. cit., S. 175 f.

10 Andersen et al., op. cit., S. 7.

11 Ibid., S. 6.

12 T. Bodenheimer, op. cit., S. 428.

13 R. Andersen et al., op. cit.

14 T. Bodenheimer, op. cit., S. 428.

15 S. M. Harris: The Economics of American Medicine. New York 1964, S. 55.

16 A. B. Hollingshead und F. C. Redlich: Social Class and Mental Illness, New York 1958, S. 324 f.

17 Sourcebook of Health Insurance Data 1973 – 74, New York: Health Insurance Institute.
18 R. Hurley: The Health Crisis of the Poor, in: H. P. Dreitzel (ed.), The Social Organization of Health. Recent Sociology No. 3. New York 1970, S. 89 f.
19 A. Strauss: Where Medicine Fails, San Francisko 1974, S. 10.
20 Health P. A. C.: The American Health Empire, New York 1970, S. 153.
21 R. Andersen et al., op. cit., S. 42.
22 H. M. Somers, und A. R. Somers: Medicare and the Hospitals. Issues and Prospects. Washington D. C. 1968; T. Marmor: The Politics of Medicare. London 1973.
23 H. S. Berliner: The Origins of Health Insurance for the Aged. International Journal of Health Services, Vol. 3, Summer 1973, S. 486.
24 B. Cooper und N. Worthington, op. cit., S. 15.

Wolfgang Bichmann, Robby Hartog, Ulrich Schultz

# „Westliche" Medizin in Ländern der Dritten Welt

## Am Beispiel Tansania: Ein Trojanisches Pferd des Neo-Kolonialismus

„Aspro ni dawa ya kweli
Inaondoa maumivu
mara moja, mara moja
Aspro ni dawa ya kweli!!"

Aspirin ist das wahre Mittel
Es nimmt die Schmerzen weg
Auf einmal, auf einmal
Aspirin ist das wahre Mittel[1]

Das wahre Mittel? Dieses Kiswahili-Lied ertönt in Tansania mehrmals täglich im Radio und selbst in den entlegensten Dörfern finden sich bunte Blechschilder, die für Aspro werben[2]. Ein anderes Beispiel: Erst durch die bemerkenswerte Aufklärungsarbeit der Arbeitsgruppe Dritte Welt Bern mit ihrer Veröffentlichung „Nestlé tötet Babys"[3] und dem sich anschließenden Prozeß des Konzerns gegen Mitglieder dieser Arbeitsgruppe ist weltweit bekannt geworden, daß Trockenmilch unter den ungünstigen hygienischen Bedingungen der unterentwickelten Länder[4] samt der dazu notwendigen Flasche ein Mordinstrument für Babys darstellt, das ohnegleichen ist. Jüngste Untersuchungen in Chile haben ergeben, daß Kinder, die während der ersten 3 Monate ihres Lebens mit der Flasche ernährt werden, im Verhältnis zu brusternährten Geschwistern eine dreimal so hohe Sterblichkeit zeigen[5]. Um „Lactogen" bei den afrikanischen, asiatischen und lateinamerikanischen Frauen abzusetzen ist jeder Betrug recht: Verkäuferinnen werden als Krankenschwestern verkleidet[6]. Die an die Stelle der Brustmilch tretende süße, schmackhafte Flaschennahrung hat zur Folge, daß die weniger entsaugte Mutterbrust immer weniger Muttermilch produziert und sie dann endgültig versiegt. Ein tödlicher und profitträchtiger Circulus vitiosus ist geschlossen, da nun die Mutter tatsächlich auf die teuren und gefährlichen